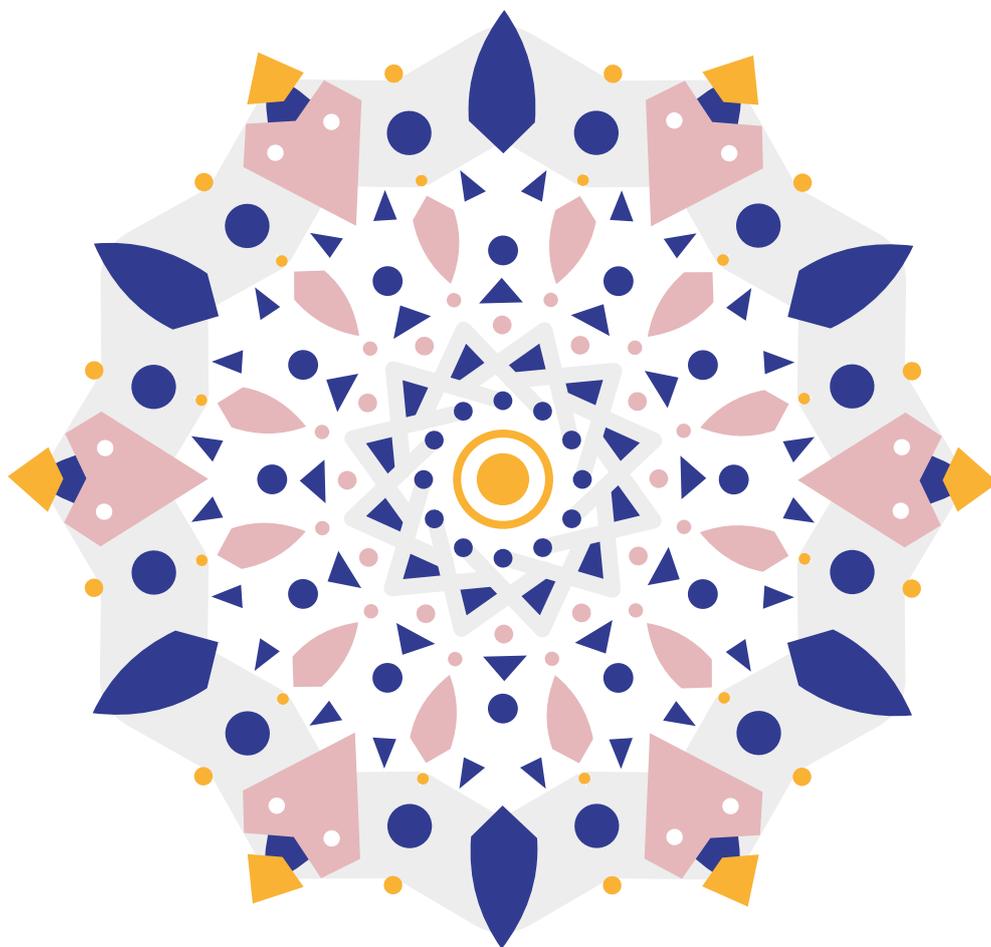


# PLAN DE SALUD MENTAL DE CANARIAS 2019 - 2023

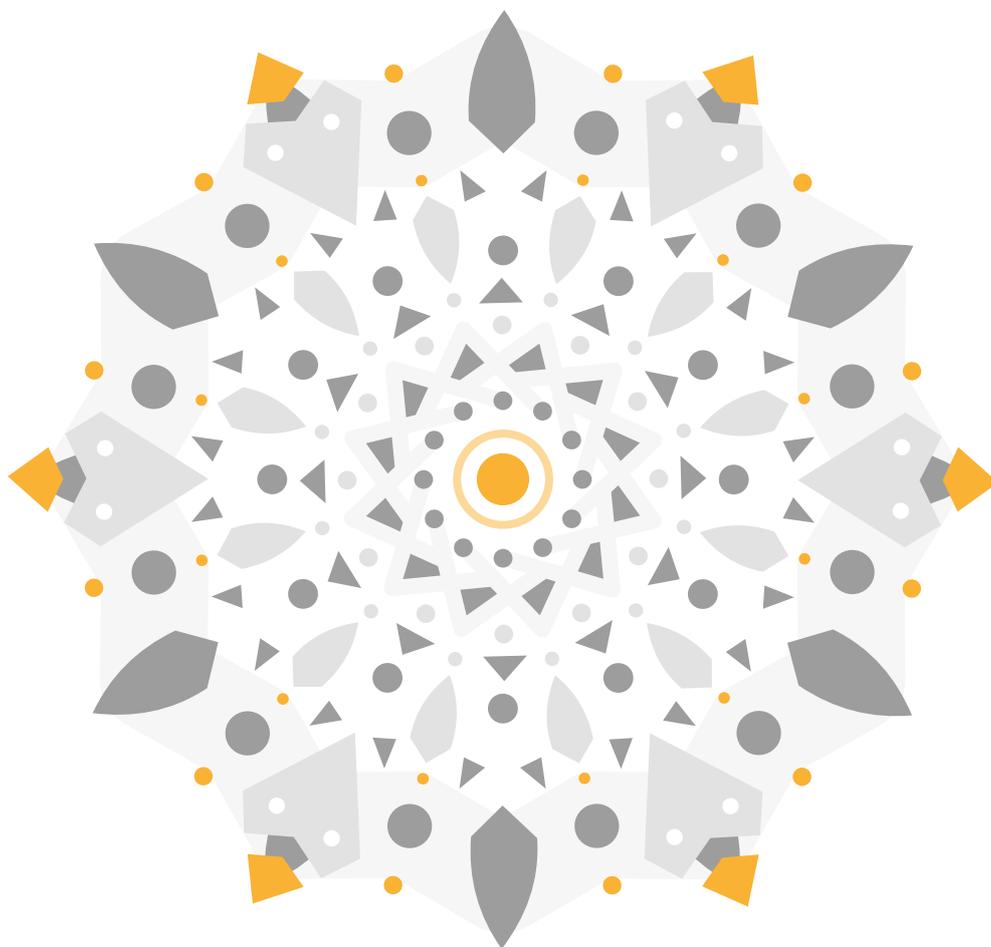




# PLAN DE SALUD MENTAL DE CANARIAS

## 2019 - 2023

Aprobado en Consejo de Gobierno  
el 18 de marzo de 2019



Título:  
PLAN DE SALUD MENTAL DE CANARIAS 2019-2023

Edita:  
Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias  
Servicio Canario de la Salud.  
Dirección General de Programas Asistenciales.

Realización e impresión:  
Daute Diseño, SL

Depósito Legal:  
TF 208-2019

ISBN:  
978-84-16878-14-7

## DIRECCIÓN

**Excmo. Sr. D. José Manuel Baltar Trabazo** - Consejero de Sanidad. Gobierno de Canarias.

**Ilmo. Sr. D. Conrado Jesús Domínguez Trujillo** - Director del Servicio Canario de la Salud.

**Ilma. Sra. Dña. Elizabeth Hernández González** - Directora de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud.

## COORDINACIÓN

**María Adelaida Gutiérrez León** - Coordinadora del Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud.

## EQUIPO TÉCNICO

### METODOLOGÍA

**Francisco Javier Acosta Artiles**. Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud.

### REDACCIÓN

**Francisco Javier Acosta Artiles** - Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud.

**María de la Luz Torralba Pinedo** - Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud.

**Inmaculada Acosta Artiles** - Puesto singularizado. Unidad de Apoyo. Secretaría General. Servicio Canario de la Salud.

**José Pereira Miragaia** - Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud.

**Verónica Suárez Expósito** - Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud.

## GRUPOS DE TRABAJO

### Línea Estratégica 1: Promoción y Prevención

*Coordinación:* Loreto Gamero Arias. USM Bañaderos. Gran Canaria.

Vanessa Gómez Rosende. Asociación El CRIBO. Federación Salud Mental Canarias.

Verónica Martín Cáceres. Asociación de Familiares AFEM. Federación Salud Mental Canarias.

Carmen T. Pitti González. Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública.

Montserrat Serra Estrada. Hospital Dr. José Molina Orosa. Lanzarote.

Francisca Guerra Cabrera. Atención Primaria. Centro de Salud de Escaleritas. Gran Canaria.

### Línea Estratégica 2: Prevención y tratamiento de la conducta suicida

*Coordinación:* Francisco Javier Acosta Artiles. Servicio de Salud Mental. Dirección General Programas Asistenciales.

Jesús Cáceres Ávila. USM Gran Tarajal. Fuerteventura.

M<sup>a</sup> Rosario Cejas Méndez. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife

Elisa Martín Gamero. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno – Infantil. Gran Canaria.

Carmen T. Pitti. Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública.

Juan San Martín Mc Donagh. Hospital Dr. José Molina Orosa. Lanzarote.

### Línea Estratégica 3: Atención a las personas con trastornos mentales

#### 3.1. Perspectiva transversal

*Coordinación:* Adeldo González Gmelch. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

Javier Grande Fernández. USM Puerto. Gran Canaria.

José Luis Hernández Fleta. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

Marta Izquierdo Hernández. Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial Guía de Isora. Tenerife.

Alicia Silva de la Cruz. Asociación AFES Salud Mental. Federación Salud Mental Canarias.

#### 3.2. Trastorno Mental Grave

*Coordinación:* Alicia Rodríguez de la Nuez. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno – Infantil. Gran Canaria.

Miguel Acosta Ojeda. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

Juana Teresa Almeida. USM Ciudad Alta. Gran Canaria.

Natalia Benítez Zarza. Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial. Gran Canaria.

Beatriz Díaz Díaz. Asociación Salud Mental AFAES. Federación Salud Mental Canarias.

José Luis Hernández Fleta. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

Ángeles Martín Domínguez. USM Ciudad Alta. Gran Canaria.

### **3.3. Trastorno Mental Común**

*Coordinación:* Rosario Vega Pérez. USM Puerto. Gran Canaria.

Lidia Díaz González. Atención Primaria. Centro de Salud Laguna – Mercedes. Tenerife.

José Hernández Marrero. USM Puerto del Rosario. Fuerteventura.

### **3.4. Trastornos de la conducta alimentaria**

*Coordinación:* María Paz López. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife

Mariella Sanginés Yzzo. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife

Raquel Santana Gómez. Centro de Día de Asociación Gull Lasègue. Gran Canaria.

### **3.5. Trastorno de la personalidad**

*Coordinación:* Fernando Rodríguez Otero. Unidad de Media Estancia. Hospital Juan Carlos I. Gran Canaria.

María Rosario Cejas Méndez. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

Nélida de Lorenzo de Miguel. USM Puerto. Gran Canaria.

Estefanía Díaz Mesa. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

Ayoze Hernández Sánchez. USM Canalejas. Gran Canaria.

Alfonso Arturo Julia Abreu. Hospital General de La Palma.

### **3.6. La salud física de las personas con trastorno mental grave**

*Coordinación:* Silvia Yelmo Cruz. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

Ruth Auxiliadora Díaz Melián. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

Almudena Hernández Vázquez. Atención Primaria. Centro de Salud de Candelaria. Tenerife.

## **Línea Estratégica 4: Atención a la salud mental infanto-juvenil**

*Coordinación:* Sabrina González Santana. Hospital de Día Infanto-Juvenil. Gran Canaria.

Teresa Armas Falcón. USM El Lasso. Gran Canaria.

Natalia Casanova Gracia. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

Francisco de Sande Díaz. USM Infanto-Juvenil de Lanzarote

Sandra Ebro Munguiello. USM Triana. Gran Canaria.

M<sup>a</sup> Carmen Ferrer Mesa. Dirección General de Protección a la Infancia y la Familia.

Ingrid Filippidis Semino. USM Telde. Gran Canaria.

José Pereira Maragaia. Servicio de Salud Mental. Dirección General Programas Asistenciales.

Mercedes Suárez Falcón. Dirección General Ordenación, Innovación y Promoción Educativa.

Silvia Alicia Tejera Álvarez. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife

## **Línea Estratégica 5: Atención a la salud mental de personas de edad avanzada**

*Coordinación:* Eugenio Ramón China Cabello. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

Jorge Lázaro Archilla. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

Guillermo Pérez Mora. USM Canalejas. Gran Canaria.

## **Línea Estratégica 6: Atención a las personas con patología dual y adicciones**

*Coordinación:* Jaime Fernández Fernández. Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial. Gran Canaria.

Nicolás Amador Amador. Servicio de Coordinación técnica de Atención a las Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública.

Nelson Naranjo Mendoza. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno – Infantil. Gran Canaria.

Adrián Neyra del Rosario. Unidad de Desintoxicación Hospitalaria. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

Carolina Sara Romero Sánchez. Unidad Hospitalaria de Tratamiento de Desintoxicación. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

## **Línea Estratégica 7: Rehabilitación psicosocial**

*Coordinación:* Rafael Touriño González. Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial. Gran Canaria.

Orlando Alonso Suárez. Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial. Gran Canaria.  
Natalia Benítez Zarza. Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial. Gran Canaria.  
Victoria Díaz Cabello. Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario. Gran Canaria.  
Domingo Jesús de la Rosa. Centro de Día de Arona. Tenerife.  
Antonio Feliciano González Baez. Dirección General de Dependencia y Discapacidad.  
Enrique González Camacho. Asociación AFES Salud Mental. Tenerife.  
Luz Marina Guerra Cazorla. Equipo Tratamiento Asertivo Comunitario. Gran Canaria.  
M<sup>a</sup> Concepción Merino Andrés. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife  
Carmen Ramos Moreno. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife  
Rosalia Mercedes Pérez Oramas. Dirección General de Dependencia y Discapacidad.  
Ana Loureiro Pérez. Unidad de Media Estancia. Hospital Juan Carlos I. Gran Canaria.

### **Línea Estratégica 8: Prevención y reducción del estigma**

*Coordinación:* Cristina Abelleira Vidal. Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial. Gran Canaria.  
José Juan Martín Domínguez. Unidad de Media Estancia. Hospital Juan Carlos I. Gran Canaria.  
Oliver Martín Torres. AFES Salud Mental. Tenerife.  
M<sup>a</sup> del Mar Rodríguez Pérez. USM Puerto. Gran Canaria.  
José Antonio Sánchez Padilla. Unidad de Media Estancia. Hospital Juan Carlos I. Gran Canaria.  
Esther Sanz Sánchez. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

### **Línea Estratégica 9: Salud mental y género**

*Coordinación:* Laura Ruiz Quintanal. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.  
Rosario Bordón Guerra. USM Puerto. Gran Canaria.  
Lucía Cilleros Pino. Centro de Día Casa del Mar. Gran Canaria.  
Rosa del Valle Álvarez. Servicio de Atención Primaria. Dirección General Programas Asistenciales.  
Laureano Lorenzo Reina. USM Valterra. Lanzarote.  
Concepción Melián Santiago. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno – Infantil. Gran Canaria.

María del Rosario Pizarro Celis. Instituto Canario de Igualdad. Consejería de Presidencia Justicia e Igualdad.

## **Línea Estratégica 10: Coordinación**

### **10.1. Coordinación entre Salud Mental y el Ámbito Sociosanitario**

*Coordinación:* Orlando Alonso Suárez. Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial. Gran Canaria.

Esther Abad Vázquez. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno – Infantil. Gran Canaria.

Domingo Jesús de la Rosa Díaz. Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial Arona. Tenerife.

M<sup>a</sup> Carmen Hernández Santana. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

Laura Pérez Pérez. Asociación Salud Mental AFAES. Federación Salud Mental Canarias.

### **10.2. Coordinación entre Salud Mental y Justicia**

*Coordinación:* Jesús M<sup>a</sup> Martín Jiménez. USM Puerto. Gran Canaria.

Inmaculada Acosta Artilles. Unidad de Apoyo. Secretaría General del SCS.

Irene Quesada Suárez. USM Puerto. Gran Canaria.

### **10.3. Coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria**

*Coordinación:* Mónica Florido Rodríguez. USM Canalejas. Gran Canaria.

Juana Teresa Almeida. USM Ciudad Alta. Gran Canaria.

Raquel Alonso Gómez. USM Valterra. Lanzarote.

Eugenio China Cabello. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

### **10.4. Coordinación entre dispositivos en la Red de Salud Mental**

*Coordinación:* José Luis Hernández Fleta. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

Claudio Cabrera Velázquez. USM Ciudad Alta. Gran Canaria.

Rafael García Montesdeoca. Hospital Juan Carlos I. Gran Canaria.

Ángeles Martín Domínguez. USM Ciudad Alta. Gran Canaria.

José M<sup>a</sup> Martín Jiménez. USM Puerto. Gran Canaria.

Rosario Vega Pérez. USM Puerto. Gran Canaria.

Eduardo Vera Barrios. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

### **10.5. Coordinación entre Salud Mental y la Red de Atención a las Drogodependencias**

*Coordinación:* Francisco Javier Trujillo Carrillo. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

Claudio Cabrera Velázquez. USM Ciudad Alta. Gran Canaria.

M<sup>a</sup> Luz Ibáñez Garrote. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

Leocadio Martín Borges. Servicio de Coordinación técnica de Atención a las Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública.

Adrián Neyra del Rosario. Unidad Desintoxicación Hospitalaria. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

Carolina Romero Sánchez. Unidad Hospitalaria Tratamiento de Desintoxicación. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

### **10.6. Coordinación entre Salud Mental y otras especialidades médicas**

*Coordinación:* Desireé Candelaria Díaz Melián. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

Rafael García Montesdeoca. Hospital Juan Carlos I. Gran Canaria.

José Luis Hernández Fleta. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

Rosa Ana Souto Pérez. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

## **Línea Estratégica 11: Sistemas de Información**

*Coordinación:* Patricia Carrillo Ojeda. Sistemas de Información Dirección del Servicio Canario de la Salud.

Rafael García Montesdeoca. Hospital Juan Carlos I. Gran Canaria.

María Adelaida Gutiérrez León. Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales.

Salvador Precker Santa Cruz. Oficina Técnica de Desarrollo. Tenerife.

Eduardo Santana Galindo. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

Gabino Suárez Rodríguez. Servicio de Evaluación de la Calidad de Sistemas de Información. Dirección General de Programas Asistenciales.

## **Línea Estratégica 12: Formación e Investigación**

*Coordinación:* Miguel Basterra Rama. USM La Laguna. Tenerife

Francisco Javier Acosta Artiles. Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales.

Francisco Javier Castro Molina. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

Heredina Fernández Betancort. USM Valterra. Lanzarote.

Guillermo Pirez Mora. USM Canalejas. Gran Canaria.

Dulcinea Vega Dávila. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno – Infantil. Gran Canaria.

## **APOYO ADMINISTRATIVO**

María de la Peña Diepa Álamo. Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud.

María de la Paz Galván Gabino. Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud.

Francisca Santana Rodríguez. Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud.

María Rosa Díaz Moreno. Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud.

## PRESENTACIÓN

La salud mental constituye una prioridad del Gobierno de Canarias, dada la magnitud y repercusiones de los trastornos mentales. Según la OMS, los trastornos mentales afectan hasta al 25% de la población a lo largo de su vida. En el ámbito de la salud mental las políticas intersectoriales, la coordinación interinstitucional y la participación social resultan básicas y esenciales. Esto supone un reto para las políticas sanitarias, por cuanto se requiere un abordaje multisectorial, con una coordinación adecuada y eficiente entre las instituciones implicadas, que esté centrado en la persona con enfermedad mental.

La planificación en Salud Mental constituye una herramienta básica para orientar las actuaciones de profesionales, instituciones, entidades asociativas y personas con trastornos mentales hacia el propósito compartido de mejorar la salud mental y la calidad de vida de las personas. El *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023* toma como referencia lo establecido en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013, en el Plan de Salud de Canarias 2016-2017 y las líneas prioritarias de Salud Mental que en estos se incluyen, ampliando el alcance de acción a otros diversos ámbitos y trastornos de gran relevancia.

El Plan parte de un análisis de la situación exhaustivo y transparente. Asimismo, cuenta con 12 líneas estratégicas, dos de las cuales, debido a su amplitud, incluyen varias sublíneas. En estas líneas estratégicas se encuadran 26 objetivos generales y 161 objetivos específicos, que engloban acciones e indicadores para su evaluación. El Plan se sustenta en principios básicos, como el mantenimiento del modelo comunitario de atención a la salud mental, la calidad, la equidad, la accesibilidad, la eficiencia, la disponibilidad de los recursos necesarios, la coordinación, el cuidado integral centrado en la persona usuaria, el respeto a la autonomía y dignidad personales, la erradicación del estigma y la búsqueda de la recuperación de las personas con trastorno mental. Algunas de las líneas estratégicas están específicamente dedicadas a grupos de la población especialmente vulnerables, como los niños y adolescentes, las personas de edad avanzada, las personas con riesgo suicida y las personas con trastorno mental grave.

El *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023* se elaboró mediante una metodología rigurosa que resulta acorde a las recomendaciones nacionales e internacionales. Los 22 grupos de trabajo de las diferentes líneas estratégicas y sublíneas han sido multidisciplinares, con la riqueza de abordaje que ello supone. Además, el Plan tiene la gran virtud de ser el resultado de un trabajo coordinado entre diversas Administraciones Públicas e instancias, de tal manera que han participado por parte del Gobierno de Canarias, la Consejería de Sanidad, pero también aquellas Consejerías con competencias en materia de educación, servicios sociales, empleo, menor y familia, así como el Instituto Canario de Igualdad y asociaciones de familiares y de pacientes. El Plan fue sometido a un proceso de validación interna y externa, con la participación de Cabildos insulares, Universidades públicas, Colegios profesionales y Asociaciones. Agradezco a todas las personas que han participado en el Plan su esfuerzo, dedicación y aportaciones, pero sobre todo su compromiso con la salud mental.

Estamos ante un Plan del que debemos estar francamente orgullosos, ya que, además de ser el primer Plan de Salud Mental elaborado en nuestra Comunidad, es un Plan ambicioso, de calidad y fruto de un trabajo colaborativo. No cabe duda de que este Plan será la referencia básica que guiará las acciones necesarias por desarrollar durante sus años de vigencia, y del que resultará un claro beneficio para la salud mental de nuestra Comunidad.

**José Manuel Baltar Tabazo**  
Consejero de Sanidad  
Gobierno de Canarias



## AGRADECIMIENTOS

Este Plan no sería una realidad sin el trabajo colaborativo y desinteresado de un gran número de personas y entidades. Cada una de ellas ha contribuido con su trabajo y aportaciones para que el *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023* sea una realidad.

En el ámbito de la salud mental se produce una gran influencia de los aspectos sociales, tanto en la génesis como en la evolución de los diferentes trastornos mentales. Por lo tanto, la coordinación interinstitucional y la participación social son indispensables. El Plan ha contemplado esta necesidad, y por ello se ha realizado un trabajo con marcado carácter intersectorial, en el que los diferentes ámbitos implicados en la mejora de la salud mental, incluidas las Asociaciones de familiares y usuarios, han aunado sus esfuerzos para encauzarlos hacia un objetivo común. Este objetivo común no es otro que la mejora de la salud mental y calidad de vida de las personas con trastorno mental.

Este Plan ha sido el fruto del trabajo de más de cien personas de diferentes ámbitos, cuya autoría ha quedado reflejada en las páginas subsiguientes. Con estas palabras quiero mostrar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que, directa o indirectamente, han contribuido al *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023* a lo largo de su proceso de elaboración. El esfuerzo colectivo ha cristalizado en un Plan del que podemos enorgullecernos, sin caer en la autocomplacencia. De ahí que quiera transmitir a todas las personas implicadas mi más sincera felicitación por el trabajo realizado.

Este Plan supone un hito histórico en la salud mental de Canarias. Sin embargo, solo se trata de un primer gran paso. A partir de este momento será necesaria la continuidad en la colaboración de todas las personas implicadas, para llevar a cabo las acciones contenidas en este Plan. Hemos desarrollado este trabajo convencidos de que se trataba de “un Plan de todos para todos”, y con este mismo convencimiento afrontamos su desarrollo: el esfuerzo aunado de todos los sectores implicados redundará, a buen seguro, en un beneficio en la población de nuestra Comunidad.

**Elizabeth Hernández González**

Directora General de Programas Asistenciales  
Servicio Canario de la Salud



# ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>19</b>
<b>II. METODOLOGÍA</b>	<b>27</b>
<b>III. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN</b>	<b>39</b>
<b>1. MARCO NORMATIVO Y PLANIFICADOR SOBRE SALUD MENTAL</b>	<b>41</b>
1.1. Marco normativo internacional: Convenios, Declaraciones e Informes de Organismos Internacionales	<b>41</b>
1.2. Marco normativo estatal y de la Comunidad Autónoma de Canarias: Legislación y otros instrumentos	<b>44</b>
1.3. Órganos colegiados de la Comunidad Autónoma de Canarias con competencias en materia de salud mental	<b>50</b>
1.4. Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013	<b>60</b>
1.5. Planes. El Plan de Salud de Canarias 2016-2017. El Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias	<b>62</b>
1.6. Programas y Estrategias en la Comunidad Autónoma de Canarias. El Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad de Canarias. Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias	<b>68</b>
<b>2. PROTOCOLOS, GUÍAS Y MANUALES</b>	<b>71</b>
<b>3. DEMOGRAFÍA</b>	<b>75</b>
<b>4. LA SALUD MENTAL EN CANARIAS</b>	<b>85</b>
4.1. La salud mental en la población general. La Encuesta de Salud de Canarias	<b>85</b>
4.2. Morbilidad asistida en Atención Primaria	<b>91</b>
4.3. Morbilidad asistida en la Red de Salud Mental	<b>94</b>
4.4. La conducta suicida	<b>105</b>
<b>5. RECURSOS PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL</b>	<b>117</b>
5.1. Red de recursos sanitarios especializados de salud mental	<b>117</b>
5.2. Red de recursos sociales y sociosanitarios	<b>121</b>
5.3. Recursos humanos	<b>127</b>
5.4. Recursos económicos	<b>131</b>

<b>6. ACTIVIDAD ASISTENCIAL</b>	<b>137</b>
6.1. Actividad de la red de recursos sanitarios especializados de salud mental	<b>137</b>
6.2. Actividad de la red de recursos sociales y sociosanitarios	<b>164</b>
6.3. Trayectorias asistenciales de las personas con trastorno mental	<b>171</b>
6.4. Coordinación	<b>177</b>
<b>7. SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL</b>	<b>189</b>
7.1. Introducción. La informatización en el SCS	<b>189</b>
7.2. Definición	<b>189</b>
7.3. Los registros de casos psiquiátricos	<b>190</b>
7.4. El Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias (RECAP)	<b>191</b>
7.5. Historia Clínica Electrónica en salud mental: Estación clínica DRAGO AE	<b>196</b>
<b>8. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN</b>	<b>199</b>
8.1. Formación	<b>199</b>
8.2. Investigación	<b>206</b>
<b>9. ASOCIACIONES DE FAMILIARES Y USUARIOS</b>	<b>209</b>
<b>10. PROPUESTAS DE BASE</b>	<b>227</b>
10.1. Las propuestas de acción en el ámbito de la Salud Mental para el Plan de Salud de Canarias 2016-2017	<b>227</b>
<b>IV. OBJETIVOS Y ACCIONES</b>	<b>233</b>
<b>1. LÍNEAS ESTRATÉGICAS</b>	<b>235</b>
Línea Estratégica 1: Promoción y Prevención	<b>236</b>
Línea Estratégica 2: Prevención y tratamiento de la conducta suicida	<b>247</b>
Línea Estratégica 3: Atención a las personas con trastornos mentales	<b>256</b>
3.1. Perspectiva transversal	<b>256</b>
3.2. Trastorno mental grave	<b>264</b>
3.3. Trastorno mental común	<b>272</b>
3.4. Trastornos de la conducta alimentaria	<b>275</b>
3.5. Trastornos de la personalidad	<b>282</b>
3.6. La salud física de las personas con trastorno mental grave	<b>286</b>
Línea estratégica 4: Atención a la salud mental infanto - juvenil	<b>289</b>
Línea estratégica 5: Atención a la salud mental de personas de edad avanzada	<b>299</b>
Línea estratégica 6: Atención a las personas con patología dual y adicciones	<b>310</b>
Línea estratégica 7: Rehabilitación psicosocial	<b>318</b>

Línea estratégica 8: Prevención y reducción del estigma	<b>330</b>
Línea estratégica 9: Salud Mental y género	<b>339</b>
Línea estratégica 10: Coordinación	<b>345</b>
10.1. Coordinación entre Salud Mental y el Ámbito Sociosanitario	<b>345</b>
10.2. Coordinación entre Salud Mental y Justicia	<b>351</b>
10.3. Coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria	<b>356</b>
10.4. Coordinación entre dispositivos en la Red de Salud Mental	<b>360</b>
10.5. Coordinación entre Salud Mental y la Red de Atención a las Drogodependencias	<b>362</b>
10.6. Coordinación entre Salud Mental y otras especialidades médicas	<b>364</b>
Línea estratégica 11: Sistemas de información	<b>368</b>
Línea estratégica 12: Formación e investigación	<b>374</b>
<b>V. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>	<b>379</b>
1. Seguimiento	<b>381</b>
2. Evaluación global	<b>381</b>
3. Indicadores	<b>381</b>
<b>VI. ANEXOS</b>	<b>491</b>
1. Ficha financiera	<b>493</b>
2. Siglas y acrónimos	<b>495</b>





# INTRODUCCIÓN

# INTRODUCCIÓN

## JUSTIFICACIÓN

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal como refleja la definición de salud que figura en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, 2013). Por lo tanto, la salud mental debe ser un objetivo fundamental en los Planes de Salud y Estrategias de salud mental de todos los Estados y de todas las Comunidades, porque sin salud mental no hay salud plena. Señala también la OMS (2006) que “son esenciales una política y un plan de salud mental para coordinar todos los servicios y actividades relacionadas con la salud mental. Sin una política y unos planes adecuados, es probable que los trastornos mentales se traten de manera ineficaz y fragmentada.”

La aprobación, por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2006, de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, publicada en 2007, consagra el modelo comunitario, marcando los principios, valores y objetivos a seguir en salud mental. Su posterior evaluación y actualización (2009) y la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013, publicada en 2011, han marcado las líneas del SNS en materia de salud mental, constituyendo un referente para todas las Comunidades Autónomas, si bien existen diferencias relevantes entre ellas en aspectos relativos a la planificación, gestión y financiación.

La Comunidad Autónoma de Canarias opera con una plena integración de la salud mental en la salud general, disponiendo asimismo de una Red de Salud Mental consolidada e inspirada en los principios comunitarios y en el escrupuloso seguimiento de la legislación internacional, nacional y autonómica que rigen este ámbito.

Tanto el Plan de Salud de Canarias 2004-2008 (Plan que nunca llegó a ser aprobado formalmente, si bien se implementó en la práctica) como el Plan de Salud de Canarias 2016-2017, incluyen áreas prioritarias relacionadas con la salud mental. Este último establece como áreas prioritarias en salud mental la Atención a las personas con Trastornos Mentales Graves y la Atención a la Salud Mental Infante - Juvenil. Además, viene a establecer, en la línea de actuación 4.9, correspondiente al Área de impacto 4, el “Desarrollo de un Plan de Salud Mental”. Este apartado, señala que se debe “elaborar e implantar mediante un cronograma secuencial un Plan de Salud Mental basado en la coordinación e integración de los recursos, servicios y dispositivos existentes. Para ello se procurará la participación de todas las instituciones y actores sociales implicados, profesionales, sociedades científicas, de usuarios y familiares de enfermos mentales, así como contando con la participación e implicación de otras instituciones públicas como son: ayuntamientos, Cabildos y servicios sociales, educación, empleo y justicia, incluidos los CIRPAC, como recoge el anexo II.3 de este Plan de Salud”.

Asimismo, el Parlamento de Canarias aprobó una Resolución (publicada en el BO del Parlamento de Canarias de fecha 6 de junio de 2017) por la que insta al Gobierno de Canarias a elaborar un plan integral de salud mental de Canarias en 2017.

Hasta ahora nuestra Comunidad Autónoma no ha contado con un Plan específico de Salud Mental. En este contexto, la Consejería de Sanidad se ha marcado el objetivo de elaborar, aprobar e implementar un Plan de Salud Mental para Canarias, cuyo fin último es la mejora de la salud mental de la población en términos de bienestar psicológico, calidad de vida, funcionalidad, funcionamiento psíquico, morbilidad y mortalidad. El Plan se sustenta en principios básicos, como el mantenimiento del modelo comunitario de atención a la salud mental, la calidad, la equidad, la accesibilidad, la eficiencia, la disponibilidad de los recursos necesarios, la coordinación, el cuidado integral centrado en la persona usuaria, el respeto a la autonomía y dignidad personales, la erradicación del estigma y la búsqueda de la recuperación de las personas con enfermedad mental.

## **BREVE CONTEXTO HISTÓRICO: DESARROLLO DE LA RED DE SALUD MENTAL EN CANARIAS**

La Comunidad Autónoma de Canarias ha recorrido un largo camino en el desarrollo de la atención a la salud mental, que ha sido similar en muchos aspectos al recorrido por las otras Comunidades Autónomas, pero que ha contado con elementos diferenciadores por las características geográficas de nuestra Comunidad Autónoma, cuya insularidad ha propiciado diferencias en cada una de las siete islas. En este largo recorrido se ha contado con el esfuerzo conjunto de los profesionales, de las asociaciones (de profesionales, familiares y pacientes) y de las instituciones intervinientes en este ámbito, fundamentalmente Insalud, Consejería de Sanidad, Cabildos Insulares y Ayuntamientos.

En la Reforma Psiquiátrica operada en Canarias, se podrían distinguir, a grandes rasgos, dos periodos hasta el momento actual que, sin la pretensión de formular un relato histórico de la psiquiatría y atención en salud mental y obviando las particularidades de cada isla, son los siguientes:

### **Primer periodo (1982 - 1994)**

En este periodo se comienzan a sentar las bases de la Reforma Psiquiátrica que permitirán el paso de un modelo de atención psiquiátrica basada fundamentalmente en el Hospital Psiquiátrico, a una atención a la salud mental basada en el modelo comunitario, eje de la reforma y que asume los aspectos bio-psico-sociales del proceso de enfermar. El Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985) y la Ley General de Sanidad (1986) marcan esta reforma en la atención a la salud mental, en línea con los movimientos de la psiquiatría comunitaria y las recomendaciones e iniciativas de los países de Europa (Consejo de Europa, 1985) y la Organización Mundial de la Salud.

En el ámbito autonómico, en este periodo se aprueba el Estatuto de Autonomía de Canarias (LO 10/1982, de 10 de agosto, reformada por LO 4/1996, de 30 de diciembre), asumiendo la Comunidad Autónoma de Canarias, a través del artículo 32. 10, competencias de desarrollo legislativo y ejecutivo en materia de sanidad e higiene, y de coordinación hospitalaria en general, en el marco de la legislación básica del Estado. Además, se aprueban dos importantes leyes territoriales: por una parte, la Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales (B.O.C. 56, de 04.05.1987), que crea un sistema de servicios sociales de responsabilidad pública para el logro de su objeto consistente en garantizar el derecho de todos los ciudadanos a los servicios sociales, facilitando el acceso a los mismos, para evitar y superar las situaciones de necesidad y marginación social que presenten individuos, grupos y comunidades; y, por otra parte, la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (B.O.C. 96, de 05.08.1994), que crea el Sistema Canario de la Salud, y viene a contemplar, entre otras variadas cuestiones, el derecho a programas sanitarios y actuaciones especiales y preferentes para los enfermos mentales, dentro de las disponibilidades en cada momento de medios y recursos del Sistema Canario de la Salud y derechos específicos de los enfermos mentales. Además, también en este periodo, se crea la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental (COMASAM), como órgano consultivo de la Consejería competente en materia de sanidad que asesora, informa y propone actuaciones en materia de salud mental, mediante Orden Interdepartamental 1/1993, de 19 de mayo -B.O.C. 72, de 04.06.93- (Dicha Orden fue derogada, pero dicha Comisión pervive a través de su actual regulación mediante el Decreto 5/2016, de 15 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de la Consejería de Sanidad).

A nivel organizativo este periodo se caracteriza en general por las siguientes líneas:

- Existen distintas instituciones que ejercen competencias en salud mental, fundamentalmente el INSALUD y los Cabildos Insulares.
- La atención sanitaria en salud mental incluye consultas de neuropsiquiatría ambulatoria y Centros de salud mental con un pequeño equipo multiprofesional (INSALUD), consultas de psiquiatría ambulatoria e interconsulta en hospitales generales, Hospitales psiquiátricos con Unidades de Internamiento Breve y larga estancia, Consultas externas, Unidades de atención a la deficiencia mental (Cabildos Insulares) y Atención a las drogodependencias en coordinación con el Plan Nacional de Toxicomanías (enero de 1985).
- La atención sociosanitaria es prácticamente inexistente.
- Hay una ausencia de una política en salud mental en sentido general y una precariedad de recursos, falta un modelo organizativo e implicación de las instituciones.

Este diagnóstico de situación conlleva que, de forma progresiva y fundamentalmente a partir de la segunda mitad de los años 80, comience a fraguarse el inicio de un nuevo modelo de atención psiquiátrica apoyada en el Modelo Comunitario, con un foco de transformación de los hospitales psiquiátricos hacia lo comunitario, con un fuerte liderazgo apoyado en el consenso y optimismo de los profesionales.

## Segundo periodo (1994 - 2017)

Este periodo, que abarca más de dos décadas de evolución, se caracteriza por nuevos referentes normativos, estatales y autonómicos, que propician el asentamiento y desarrollo del Modelo Comunitario de atención a la salud mental, sustentado en los principios básicos de accesibilidad, globalidad, equidad, continuidad, calidad, recuperación, responsabilidad, participación, respeto a la autonomía, derechos de las personas y principios éticos. Todo ello se acompaña de la disponibilidad de nuevos recursos en salud mental, configurando la actual Red de Salud Mental en Canarias.

En el ámbito estatal, a nivel normativo, hay que destacar la promulgación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y, a nivel estratégico, la aprobación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2007 y posteriormente la del periodo 2009 – 2013. En el ámbito autonómico, cabe destacar la creación de los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC) para Enfermos Mentales (Decreto 83/1998, de 28 de mayo, BOC. 122, de 25.9.98); la promulgación de la Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias (B.O.C. 94, de 28.07.1998); y la aprobación del Programa Sociosanitario de Atención a la Discapacidad de Canarias (PAD), de 29 de Julio de 2004, con vigencia 2005-2010, si bien posteriormente fue ampliada, y que ha tenido máxima relevancia en el desarrollo sociosanitario y psicosocial. Por último, debemos citar los Planes de Salud de Canarias y su impacto en la atención a la salud mental, tanto el llamado II Plan de Salud de Canarias para el periodo 2004-2008 (Plan, ya se ha indicado, nunca aprobado formalmente, pero sí implementado) así como el Plan de Salud de Canarias 2016-2017, aprobado mediante Decreto 132/2016, de 26 de septiembre.

En este periodo, a nivel organizativo, la configuración y desarrollo de la Red de Salud Mental se caracteriza por las siguientes líneas generales:

- Comienza la puesta en marcha, de forma progresiva, de la actual Red de Salud Mental, desde un enfoque comunitario, formando parte de la red de atención especializada del Servicio Canario de la Salud, con una ordenación sectorizada, territorial, multiprofesional y coordinada.
- Dicha Red de Salud Mental se compone tanto de los dispositivos sanitarios para la atención a la salud mental, dependientes del Servicio Canario de la Salud, como de los dispositivos sociosanitarios, que se han desarrollado a través de los Planes Insulares de Rehabilitación Psicosocial (PIRP), con financiación de la Consejería de Sanidad (profesionales), Consejería de Bienestar Social y los Cabildos Insulares, que gestionan los dispositivos a través de IASS, y la colaboración de Ayuntamientos (infraestructuras). La dirección técnica, supervisión y evaluación es realizada por los responsables de los PIRP.
- Se han implantado mecanismos eficaces de coordinación, cooperación y evaluación con participación intrainstitucional e interinstitucional, a través de los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC) y de la Comisión Asesora en Salud Mental (COMASAM).
- Otros aspectos relevantes han sido el desarrollo e implantación del Registro de Casos Psiquiátricos (RECAP), en todos los servicios de salud mental de nuestra Comunidad; el desarrollo y la implantación de la Historia Clínica Electrónica en salud mental a través de DRAGO AE (aplicación informática corporativa que gestiona el proceso asistencial completo dentro de Atención Especializada en el Servicio Canario de la Salud); el Programa de Atención a la salud mental infanto-juvenil de Canarias (Gobierno de Canarias, 2006), que supone un pilar básico para el desarrollo de una estrategia adecuada y homogénea en nuestra Comunidad en dicha área; así como el fomento de la formación e investigación en salud mental.

### **Tercer Periodo. El Plan de Salud Mental de Canarias (2018): expectativas de futuro**

El Plan de Salud Mental de Canarias constituye el punto de partida de este tercer periodo, al tratarse de un documento de referencia institucional que marcará la ruta futura de la política y acciones prioritarias en salud mental con el fin de seguir avanzando en salud, en salud mental y en bienestar de la comunidad y las personas.

En esta actual etapa en salud mental prevalecen unos principios que hace solo unas décadas parecerían inalcanzables, al considerar al paciente como el eje del sistema, empoderado, con un rol activo y respeto máximo a su autonomía, con el fin de alcanzar su plena integración y recuperación.

### **DEFINICIÓN DE PLAN DE SALUD MENTAL**

La OMS define al *Plan de salud mental* como “un detallado plan formulado previamente para poner en marcha actuaciones estratégicas que favorezcan la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el tratamiento y la rehabilitación. Un plan de esta naturaleza permite aplicar la filosofía, los valores, los principios y los objetivos definidos en la política. Un plan incluye habitualmente las estrategias, los plazos, los recursos necesarios, objetivos, los indicadores y las actividades” (OMS, 2006).

## PRINCIPIOS RECTORES

Los principios rectores y valores que rigen el presente Plan de Salud Mental son plenamente acordes con las pautas y reflexiones recogidas en el Plan de Salud de Canarias 2016-2017, así como en las Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, tanto la de 2007 como la correspondiente al periodo 2009-2013 y se basan e inspiran en las prescripciones recogidas en el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985), en la Ley General de Sanidad (1986) y en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003).

Dichos principios rectores son los siguientes:

- **Responsabilización:** Reconocimiento por parte de las instituciones sanitarias de su responsabilidad frente a pacientes, familiares y la comunidad.
- **Prevención de la enfermedad, protección y promoción de la salud,** incluyendo el apoyo a la acción sobre los determinantes de la salud.
- **Orientación al paciente y la ciudadanía,** que constituyen el centro de todas las actuaciones.
- **Continuidad asistencial:** Capacidad de la red asistencial para proporcionar tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo ininterrumpidamente a lo largo de la vida (continuidad longitudinal) y coherentemente, entre los servicios que la componen (continuidad transversal).
- **Accesibilidad:** Capacidad de un servicio para prestar asistencia al paciente y a sus familiares cuando y donde la necesiten, independientemente de su situación geográfica, su estatus económico, género, raza o condición social.
- **Universalidad y gratuidad:** asistencia sanitaria completa de todos los residentes de un país o región geográfica o política independientemente de su capacidad económica o situación personal.
- **Equidad:** En la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, de forma que se garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio. Garantizar la oferta y acceso de las personas a los recursos del Plan tomando en cuenta las desigualdades geográficas, económicas, sociales, culturales y de género.
- **Calidad:** conjugación de la incorporación de innovaciones con la seguridad y efectividad de éstas, orientación de los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando éstos aparecen; evaluación del beneficio de las actuaciones clínicas incorporando sólo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud, e implicación de todos los actores de sistema.
- **Eficiencia y sostenibilidad.** Maximización de la calidad de la atención y los resultados obtenidos con los recursos disponibles, garantizando que las inversiones adicionales proporcionen un valor adicional con el tiempo. Racionalización en la asignación y consumo de recursos.
- **Acción intersectorial:** actuación conjunta de otros sectores junto al sector salud, que contemple la cooperación, coordinación y solidaridad entre instituciones, especialmente con el ámbito sociosanitario.
- **Trabajo en equipo:** Compromiso conjunto para lograr los objetivos.
- **Respeto y Autonomía:** Capacidad del servicio para respetar y promover los derechos, valores, empoderamiento, independencia y autosuficiencia de las personas.

- **Recuperación personal:** de la salud en sentido estricto y de la conciencia de ciudadanía a pesar de la discapacidad causada por el trastorno.
- **Participación ciudadana:** tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario, y para permitir el intercambio de conocimientos y experiencias.
- **Carácter público del sistema,** utilizando la gestión pública de los servicios y, complementariamente, en caso necesario, la gestión privada, para la provisión de la asistencia sanitaria.
- **Compromiso de continuidad:** compromiso institucional y político para la continuidad de lo determinado en el Plan.
- **Visión estratégica:** planificación a medio y largo plazo de los objetivos y acciones por desarrollar.

## Bibliografía

Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Plan de Salud de Canarias 2016-2017. Entre la crisis y la transformación necesaria para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios. Las Palmas de Gran Canaria: FF Comunicación; 2016.

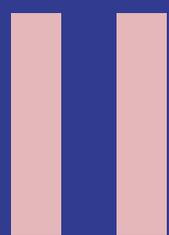
SAS. Servicio Andaluz de Salud. Metodología de elaboración y seguimiento de planes de salud integrales. Amo Alfonso, Mercedes, editores. Sevilla: Consejería de Salud, 2010.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Política, planes y programas de salud mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Editores Médicos, S.A. EDIMSA; 2006.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013.

WHO. World Health Organization. Mental health policy, plans and programmes (updated version 2) (Mental Health Policy and Service Guidance Package). Geneva: WHO, 2005.





# METODOLOGÍA



# METODOLOGÍA

## 1. CONTEXTO Y ENFOQUE

En el contexto de la recomendación contenida en el Plan de Salud de Canarias 2016-2017, en el mes de mayo de 2016 la Consejería de Sanidad encargó al Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, la coordinación y diseño del Plan de Salud Mental de Canarias.

La elaboración de este Plan se ha producido en un marco colaborativo, participativo, multidisciplinar, intra e interinstitucional y de consenso basado en el conocimiento científico disponible y la experiencia clínica.

El Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales estableció un procedimiento secuencial y operativo para el desarrollo del Plan. El enfoque global del Plan se realizó de manera acorde a las recomendaciones internacionales (WHO, 2005) y nacionales (SAS, 2010). Por otra parte, a partir de dichas recomendaciones nacionales (SAS, 2010), se realizaron las adaptaciones que se estimaron pertinentes y necesarias para el establecimiento de los procedimientos específicos.

## 2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

El análisis de la situación fue elaborado por el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales. Para su elaboración se utilizaron los datos de múltiples sistemas de información disponibles, como el Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias (RECAP); Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP); CMBD Hospitalarios; Sistema de Información de FarmaCanarias, para el Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación; Sistema de información Cantonera; datos ofrecidos por el Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Por su parte, otras fuentes fueron las propias del Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, las resultantes de una revisión bibliográfica exhaustiva, y la Encuesta de Salud de Canarias 2015.

Se realizó un amplio y exhaustivo análisis de situación que incluía los siguientes apartados: marco legal y planificador sobre salud mental; protocolos, guías y manuales; demografía; la salud mental en Canarias; recursos para la atención a personas con trastorno mental; actividad asistencial; sistemas de información; actividad docente e investigadora; asociaciones de familiares y usuarios; propuestas de base.

## 3. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Sobre la base del análisis de la situación y las recomendaciones de diferentes documentos de referencia, en especial la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013, el Plan de Salud de Canarias 2016-2017 y los Planes de Salud Mental de otras comunidades autónomas, se realizó una propuesta inicial de las líneas estratégicas que se consideraron necesarias.

Posteriormente se realizó una difusión entre todos los sectores participantes para su conocimiento y propuestas al respecto. Así, se realizó una presentación y difusión de la metodología y la propuesta de las líneas estratégicas a las jefaturas de los Servicios de Salud Mental, profesionales de la Red de

Salud Mental, Direcciones de Área, Equipos directivos hospitalarios, personas responsables de los Planes Insulares de Rehabilitación, Asociaciones de Familiares y Usuarios. Las presentaciones se realizaron en el marco de encuentros previamente establecidos tales como: la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental (COMASAM); los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC) y las reuniones de coordinación con los profesionales de Salud Mental.

Tras finalizar este proceso, quedaron establecidas las líneas estratégicas que se incluyen en este plan. Se trata de 12 líneas estratégicas, dos de las cuales se subdividen en seis sublíneas.

El desarrollo del contenido de las líneas estratégicas se realizaría por grupos de trabajo multidisciplinares, por lo cual el siguiente paso fue la constitución de estos grupos.

## **4. CONSTITUCIÓN DE LOS GRUPOS DE TRABAJO**

### **4.1. Solicitud de candidatos para participar en los grupos de trabajo**

Se solicitó a las Jefaturas de Servicio de Salud Mental de cada Hospital del SCS la comunicación a los profesionales sobre la posibilidad de integrarse en los grupos de trabajo, teniendo en cuenta sus preferencias en relación a la líneas estratégicas que componían el Plan. Se recibieron 116 solicitudes de profesionales de todos los ámbitos sanitarios (Hospitalización, Unidades de Salud Mental, Hospitales de Día, Dispositivos de Rehabilitación Psicosocial, Unidades de Media y Larga Estancia) así como de todos los perfiles profesionales.

Asimismo, dado el objetivo básico de la transversalidad, se contactó con otros departamentos (tanto dentro como fuera del ámbito sanitario) para recabar la participación de sus técnicos en algunos de los grupos de trabajo. Estas solicitudes se dirigieron al Servicio de Atención Primaria; Dirección General de Salud Pública; Dirección General de Protección de la Infancia y la Familia; Dirección General de Ordenación, Innovación y Promoción Educativa; Dirección General de Dependencia y Discapacidad; Servicio Canario de Empleo; e Instituto Canario de Igualdad.

Por su parte, se contactó con Asociaciones de familiares y usuarios para que propusieran candidatos que participasen en los grupos de trabajo de diferentes líneas estratégicas.

### **4.2. Constitución de los grupos de trabajo**

La constitución de los grupos de trabajo se basó en las siguientes recomendaciones:

- Composición multidisciplinar.
- Composición intersectorial, siempre que la naturaleza de la línea estratégica así lo aconsejase.
- Participación de Asociaciones de familiares y/o pacientes, siempre que la naturaleza de la línea estratégica así lo aconsejase.
- Máximo de ocho integrantes, salvo excepciones justificadas por la amplitud de la línea estratégica.
- Designación de persona coordinadora.

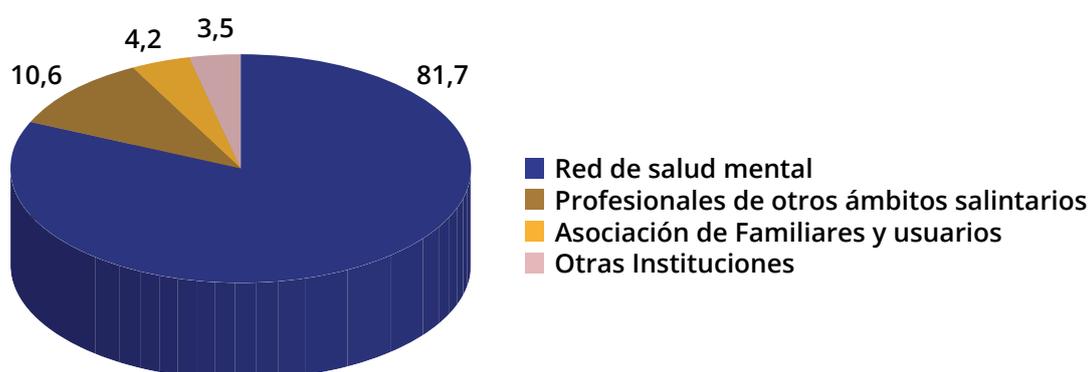
La selección por parte del equipo coordinador (conformado por la Coordinación y el Equipo Técnico de Metodología y Redacción) tuvo en cuenta las preferencias de los profesionales en cuanto a las diferentes líneas estratégicas, pero también se basó en criterios como los conocimientos, experiencia,

puntos de vista complementarios en el grupo, capacidad de consenso y trabajo en equipo.

Se estableció un grupo de trabajo por cada línea y sublínea estratégica. Por lo tanto, se establecieron 22 grupos de trabajo, que tuvieron como objeto el desarrollo de las doce líneas estratégicas que componen el Plan. La media de participantes por grupo fue de 5,3 personas, si bien la media final fue menor, debido a la imposibilidad de algunos profesionales de participar con continuidad en el proceso, por diferentes motivos.

### Procedencia de los componentes de los grupos de trabajo

---



## 5. ORIENTACIÓN Y APOYO METODOLÓGICO

El Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales realizó una labor de orientación y apoyo metodológico a los grupos de trabajo mediante los siguientes procedimientos.

### 5.1. Reunión con las personas coordinadoras de los grupos de trabajo

En esta reunión se transmitieron los aspectos básicos relacionados con el Plan de Salud Mental de Canarias. Posteriormente se centró en la metodología propuesta para el desarrollo de las líneas estratégicas por parte de los grupos de trabajo, así como en las funciones de las personas coordinadoras de cada grupo.

### 5.2. Provisión de documentos a personas coordinadoras

Estos documentos fueron elaborados por el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA, con los siguientes fines:

- Facilitar la labor de los grupos de trabajo.
- Favorecer el uso de la metodología acorde a lo establecido.
- Favorecer el uso de metodología homogénea entre los diferentes grupos de trabajo.
- Proveer de información necesaria.

Los documentos elaborados fueron los siguientes:

1. **El Plan de Salud Mental de Canarias (PSMC): metodología básica.** En este documento se ofrecía una visión global y sintética de las diferentes fases del PSMC.
2. **Información de morbilidad y actividad asistencial.** Proporcionada en aquellas líneas estratégicas cuya naturaleza fuese apropiada para esta información. La información se obtuvo principalmente del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos de Canarias (RECAP).
3. **Información documental y científica de especial relevancia.** Se proporcionó esta información sobre el área temática de cada línea estratégica, sin perjuicio de las ampliaciones pertinentes que estimase y realizase el grupo de trabajo posteriormente.
4. **Configuración del grupo de trabajo. Documento para coordinación del grupo.** Este documento consistió en una plantilla para la persona coordinadora, donde se pudieran incluir los datos del grupo (perfil y contacto), y el número secreto de cada uno de los miembros (participación anónima durante determinadas fases del proceso).
5. **Configuración del grupo de trabajo. Documento para miembros del grupo.** Este documento fue similar al anterior, pero sin el número secreto asignado.
6. **Recomendaciones prácticas para los grupos de trabajo.** En este documento se exponían de forma sintética las recomendaciones de carácter más práctico aplicables durante el proceso de trabajo.
7. **Metodología y Guía para los grupos de trabajo.** En este documento se exponían de forma detallada los aspectos metodológicos implicados. Incluía:
  - 7.1. Información general. Introducción sintética sobre el método de trabajo y las funciones de la persona coordinadora y las personas participantes.
  - 7.2. Metodología de trabajo: visión general. Metodología de los grupos de trabajo, ofrecida de forma sintética.
  - 7.3. Metodología de trabajo detallada. Explicación detallada del método seleccionado (variante del método Delphi), en cuanto a sus fases y los documentos correspondientes.
  - 7.4. Guía para la elaboración. Incluía recomendaciones y ejemplos sobre la redacción, la formulación de objetivos generales, objetivos específicos, actividades e indicadores.
8. **Análisis de la situación específico.** Este documento incluía directrices y recomendaciones para la elaboración de los correspondientes análisis de la situación específicos de cada línea estratégica.
9. **Cuestionario nº 1 - Recogida de primeras propuestas.** Cuestionario - plantilla para las personas participantes de los grupos de trabajo, donde se incluían los objetivos generales, objetivos específicos, actividades e indicadores propuestos en la primera fase.
10. **Plantilla de agrupación de primeras propuestas.** Plantilla para las personas coordinadoras de los grupos, para facilitar el proceso de agrupación de las primeras propuestas. Su utilización era opcional, ya que podían establecerse otros métodos de agrupación igualmente válidos.
11. **Cuestionario nº 2 - Recogida de segundas propuestas.** Cuestionario - plantilla para las personas participantes de los grupos de trabajo, donde se incluían los objetivos generales, objetivos específicos, actividades e indicadores propuestos en la segunda fase.

12. **Plantilla de agrupación de segundas propuestas.** Plantilla para las personas coordinadoras de los grupos, para facilitar el proceso de agrupación de las segundas propuestas. Su utilización era opcional, ya que podían establecerse otros métodos de agrupación igualmente válidos.
13. **Cronograma.** Este incluía todas las etapas detalladas de este procedimiento, los responsables de cada una y su duración. El proceso en su conjunto correspondió al año 2017 y duró siete meses, aunque por abarcar el periodo vacacional, su duración efectiva fue algo menor.

### 5.3. Apoyo metodológico

El Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales estuvo disponible durante todo el proceso de trabajo de los grupos constituidos, para el asesoramiento y apoyo cuando estos lo estimasen necesario. El proceso de trabajo de los grupos se describe a continuación.

## 6. METODOLOGÍA DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

### 6.1. Bases

Cada grupo de trabajo tuvo el cometido de desarrollar el contenido de las líneas estratégicas del PSMC, de tal forma que incluyeran:

- Análisis de la situación sobre el área temática específica.
- Objetivos generales.
- Objetivos específicos.
- Actividades.
- Indicadores de evaluación.

Los objetivos generales se caracterizan por un contenido de tipo general, amplio, mientras que los objetivos específicos acotan el contenido y están al servicio de la consecución del objetivo general propuesto. Las actividades son las acciones concretas que hay que realizar para alcanzar los objetivos. Los indicadores permiten saber en qué medida se van alcanzando los objetivos y se van llevando a cabo las actividades.

La metodología de trabajo fue la siguiente:

- Primera fase: variante de método Delphi, en dos rondas.
- Segunda fase: reunión de consenso.
- Tercera fase: redacción del documento definitivo del grupo.

### 6.2. Variante del método Delphi

El método Delphi se puede describir como un método que permite la estructuración de un proceso de comunicación grupal, que se ha demostrado efectivo para obtener información consensuada de personas expertas sobre un tema concreto. Consiste en la selección de un grupo de personas consideradas expertas a las que se les pregunta, mediante cuestionarios que se envían por correo,

su opinión sobre un determinado tema. Una vez obtenidas las respuestas particulares, estas se agrupan y así son reenviadas al grupo en sucesivas rondas, anónimas, al objeto de tratar de conseguir consenso, pero con la máxima autonomía por parte de las personas participantes (SAS, 2010).

La primera ronda se realizaba por correo electrónico. Las personas coordinadoras realizaron un envío de la documentación al grupo. Las personas participantes realizaron la cumplimentación del primer cuestionario y su envío una vez finalizada su propuesta. Tras ello, la persona coordinadora realizaba la agrupación de las primeras propuestas de las personas participantes en un único documento (Documento de primeras propuestas agrupadas). Esta consistía en una muestra de cada una de las propuestas de las personas participantes, en un único documento. La segunda ronda, también por correo electrónico, comenzaba con el envío de este documento al grupo de trabajo. Cada una de las propuestas figuraban de forma anónima. Tras la recepción, las personas participantes debían evaluar el conjunto de propuestas y reflexionar sobre la conveniencia de cambios en la segunda propuesta que realizaran. Las personas participantes realizaban sus segundas propuestas y las enviaban a la persona coordinadora. Por último, la persona coordinadora realizaba una agrupación de las segundas propuestas en un único documento (Documento de segundas propuestas agrupadas) y su envío al grupo de trabajo. En esta fase, la agrupación de las segundas propuestas era ya una integración de los contenidos de las diferentes propuestas en una propuesta única común, sujeta a debate. Tras este envío se producía una fase de debate (no presencial) entre las personas participantes del grupo, en la que se señalaban los aspectos en los que había acuerdo y se trataba de llegar a consensos en aquellos que eran objeto de discrepancias. El objeto de esta fase era llegar al máximo acuerdo posible antes de la reunión de consenso, de tal forma que en esta solo fuese necesario abordar aquellos aspectos objeto de mayor complejidad y controversia.

El anonimato en estas fases se ha recomendado previamente (SAS, 2010) en virtud de diferentes motivos, como el no influir en el juicio de los demás participantes, no influenciarse por posibles personas de referencia, y facilitar el proceso de reconsideración y cambio de opiniones respecto a las primeras propuestas.

### **6.3. Reunión de consenso**

Todos los grupos de trabajo realizaron una reunión de consenso, de carácter presencial, con uso de videoconferencia para la comunicación efectiva de las personas participantes entre las diferentes islas. Su duración fue de entre 3 y 7 horas, según las necesidades. En caso de necesidad de una segunda reunión de consenso se procedió a ella. Las reuniones estuvieron coordinadas por las personas coordinadoras de cada grupo. Al inicio de estas intervino el equipo coordinador del PSMC (Servicio de Salud Mental de la DGPPAA) con el fin de realizar un encuadre y señalar algunas recomendaciones básicas sobre las dinámicas de las reuniones de consenso.

La finalidad de las reuniones de consenso fue la de alcanzar, a partir del documento elaborado en la fase anterior (Documento de segundas propuestas agrupadas), el consenso sobre una propuesta única del grupo de trabajo. La dinámica habitual se regía por un acuerdo inicial en aquellos contenidos más consensuados durante el proceso previo, para pasar a abordar aquellos aspectos concretos más complejos, o en los que se había producido una mayor discrepancia. En caso de no producirse un consenso de forma natural durante la reunión en algún aspecto concreto, podía someterse a votación explícita, a instancias de la persona coordinadora o de cualquier participante. Solo los contenidos para los que hubo consenso en los grupos se reflejaban en el documento definitivo del grupo.

## 6.4. Redacción del documento definitivo del grupo

Tras la reunión de consenso, la persona coordinadora se encargaba de la redacción de la propuesta definitiva del grupo de trabajo. Para ello tenía en consideración todos aquellos cambios necesarios, derivados de la reunión de consenso, ya fueran adiciones, supresiones o modificaciones, respecto al documento previo a la reunión. Una vez elaborado lo remitían al equipo coordinador, junto con el análisis de la situación específico.

Todas las propuestas incluyeron objetivos generales, objetivos específicos correspondientes a cada objetivo general, actividades para la consecución de los objetivos específicos, e indicadores. Los indicadores se incluyeron para cada una de las actividades, así como para los objetivos específicos, cuando su naturaleza así lo permitía.

## 7. REVISIÓN POR EQUIPO COORDINADOR Y CONSENSO

### 7.1. Revisión de propuestas de los grupos de trabajo

Una vez recibidas las diferentes propuestas de cada grupo de trabajo, el equipo coordinador realizó una revisión de los contenidos de cada una de ellas. Esta revisión tuvo dos objetivos básicos:

- Evaluar adecuación metodológica, tanto a las directrices establecidas como a los aspectos teóricos subyacentes propios de la metodología de elaboración de planes de salud.
- Evitar solapamientos entre los contenidos de las diferentes líneas estratégicas.

Si se detectaban contenidos que requerían cambios derivados de aspectos metodológicos, el equipo coordinador realizaba su adaptación, siempre teniendo en consideración preservar el contenido pretendido por el grupo, o bien se dejaba abierto a la aclaración o reformulación por la persona coordinadora del grupo. Por su parte, si se detectaban solapamientos, se proponía, o bien la eliminación de estos en alguna de las líneas estratégicas (cuando se entendía que su ubicación idónea correspondía a otra), o bien su mantenimiento (cuando se entendía necesaria su presencia en más de una línea), en cuyo caso se revisaban los contenidos para que fuesen congruentes entre sí.

### 7.2. Consenso con personas coordinadoras

En cualquiera de los dos supuestos anteriores, cualquier modificación debía alcanzar el consenso con la persona coordinadora de cada grupo, para ser incluida en la propuesta final del grupo de trabajo. Esta comunicación y consenso con las personas coordinadoras se realizó, o bien presencialmente en reuniones, o bien mediante correos electrónicos, según las necesidades estimadas.

### 7.3. Redacción del documento final

Tras estas reuniones o contactos, el equipo coordinador del PSMC se encargaba de la redacción del documento final de cada grupo de trabajo. Para ello se tenían en consideración todos aquellos cambios derivados de la reunión de consenso o contacto, ya fueran adiciones, supresiones o modificaciones, respecto al documento previo. Una vez elaborado se remitía a la persona coordinadora. Solo tras la aceptación por esta se daba como documento final del grupo de trabajo.

Este proceso de revisión y consenso con las personas coordinadoras se realizó durante el año 2017 y tuvo una duración de dos meses.

## 8. ELABORACIÓN DEL PRIMER BORRADOR DEL PSMC

Una vez disponibles todos los documentos definitivos de las diferentes líneas estratégicas, el equipo coordinador realizó el documento unificado del primer borrador del PSMC. Este está compuesto por:

- Introducción.
- Metodología.
- Análisis de la situación.
- Líneas estratégicas.
  - Objetivos generales.
  - Objetivos específicos.
  - Actividades.
- Evaluación y seguimiento.
  - Seguimiento.
  - Evaluación global.
  - Indicadores.

En aras de una mayor claridad y en sintonía con la práctica más habitual, el contenido de las líneas estratégicas no muestra los indicadores para la evaluación. Por su parte, en la sección de evaluación se muestran todos los indicadores, contextualizados en los contenidos de los objetivos específicos y actividades correspondientes.

## 9. PROCESO DE VALIDACIÓN INTERNA

Una vez elaborado el primer borrador del PSMC, se siguió un procedimiento de validación interna; esto es, la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. Para ello se remitió el borrador a:

- Consejería de Sanidad.
- Secretaría General Técnica de Sanidad.
- Dirección del Servicio Canario de la Salud.
- Secretaría General del Servicio Canario de la Salud.
- Dirección General de Programas Asistenciales.
- Dirección General de Salud Pública.
- Dirección General de Recursos Económicos.
- Dirección General de Recursos Humanos.
- Gerencia de Servicios Sanitarios de las Área de Salud.
- Gerencias de Atención Primaria.
- Gerencias Hospitalarias.

- Direcciones de Área de Salud.
- Jefaturas de Servicio de Salud Mental.

El Servicio de Salud Mental de la DGPPAA elaboró un *Formulario de propuesta de modificaciones*, para facilitar el procedimiento de las modificaciones propuestas, tanto en el proceso de validación interna como en la externa.

## 10. PROCESO DE VALIDACIÓN EXTERNA

Una vez elaborado el segundo borrador del PSMC, tras el proceso de validación interna, se procedió a la validación externa. Para ello se remitió a las siguientes instancias:

- Cabildos Insulares.
- Consejería de Empleo, Políticas Sociales y Vivienda:
  - Dirección General de Políticas Sociales e Inmigración.
  - Dirección General de Dependencia y Discapacidad.
  - Dirección General Protección a la Infancia y la Familia.
- Consejería de Educación y Universidades.
- Universidades:
  - Universidad de La Laguna.
  - Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- Colegios Oficiales:
  - Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas.
  - Colegio Oficial de Médicos de Santa Cruz de Tenerife.
  - Colegio Oficial de la Psicología de Las Palmas.
  - Colegio Oficial de Psicología de Santa Cruz de Tenerife.
  - Colegio Oficial de Enfermería de Las Palmas.
  - Colegio Oficial de Enfermería de Santa Cruz de Tenerife.
  - Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Las Palmas.
  - Colegio Oficial de Trabajo Social de Santa Cruz de Tenerife.
  - Colegio Profesional de Educadores y Educadoras Sociales de Canarias.
- Asociaciones Profesionales:
  - Asociación Canaria de Neuropsiquiatría.
  - Asociación Canaria de Rehabilitación Psicosocial.
  - ACTF (Asociación Canaria de Terapia Familiar).
  - APTOCA (Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Canarias).
  - SEMERGEN Canarias (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria en Canarias).
  - SOCAMFYC (Sociedad Canaria de Medicina Familiar y Comunitaria).

- Asociaciones de familiares y usuarios:
  - Federación de Salud Mental Canarias. FEAFES Canarias.
  - Asociación AFES Salud Mental - Tenerife.
  - Asociación Salud Mental ATELSAM – Tenerife.
  - Asociación Salud Mental AFAES - Gran Canaria.
  - Asociación Salud Mental AFESUR - Gran Canaria.
  - Asociación El Cribo - Lanzarote.
  - Asociación Majorera por la Salud Mental ASOMASAMEN - Fuerteventura.
  - AFEM La Palma.
  - Asociación Espiral.
  - APANATE. Asociación de Padres de Personas con Autismo de Tenerife.
  - Fundación Autismo Diario.
  - Asociación Gull Lasègue.
  - ALABENTE. Asociación Liberación Anorexia y Bulimia en Tenerife.
  - CERMI CANARIAS. Comité de entidades de representantes de personas con discapacidad de la Comunidad Autónoma de Canarias.
  - Asociación de Entidades Plena Inclusión Canarias.
  - ADEPSI.
  - TLP Impulso (Apoyo para la atención del trastorno límite de la personalidad).

## 11. ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO DEFINITIVO

Todas las propuestas de modificaciones aportadas durante los procesos de validación interna y externa fueron evaluadas. Una vez realizadas las modificaciones pertinentes, se elaboró el documento definitivo del PSMC. Posteriormente se llevó a cabo la fase de corrección de estilo.

## 12. APROBACIÓN

El documento definitivo se presentó para su aprobación por el Consejo de Gobierno de Canarias.

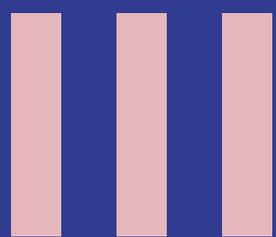
## 13. EDICIÓN Y DIFUSIÓN

Tras su aprobación, se realizaron los procesos de maquetación, edición, presentación pública y difusión del PSMC.

## Bibliografía

SAS. Servicio Andaluz de Salud. Metodología de elaboración y seguimiento de planes de salud integrales. Amo Alfonso, Mercedes, editores. Sevilla: Consejería de Salud, 2010.

WHO. World Health Organization. Mental health policy, plans and programmes (updated version 2) (Mental Health Policy and Service Guidance Package). Geneva: WHO, 2005.



# ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN



# 01

## Marco normativo y planificador sobre salud mental

### 1.1. MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL: CONVENIOS, DECLARACIONES E INFORMES DE ORGANISMOS INTERNACIONALES

En este ámbito se incluyen tanto los Convenios o Convenciones que obligan a los Estados que los han ratificado, como las Declaraciones, Resoluciones, Recomendaciones e Informes internacionales que consagran principios y directrices; asimismo hay que tener en cuenta la normativa comunitaria europea; a continuación se exponen las más significativas, en materia de derechos, salud mental y salud mental infanto juvenil:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, Naciones Unidas, 1948. Todas las personas nacen libres e iguales en dignidad y deberes.
- Declaración de Luxor sobre los Derechos Humanos para los Enfermos Mentales. Federación Mundial de la Salud Mental, 1989. Explicita la responsabilidad gubernamental y social de la atención.
- Convención sobre los Derechos del Niño. Asamblea General de las Naciones Unidas, 20 de noviembre de 1989. La adhesión de España fue publicada en el BOE de 31-12-1990. Recoge los derechos de la infancia y es el primer instrumento jurídicamente vinculante que reconoce a los niños y niñas como agentes sociales y como titulares activos de sus propios derechos.
- Resolución 46/119 que aprueba los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. ONU, 17 de Diciembre de 1991. Se establecen los estándares mínimos de derechos humanos para la práctica en la salud mental, con respecto al tratamiento y las condiciones de vida.

[http://www.un.org/spanish/documents/instruments/docs\\_subj\\_sp.asp?subj=16](http://www.un.org/spanish/documents/instruments/docs_subj_sp.asp?subj=16)

- Carta Europea de Derechos del Niño, Resolución A3-0172/92 del Parlamento Europeo.
- Convenio relativo a la protección del niño y a la cooperación en materia de adopción internacional, hecho en la Haya el 29 de mayo de 1.993. Su instrumento de ratificación fue publicado en el BOE de 1 de agosto de 1995.

- Resolución 48/96 que aprueba las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. Asamblea General de Naciones Unidas, 20 diciembre de 1993. [http://www.un.org/spanish/documents/instruments/docs\\_subj\\_sp.asp?subj=16](http://www.un.org/spanish/documents/instruments/docs_subj_sp.asp?subj=16)
- Recomendación 1235 sobre Psiquiatría y Derechos Humanos. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, de 1994. Establece criterios para el ingreso involuntario, estándares de atención y tratamiento de las personas con trastornos mentales y prohibiciones para prevenir abusos en la atención y práctica psiquiátricas.
- Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina. Consejo de Europa, 1996. Primer instrumento internacional, jurídicamente vinculante, que incorpora el principio del consentimiento informado, la igualdad de acceso a tratamiento médico y altos estándares de protección relativos a la atención y a la investigación.
- Declaración de Madrid sobre los Requisitos Éticos de la Práctica de la Psiquiatría. Asociación Mundial de Psiquiatría, Asamblea General de Madrid, 25 de agosto de 1996; revisada por la Asamblea General de Yokohama, Japón, del 26 de agosto de 2002. ([www.1decada4.es/recursos/enlaces\\_etica/Declaracion\\_Madrid.pdf](http://www.1decada4.es/recursos/enlaces_etica/Declaracion_Madrid.pdf)). Recoge las normas éticas que deben regir la conducta de psiquiatras de todo el mundo.
- Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997, ratificado por España mediante Instrumento publicado en el BOE de 20 de octubre de 1999 núm. 251 (<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-20638>).
- Libro Blanco de 2000 de Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de las Personas que padecen de Trastorno Mental, Comité de Bioética del Consejo de Europa. Se abordan las condiciones y procedimientos de ingreso involuntario, los límites éticos al tratamiento, la prevención y el control de hipotéticos abusos de la psiquiatría y las garantías para las personas con problemas de salud mental encarcelados.
- Resolución sobre la Promoción de la Salud Mental. Consejo de Europa, 2000. Invita a los Estados a incluir en sus políticas sanitarias la prevención y promoción de la salud mental. Contempla la salud mental como parte integrante de la estrategia comunitaria de salud pública.
- Informe de la OMS sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas (<http://www.who.int/whr/2001/es/>).
- Conclusiones sobre la Lucha contra los problemas relacionados con el Estrés y la Depresión. Consejo de Europa, 2002. Se reconoce la importancia de fomentar la salud mental, especialmente a través de estrategias en relación a los determinantes del estrés y la depresión.
- Programa Mundial de Acción en Salud Mental. OMS, 2002. Plantea la brecha que existe entre la atención sanitaria en general con respecto a la atención sanitaria a la salud mental. “Cerramos la brecha, mejoremos la atención”.
- Conclusiones del Consejo de la Unión Europea sobre la Conferencia Europea “La lucha contra la Estigmatización y la Discriminación en relación con la Enfermedad Mental”, 2003. Importancia de combatir la estigmatización para mejorar la salud mental y la importancia de fomentar una actuación eficaz en todas las políticas pertinentes para aumentar la inclusión social y la equidad, así como luchar contra el estigma y la discriminación.
- 56ª Asamblea Mundial de la Salud A56/15. Punto 14.7 del orden del día provisional, de 27 de marzo de 2003. Estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente. El

apartado 19 lo dedica al desarrollo psicosocial y la salud mental de niños y adolescentes, reconociendo la necesidad de respaldar el desarrollo psicológico de lactantes, niños y adolescentes para que su vida comience con buena salud y la continuidad de la salud psicológica a lo largo de todo el ciclo vital. La OMS promoverá una amplia variedad de intervenciones eficaces para atender a los niños y adolescentes con necesidades de salud mental, que se realizarán por intermedio de las comunidades y los sistemas de salud ([http://apps.who.int/gb/archive/s/s\\_wha56.html](http://apps.who.int/gb/archive/s/s_wha56.html)).

- Recomendación relativa a la Protección de la Dignidad y los Derechos Humanos de las Personas con Trastorno Mental. Consejo de Europa, 2004. A partir de esta recomendación se inicia la elaboración de un instrumento con el objetivo de velar por los derechos de las personas con trastornos mentales, que mida el grado de cumplimiento de esta norma en las políticas de los países miembros.
- Declaración de Helsinki y Plan de Acción Europeo para la Salud Mental, 2005, auspiciada por la Oficina Regional Europea de la OMS y suscrita por España en 2005. Declaración europea en la que los Ministros de Sanidad de los Estados Miembros reconocen la salud mental como aspecto fundamental para conseguir una buena calidad de vida y productividad de las personas y establece la importancia y la urgencia de afrontar los retos actuales y ofrecer soluciones basadas en la evidencia. [www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/.../salud\\_mental/opsc\\_est17.pdf](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/.../salud_mental/opsc_est17.pdf).
- Libro Verde de la Salud Mental en Europa: Mejorar la Salud Mental de la Población. Hacia una Estrategia en Salud Mental en la Unión Europea, 2005. La Comisión abre un amplio debate sobre la salud mental. Se trata de iniciar una consulta pública sobre los medios para mejorar la gestión de las enfermedades mentales y promover el bienestar mental en la Unión Europea.
- Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Naciones Unidas, Nueva York, 13 de diciembre de 2006. ([http://www.un.org/spanish/documents/instruments/docs\\_subj\\_sp.asp?subj=16](http://www.un.org/spanish/documents/instruments/docs_subj_sp.asp?subj=16)) (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>). Ratificada por España mediante Instrumento de Ratificación publicado en el BOE de 21 de abril de 2008, núm. 96 (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-6963>). Persigue garantizar los derechos de estas personas en igualdad respecto al resto de ciudadanos, en todas las dimensiones de la vida. Sitúa a las personas con discapacidad como sujetos de derecho y establece que sus demandas y necesidades deben ser cubiertas de forma que puedan alcanzar la igualdad de oportunidades con respecto al conjunto de la ciudadanía. Pretende adicionalmente incorporar a la sociedad su talento y sus valores, tomando en consideración la perspectiva de las capacidades, diferencias y la diversidad funcional de una importante parte de la población mundial, que se estima en 650 millones de personas, un diez por ciento de los seres humanos.
- Reglamento (CE) N° 1920/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de diciembre de 2006, sobre el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:376:0001:0013:ES:PDF>)
- Decisión N° 1150/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de septiembre de 2007, por la que se establece para el periodo 2007-2013 el programa específico información y prevención en materia de drogas, como parte del programa general Derechos fundamentales y justicia. (<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:257:0023:0029:ES:PDF>)

- Declaración de Trencin sobre el Estado de la Salud Mental en Prisiones, 2007. Informe presentado en la Conferencia de la OMS sobre Salud en Prisiones, en el que se revisa la situación de la salud mental y de su atención en las prisiones europeas, en aras de mejorarlas.
  - Informe sobre Libertades Fundamentales, Derechos Básicos y Atención al Enfermo Mental, al Comité de Expertos para el desarrollo de un instrumento de referencia para el Consejo de Europa . 2007. [www.aen.es/web/docs/libertades\\_fundamentales\\_enfermo\\_mental\\_coe-esp.pdf](http://www.aen.es/web/docs/libertades_fundamentales_enfermo_mental_coe-esp.pdf)
  - Programa de acción para superar las brechas en Salud Mental. OMS, 2008. Proporciona un conjunto de actividades y programas claros y coherentes para aumentar y mejorar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias.
  - Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar. Conferencia de alto nivel de la Unión Europea. Bruselas 12-13 junio 2008. Se reconoce la importancia y relevancia de la salud mental y el bienestar para la Unión Europea, sus Estados miembros, los actores interesados y sus ciudadanos. Para ello acuerdan la necesidad de dar un paso político decisivo para hacer de la salud mental y el bienestar una prioridad clave.
  - Resolución sobre la Salud Mental, de 19 de febrero de 2009, del Parlamento Europeo. (<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2009-0063+0+DOC+XML+V0//ES>).
- Informe propuesta de 28 de enero de 2009.  
(<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A6-2009-0034+0+DOC+XML+V0//ES>).
- Declaración de la Oficina Regional para Europa. OMS, 2010. Empoderamiento del usuario en salud mental. Especifica la acción que hay que tomar para reforzar el empoderamiento del usuario Establece que la clave del empoderamiento es la eliminación de los impedimentos formales e informales, así como la transformación de las relaciones de poder entre individuos, comunidades, servicios y gobiernos.
  - Plan de Acción Europeo para la Salud Mental 2013-2020. OMS. La finalidad global es fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales. Este plan tiene un enfoque integral y multisectorial, con coordinación de los servicios de los sectores sanitario y social. Propone indicadores y metas clave que se pueden utilizar para evaluar la aplicación, los progresos y el impacto. En el núcleo del plan de acción se encuentra el principio mundialmente aceptado de que “no hay salud sin salud mental”. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf)
  - Atlas de Salud Mental 2014. OMS. [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/mental\\_health\\_atlas\\_2014/es/](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/es/)

## 1.2. MARCO NORMATIVO ESTATAL Y DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS: LEGISLACIÓN Y OTROS INSTRUMENTOS

### Marco normativo estatal.

En España no existe una ley específica sobre salud mental o sobre enfermedad mental. Al comienzo de la década de los ochenta, la Comisión Interministerial —Sanidad y Justicia— creada

*ad hoc* por el Gobierno recomendó que no se iniciase un procedimiento legislativo en esa dirección, al entender que una ley específica podría contribuir a la discriminación de este tipo de enfermedades y las personas que las padecen, pese a que incluyera entre sus objetivos la lucha contra su estigmatización. Sin embargo, sí que existe un marco normativo estatal que incide en la regulación y en la atención de la salud mental, que legitima lo recogido en la presente planificación y que se expone a continuación.

- Constitución Española de 1978. Reconoce el derecho a la protección de la salud y encomienda a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios (artículo 43). El artículo 149.1.16 establece la competencia exclusiva del Estado para establecer las bases y la coordinación general de la sanidad.
- Código Civil, aprobado mediante Real Decreto de 24 julio de 1889, habiendo sido objeto de diversas modificaciones, entre ellas, también la de su Título X que dedica a la tutela, la curatela y la guarda de los menores o incapacitados, destacar de éste su artículo 271 que dispone que el tutor necesita autorización judicial para internar al tutelado en un establecimiento de salud mental o de educación o de formación especial.
- Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de abril de 1985: Documento General y Recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica y la Atención a la Salud Mental. Dicha Comisión fue creada por Orden de 27 de Julio de 1983. El Informe, sin carácter normativo, tiene una gran trascendencia para las elaboraciones normativas posteriores dado que explicita los parámetros que han de servir en el futuro para la reforma psiquiátrica.
- Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>). En su artículo 70 establece que la coordinación general sanitaria incluirá la determinación de fines u objetivos mínimos comunes en materia de promoción, prevención, protección y asistencia sanitaria, así como el establecimiento con carácter general de criterios mínimos, básicos y comunes de evaluación de la eficacia, y rendimiento de los programas, centros y servicios sanitarios.

Además señala que el Estado y las Comunidades Autónomas podrán establecer estrategias y actuaciones sanitarias conjuntas, que si implicaran a todas ellas se consensuarían en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Dedica el Capítulo III (artículo 20) del Título I (del Sistema de salud) a la salud mental, desarrollando el contenido fundamental del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985. Incluye la equiparación en derechos de la persona con problemas de salud mental y la inclusión de la atención en materia de salud mental en el sistema general de salud.

- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-1069>).
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-23750>). Desarrollada por Reglamento aprobado mediante Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-979>).
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-323>). El artículo 763 regula el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, en un establecimiento de salud mental, sometiéndolo a las máximas

garantías procesales. El artículo 778 bis aborda el internamiento de menores con problemas de conducta en centros de protección específicos.

- Ley Orgánica 5/2000 de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, prevé, entre las medidas susceptibles de ser impuestas a los menores, el tratamiento ambulatorio de las alteraciones psíquicas (Art. 7) pudiendo las Comunidades Autónomas establecer los convenios o acuerdos de colaboración necesarios con otras entidades, bien sean públicas o privadas sin ánimo de lucro, para la ejecución de las medidas de su competencia (Art. 45. 3). Dicha Ley ha sido desarrollada reglamentariamente mediante Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio. Su artículo 6. j) establece la necesaria coordinación de actuaciones, especialmente en materia de educación y sanidad; su artículo 16 regula el tratamiento ambulatorio y el artículo 27 el internamiento terapéutico, contemplando el artículo 38 su asistencia sanitaria.
- 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 (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>). Regula el derecho a la información sanitaria, a la intimidad, a la autonomía del paciente, el consentimiento informado y la documentación sanitaria (la historia clínica, el informe de alta y otra documentación clínica).
- Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>) El artículo 7.1 establece que el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. Se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de promoción y mantenimiento de la salud, dirigidos a los ciudadanos y señala, además, las prestaciones que comprenderá el catálogo. El artículo 14 define la prestación sociosanitaria como el conjunto de cuidados destinados a los enfermos crónicos que, por sus especiales características, pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones y sufrimientos y facilitar la reinserción social. También reconoce al Ministerio con competencias en materia de Sanidad las relativas al establecimiento de bases y coordinación general sanitaria y para impulsar la elaboración de planes integrales de salud sobre las patologías más prevalentes y otras actuaciones en coordinación con las Comunidades Autónomas.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760&p=20151006&tn=6>). De su articulado se recoge el derecho a la atención integral, incluida la psicológica.
- 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 (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212&p=20150708&tn=1#ddunica>). Se detallan las prestaciones que se incluyen tanto en la cartera de servicios de atención primaria como en la de atención especializada. Su Anexo III, relativo a la Cartera de servicios comunes de atención especializada, dedica el apartado 7 a la atención a la salud mental. Dicho real Decreto deroga el Real Decreto 63/1995 de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1995-3554>) salvo su Disposición adicional 4ª relativa a las prestaciones de atención sociosanitaria, en tanto se desarrolla el contenido de la cartera de servicios de atención sociosanitaria.

- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>). Crea el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) y reconoce un nuevo derecho de la ciudadanía, el de las personas que no se pueden valer por sí mismas, a ser atendidas por el Estado y garantiza una serie de prestaciones. Por dependencia se entiende precisar ayudas importantes de otras personas para realizar tareas básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. La ley se inspira en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad de las prestaciones públicas del SAAD.
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-6115&p=20130727&tn=2>). Su artículo 27, dedicado a la “Integración del principio de igualdad en la política de salud”, recoge en su apartado 1 que “Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán, en su formulación, desarrollo y evaluación, las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente”.
- Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica (BOE nº 159, de 4 de julio) (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-12945>).
- Resolución de 2 de febrero de 2009 de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 (<http://www.boe.es/boe/dias/2009/02/13/pdfs/BOE-A-2009-2451.pdf>). El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publica, con fecha 28 de julio de 2017, nota en su página web que informa que un primer borrador de la Estrategia Nacional sobre Drogas y Adicciones 2017-2024 va a ser remitido en pocos días a los integrantes de la Conferencia Sectorial para trámite de alegaciones.
- Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre derechos de las personas con discapacidad (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-13241>) España ratificó la Convención y el Protocolo Facultativo el 21 de abril de 2008, entrando en vigor el 3 de mayo de ese mismo año. A partir de ese momento pasa a ser parte del ordenamiento interno, por lo que es necesario adaptar y modificar determinadas normas para hacer efectivos los derechos que la Convención recoge.
- Real Decreto 1276/2011, de 16 de septiembre, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad (<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-14812# analisis>). Su objetivo es adecuar la regulación reglamentaria vigente en materia de discapacidad a las directrices de la Convención, en la línea marcada por la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social. (<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2013-12632>). Tiene por objeto garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato, así como el ejercicio real y efectivo de derechos por parte de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones respecto del resto de ciudadanos, a través de la promoción de la autonomía personal, de la accesibilidad universal, del acceso al empleo, de la inclusión en la comunidad y la vida independiente y de la erradicación de todo tipo de discriminación.
- Real Decreto 1414/2006, de 1 de diciembre, por el que se determina la consideración de persona con discapacidad a los efectos de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de

oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-22080>).

## Empleo:

- Ley 43/2006, de 29 de diciembre, para la mejora del crecimiento y del empleo (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-22949>).
- Real Decreto 870/2007, de 2 de julio, por el que se regula el programa de empleo con apoyo como medida de fomento de empleo de personas con discapacidad en el mercado ordinario de trabajo (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-13588&p=20120707&tn=2>).
- Ley 44/2007, de 13 de diciembre, para la regulación del régimen de las empresas de inserción (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-21492>).

## Ordenación de las Profesiones Sanitarias:

- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-200321340&p=20140328&tn=1#a3>).
- Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre Especialidades de Enfermería (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2005-7354&p=20170331&tn=1#a2>).
- 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 (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-3176&p=20170331&tn=1#a2>).
- Orden SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la Especialidad de Psiquiatría (<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-15079>).
- Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la Especialidad de Psicología Clínica ([https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-10107](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-10107)).
- Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la Especialidad de Enfermería de Salud Mental ([https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-9081](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-9081)).
- Proyecto de Real Decreto por el que se crea el Título de Especialista Médico en Psiquiatría del Niño y del Adolescente y se modifica la denominación del Título de la Especialidad de Psiquiatría por el de Psiquiatría del Adulto, publicado en la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en fecha 28 de agosto de 2017, tras consulta pública previa cerrada. <http://www.msssi.gob.es/normativa/consultas/consultasCerradas.htm>.

## Organización administrativa:

- Real Decreto 485/2017, de 12 de mayo, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2017-5271>).

## Marco normativo de la Comunidad Autónoma de Canarias.

Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales (B.O.C. 56, de 04.05.1987). Para el logro de su objeto, consistente en garantizar el derecho de todos los ciudadanos a los servicios sociales, facilitando el acceso a los mismos, orientados a evitar y superar las situaciones de necesidad y marginación social que presenten individuos, grupos y comunidades, se crea un sistema de servicios sociales de responsabilidad pública que tiene, entre otras, las siguientes líneas de actuación: a) Promover y potenciar aquellas actividades, servicios y recursos que permitan una mejora de la calidad de vida de los ciudadanos, en condiciones de igualdad, y el incremento y mantenimiento del bienestar social. b) Prevenir y eliminar las causas que conducen a la marginación. c) Atención y apoyo a las personas y grupos sociales, especialmente en casos de carencia y dependencia. d) Rehabilitación y promoción social de individuos, grupos y comunidades. e) Coordinación de la gestión administrativa de los servicios sociales y de éstos con otras áreas del Bienestar Social, tendente a una intervención integral y globalizada respecto de las necesidades sociales.

- Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (B.O.C. 96, de 5.8.1994), que tiene por objeto, entre otros aspectos, el establecimiento y la ordenación del Sistema Canario de la Salud, en el que se integra y articula funcionalmente el conjunto de actividades, servicios y prestaciones que tienen por fin la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud. Además, contempla el Derecho a programas sanitarios y actuaciones especiales y preferentes para los enfermos mentales, dentro de las disponibilidades en cada momento de medios y recursos del Sistema Canario de la Salud (artículo 9) y Derechos específicos de los enfermos mentales (artículo 10) disponiendo que los pacientes que por razón de enfermedad física o mental, sean considerados incapaces o presuntos incapaces, en el sentido que lo manifiesta el título IX, del libro I, del Código Civil y que están ingresados o tuvieren que ingresar en un centro o establecimiento sanitario, gozan además de los derechos previstos en los artículos 6 y 9, de los siguientes derechos: a) Cuando en los ingresos voluntarios desapareciera la plenitud de facultades durante el internamiento, la Dirección del centro deberá solicitar la correspondiente autorización judicial en los términos regulados en el artículo 211 del Código Civil, debiendo reexaminar periódicamente la necesidad del internamiento. b) Los ingresos forzosos sólo podrán realizarse de acuerdo con el artículo 211 del Código Civil.
- Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud (B.O.C. 32, de 15.3.1995).
- Ley 1/1997, de 7 de febrero, de Atención Integral a los Menores (B.O.C. 23, de 17.2.97).
- Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias (B.O.C. 94, de 28.7.1998).
- Decreto 118/1992, de 9 de julio, sobre autorizaciones para la creación, construcción, modificación, adaptación, traslado, supresión o cierre de Centros y Servicios sociosanitarios de atención a drogodependientes (B.O.C. 112, de 12.8.1992). Orden de 13 de agosto de 1992, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, por la que se desarrolla el Decreto 118/1992, de 9 de julio, citado (B.O.C. 114, de 14.8.1992; c.e. B.O.C. 125, de 4.9.1992).
- Orden de 15 de junio de 2000, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establecen las condiciones mínimas que deben cumplir los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Canarias (B.O.C. 107, de 16.8.2000).
- Orden de 12 de septiembre de 2001, por la que se amplía el anexo de la Orden de 19 de agosto de 1998, de la Consejería de sanidad y Consumo, por la que se regulan los ficheros

automatizados de datos de carácter personal del Servicio Canario de la Salud, por la que se crea el fichero “Proyecto Alzheimer 2001” y la Orden de 4 de marzo de 2002, por la que se amplía la relación de ficheros de datos de carácter personal existentes en el Servicio Canario de la Salud, creando un nuevo fichero en el que se contienen datos de carácter personal con la denominación de Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos de Canarias.

- Decreto 178/2005, de 26 de julio, por el que se aprueba el Reglamento que regula la historia clínica en los centros y establecimientos hospitalarios y establece el contenido, conservación y expurgo de sus documentos (B.O.C. 154, de 8.8.2005).
- Orden de 28 de febrero de 2005, de la Consejería de Sanidad, por la que se aprueba la Carta de los Derechos y de los Deberes de los Pacientes y Usuarios Sanitarios y se regula su difusión (B.O.C. 55, de 17.3.2005).
- Ley 4/2005, de 13 de julio, de Ordenación Farmacéutica de Canarias (B.O.C. 143, de 22.7.2005) cuyo CAPÍTULO V del Título II regula los Servicios Farmacéuticos de los Centros de Atención a Drogodependientes, Sociosanitarios y Penitenciarios ( artículos 62 a 64).
- Decreto 105/2006, de 20 de julio, por el que se regula la homologación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios y por el que se desarrolla el régimen jurídico del concierto sanitario (B.O.C. 148, de 1.8.2006).
- Decreto 17/2010, de 25 de febrero, por el que se crea la Comisión Canaria de Formación Continuada de las profesiones sanitarias y se regula el procedimiento de acreditación de la formación continuada de las profesiones sanitarias de la Comunidad Autónoma de Canarias (BOC 51, de 15.3.2010).
- Ley 1/2010, de 26 de febrero, Canaria de Igualdad entre Mujeres y Hombres (BOC 45, de 5.3.2010; c.e. BOC 69, de 9.4.2010 y BOC 106, de 2.6.2010).
- Decreto 123/2014, de 18 de diciembre, por el que se establece el procedimiento para la implantación de tecnologías sanitarias en la práctica asistencial del Servicio Canario de la Salud y se crea el Comité Técnico para la evaluación de tecnologías sanitarias (BOC 251, de 29.12.2014).
- Decreto 154/2015, de 18 de junio, por el que se modifica el Reglamento regulador de los centros y servicios que actúen en el ámbito de la promoción de la autonomía personal y la atención a personas en situación de dependencia en Canarias, aprobado por el Decreto 67/2012, de 20 de julio (BOC 128, de 3.7.2015).

## **1.3. ÓRGANOS COLEGIADOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS CON COMPETENCIAS EN MATERIA DE SALUD MENTAL**

### **1.3.1. Introducción**

Existen determinadas áreas de especial complejidad y relevancia en salud mental para las que se ha estimado necesaria la constitución de órganos colegiados -comisiones y consejos- creados y regulados mediante Decretos territoriales que explicitan su naturaleza, funciones, composición y funcionamiento.

Estos órganos y su normativa reguladora son los siguientes:

- Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental (COMASAM). El Decreto 5/2016, de 15 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de la Consejería de Sanidad (BOC 37, de 24.2.2016; c.e. BOC 41, de 1.3.2016; y BOC 52, de 16.3.2016) la regula en la Sección 5ª del capítulo III (artículos 25 a 30).

- Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (C.I.R.P.A.C.) para Enfermos Mentales, regulados mediante Decreto 83/1998, de 28 de mayo, por el que se constituyen los citados Consejos Insulares (B.O.C. 75, de 19.6.98; c.e. B.O.C. 122, de 25.9.98).
- Comisión Asesora sobre Demencias y Enfermedad de Alzheimer, creada mediante Decreto 125/1999, de 17 de junio, (B.O.C. nº 89, de 9.7.1999; c.e. B.O.C. 144, de 29.10.1999).
- Comisiones Insulares de coordinación sobre drogodependencias, regulado mediante Decreto 5/2005, de 25 de enero, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de la Consejería de Sanidad (B.O.C. 24, de 4.2.2005), que le dedica los artículos 33 a 36.

Hay que señalar que la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental es el único órgano colegiado de los antes relacionados que está adscrito a la Consejería de Sanidad, estando el resto de los órganos citados adscritos al Servicio Canario de la Salud.

Respecto a la regulación de la organización y funcionamiento del Servicio Canario de la Salud se encuentra en fase de Proyecto en tramitación, en el momento actual, el Decreto por el que se aprueba su Reglamento de Organización y Funcionamiento, que incluye la regulación de los Consejos Insulares de rehabilitación psicosocial y acción comunitaria para personas con enfermedad mental (CIRPAC), la Comisión asesora sobre enfermedad de Alzheimer y otras demencias y las Comisiones Insulares de coordinación sobre drogodependencias, que a fecha de hoy se encuentran regulados -como se ha visto- mediante decretos dispersos, en los que el paso del tiempo ha revelado la necesidad de realizar actualizaciones y mejoras en su regulación.

A continuación se expone la información relativa a tales Comisiones y Consejos, a la luz de su normativa reguladora.

### **1.3.2. Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental (COMASAM)**

Su naturaleza es la de órgano consultivo de la Consejería competente en materia de sanidad que asesora, informa y propone actuaciones en materia de salud mental (artículo 25).

Sus funciones son las siguientes (artículo 26):

- a) Proponer la realización de convenios interinstitucionales que sean necesarios para proceder a una total integración de los recursos existentes en la asistencia psiquiátrica y la salud mental.
- b) Proponer criterios y medidas esenciales, a fin de iniciar en Canarias acciones y programas de promoción, prevención y educación sanitaria en el área de la salud mental.
- c) Fomentar iniciativas que se encaminen a mejorar la eficacia, eficiencia y calidad de atención a la salud mental.
- d) Solicitar, de cuantas instituciones u organismos interesados en la atención a la salud mental se estime, información sobre modelos de actuación, proyectos, actividades, etc., que pudieran interesar.
- e) Trasladar a las Administraciones competentes las directrices establecidas y el contenido de los distintos acuerdos con el fin de que puedan ser introducidos en sus planes anuales, y se les asigne la dotación presupuestaria correspondiente.
- f) Facilitar información y asesorar, a fin de definir acciones y medidas concretas con el objeto de obtener en Canarias una política humana, científica y técnicamente válida.

- g)** Promover y colaborar con la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias en los programas de capacitación y formación continuada de los profesionales de las áreas sanitarias y sociosanitarias en materia de salud mental.
- h)** Promover la utilización conjunta de los recursos existentes en salud mental en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma Canaria.
- i)** Coordinar las actuaciones de los distintos Consejos Insulares de rehabilitación psicosocial y acción comunitaria (CIRPAC) contemplados en el Plan de Salud de Canarias.
- j)** Cuantas actuaciones sean precisas para lograr los objetivos marcados por la Comisión en materia de salud mental.

La Comisión Asesora puede recibir y escuchar las cuestiones y sugerencias dadas por individuos o grupos sobre las funciones que tiene atribuidas.

Con la aprobación de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, la Comisión Asesora puede llevar a cabo o proponer la elaboración de estudios sobre cualquier aspecto de los incluidos entre sus funciones, de acuerdo con las disponibilidades presupuestarias.

La Comisión Asesora comunicará a la Dirección General de Programas Asistenciales aquellos problemas o necesidades que requieran un estudio o actuación de ésta.

Su composición en Pleno es la siguiente (artículo 27):

- Presidencia: la ostenta la persona titular de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.
- Vocales:
  - a)** Las personas titulares de las direcciones generales competentes o responsables de organismos autónomos de las siguientes materias:
    - Atención a las drogodependencias.
    - Dependencia y discapacidad.
    - Justicia.
    - Protección de la infancia y la familia.
    - Promoción educativa.
    - Servicio Canario de Empleo.
  - b)** Las personas titulares de las Direcciones de las siete Áreas de Salud.
  - c)** Las personas responsables de los servicios de psiquiatría de las diferentes Áreas de Salud de Canarias.
  - d)** Una persona representante de las siguientes Instituciones y Organismos con competencias o recursos en el área de salud mental, designadas a propuesta de éstos y nombradas por el titular de la Consejería competente en materia de sanidad:
    - Cabildo Insular de Tenerife.
    - Cabildo Insular de Gran Canaria.
    - Cabildo Insular de La Palma.
    - Cabildo Insular de Lanzarote.
    - Cabildo Insular de La Gomera.
    - Cabildo Insular de Fuerteventura.

- Cabildo Insular de El Hierro.
  - Universidad de La Laguna.
  - Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
  - Asociaciones Profesionales que tengan relación en el ámbito de la salud mental a propuesta conjunta de las inscritas en el Registro de Asociaciones de la Consejería competente en la materia.
- e)** Dos profesionales de reconocido prestigio en el campo de la salud mental, a propuesta de la Dirección General competente en materia de programas asistenciales del Servicio Canario de la Salud, cuyos nombramientos se realizarán por la persona titular de la Consejería competente en materia de sanidad.
- f)** Dos representantes de las Asociaciones de Familiares, por provincia, cuyos nombramientos se realizarán por la persona titular de la Consejería competente en materia de sanidad y a propuesta conjunta de las inscritas en el Registro de Asociaciones de la Consejería competente en la materia.
- Secretaría: la ejerce la persona vocal designada por acuerdo de la Comisión.

La Comisión Asesora constituirá de entre sus miembros una Comisión Permanente con la siguiente composición (Artículo 28) :

- a)** La persona titular de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, que ostentará la presidencia de la misma.
- b)** Dos personas responsables de los servicios de psiquiatría de las Áreas de Salud, a propuesta de las que forman parte del Pleno de la Comisión.
- c)** Tres representantes de los Cabildos Insulares.
- d)** Dos representantes cuyos nombramientos se realizarán entre profesionales de reconocido prestigio en el campo de la salud mental.

La Comisión Asesora en Pleno podrá delegar en la Comisión Permanente el ejercicio de las funciones que considere adecuadas, supervisando sus actuaciones para el mejor cumplimiento de sus fines y atribuciones. El Pleno de la Comisión Asesora deberá ser informado regularmente de todas las actuaciones que lleve a cabo la Comisión Permanente, pudiendo requerirla cuando lo crea necesario.

La Comisión Asesora podrá constituir grupos de trabajo para el estudio de cuestiones concretas, temas específicos o monográficos, y estarán integrados por los vocales o por técnicos ajenos a la misma, que designe la Presidencia a propuesta de dicha Comisión, debiendo dar cuentas de sus trabajos en la sesión de la Comisión Asesora que ésta determine (artículo 29).

En cuanto al régimen jurídico de su funcionamiento, la Comisión Asesora fijará sus normas de funcionamiento interno y se reunirá de manera ordinaria, al menos, cada seis meses y de manera extraordinaria cuando resulte necesario a criterio de la Presidencia o lo solicite la mitad de sus miembros. El quórum de asistencia, para la válida constitución del órgano, precisará la presencia de representantes de todas las Administraciones integrantes de la Comisión. La Comisión Asesora elevará anualmente a la persona titular de la Consejería competente en materia de sanidad una memoria de actividades que redactará quien ejerza el Secretariado (artículo 30).

### 1.3.3. Consejos insulares de rehabilitación psicosocial y acción comunitaria para personas con enfermedad mental (CIRPAC)

La naturaleza de estos Consejos Insulares, de los que existe uno en cada Área de Salud, es la de órganos colegiados adscritos al Servicio Canario de la Salud, que permiten complementar y coordinar recursos sanitarios y sociales que habrán de confluír en el colectivo de personas con enfermedad mental grave, a fin de evitar su marginación, y cuyo ámbito de actuación se coordina en la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental (artículo 47 del Proyecto).

Sus funciones son las siguientes (artículo 48 del Proyecto):

1. Elaboración, a partir de los datos disponibles en los dispositivos asistenciales de Atención a la Salud Mental, Unidades de Salud Mental Comunitarias, Unidades de Media y Larga Estancia y de Rehabilitación y otros, y en el registro acumulativo de casos psiquiátricos (RECAP), de un censo de pacientes con enfermedad mental grave, ordenándolo según el nivel de necesidades.
2. Diseño de Programas Insulares de Rehabilitación Psicosocial para personas con enfermedad mental grave (P.I.R.P.), asegurándose de que sus diferentes subprogramas sean los más adecuados para los correspondientes niveles de necesidades, y enviándolos para su aprobación a la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental.

Dicho P.I.R.P. deberá incluir entre sus líneas programáticas, al menos las de:

- a) Seguimiento de las personas con enfermedad mental grave, por medio de las Unidades de Salud Mental Comunitarias.
  - b) Desarrollo y promoción de Dispositivos Rehabilitadores Comunitarios (Centros de día, Unidades de noche).
  - c) Desarrollo y promoción de una Red de Apoyo Social y Comunitario, con subprogramas de empleo, apoyo domiciliario, atención a personas con enfermedad mental grave sin hogar, alojamiento alternativo, apoyo coyuntural y de tiempo libre.
3. Poner a disposición del responsable o responsables de los P.I.R.P., un inventario de recursos y prestaciones sociosanitarias, públicas o privadas que puedan contribuir a la rehabilitación psicosocial de las personas con enfermedad mental grave.
  4. Asesorar, siguiendo los criterios de coordinación establecidos por la Dirección General de Programas Asistenciales, a los responsables de los servicios sanitarios y sociales, públicos o privados, sobre la correcta utilización de todos los recursos y prestaciones así como de los diferentes procedimientos para acceder a ellos.
  5. Supervisar mediante el análisis y evaluación, las memorias y planes anuales que conllevan los P.I.R.P., dando cuenta a la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental de las conclusiones con carácter anual.
  6. Proponer criterios y procedimientos de control de calidad para los diferentes subprogramas del P.I.R.P., promoviendo aquellos que beneficien a los pacientes, en coordinación con el resto de los C.I.R.P.A.C., a través de la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental.
  7. Informar con carácter periódico a la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental acerca de la actividad desarrollada para la realización del P.I.R.P.
  8. Emitir informe previo al plan de formación del personal de los centros y servicios concertados con la Administración para el caso de la asistencia a personas con trastornos mentales graves, así como cualquier otro que la normativa vigente le atribuya.

9. Cuantas otras funciones sean precisas para lograr los objetivos que se fijan en el P.I.R.P.

Su composición es la siguiente (artículo 49 del Proyecto):

- a) Presidencia, que será la persona titular de la Dirección de Área de Salud correspondiente.
- b) Los siguientes vocales (con ligeras pero necesarias diferencias respecto a la regulación vigente):
  - La o las personas titulares de las jefaturas de servicio de psiquiatría de los hospitales o de los servicios sanitarios del Área de Salud correspondiente o persona de dichos servicios en quien delegue.
  - La persona titular de la jefatura de servicio de salud mental de la Dirección General de Programas Asistenciales o persona de dicho servicio en quien delegue, que actuará de coordinador con la Presidencia de la Comisión Asesora sobre atención a la salud mental.
  - La persona responsable del PIRP, que será designada a propuesta de la Dirección de Área de Salud ratificada por la Dirección General de Programas Asistenciales, entre el personal del Servicio Canario de la Salud del Área de Salud correspondiente con responsabilidades en el ámbito de personas con enfermedad mental.
  - Una persona representante por cada una de las Direcciones Gerencias de hospitales o, en su caso, de la Gerencia de servicios sanitarios.
  - Una persona representante del Área de Salud correspondiente con competencias en rehabilitación psicosocial.
  - Una persona representante del Departamento de la Administración Autonómica con competencias en políticas sociales, en concreto, en la atención a personas con discapacidad o en situación de dependencia por enfermedad mental.
  - Una persona representante de acción social del Cabildo Insular o, en caso de existir, del Instituto de Atención Social y Sociosanitaria, con competencias en la atención a personas con enfermedad mental grave.
  - Una persona representante del Servicio Canario de Empleo con competencia en formación y empleo para personas con discapacidad por enfermedad mental.
  - Una persona representante de la Dirección General de Ordenación, Innovación y Promoción Educativa con competencia en la formación para personas con discapacidad por enfermedad mental.
  - Dos personas representantes por parte de las Asociaciones de familiares de personas con enfermedad mental y dos representantes por parte de las Asociaciones de personas con enfermedad mental, inscritas en el Registro de Asociaciones de la Consejería de Presidencia, Justicia e Igualdad, con ámbito de influencia en el Área de Salud correspondiente; de no alcanzar el número de representantes uno de los tipos de asociaciones, el número sobrante podrá ser acumulado al otro tipo, hasta alcanzar el máximo de cuatro.
  - El siguiente número de personas representantes municipales, tratándose de las mismas personas designadas para los Consejos de Salud de Área:
    - En las Áreas de Salud de Gran Canaria y de Tenerife 9 representantes, respectivamente, con el siguiente criterio:
      - 3 en representación de los municipios de menos de 15.000 habitantes.
      - 3 en representación de los municipios entre 15.000 y 50.000 habitantes.
      - 3 en representación de los municipios de más de 50.000 habitantes.

- En el Área de La Palma, 9 representantes, con el siguiente criterio:
    - 3 en representación de los municipios de menos de 5.000 habitantes.
    - 3 en representación de los municipios entre 5.000 y 15.000 habitantes.
    - 3 en representación de los municipios de más de 15.000 habitantes.
  - En las Áreas de Salud de Lanzarote, Fuerteventura, La Gomera y El Hierro 9 representantes, respectivamente.
- c) Secretaría, con voz y sin voto, que será designada a propuesta de la Dirección de Área de Salud correspondiente, entre el personal al servicio del Servicio Canario de la Salud, preferentemente de la Dirección de Área de Salud.

Las designaciones se realizarán por el Consejero o Consejera competente en materia de sanidad, a propuesta de los Organismos y Entidades integrantes. Las Comisiones creadas por el Pleno podrán solicitar, a través de la Presidencia del Pleno, la colaboración eventual de profesionales que consideren conveniente para el mejor desarrollo de las tareas encomendadas a las mismas, los cuales se incorporarán con voz pero sin voto.

En cuanto a su funcionamiento (artículo 50 del proyecto, asimismo con ligeras pero necesarias diferencias respecto a la regulación actualmente vigente):

La Presidencia del C.I.R.P.A.C. ostenta su representación así como la presidencia tanto del Pleno como de las comisiones del Consejo. En caso de ausencia, vacante o enfermedad u otra causa legal asumirá la presidencia la vocalía que representa el servicio de salud mental de la Dirección General de Programas Asistenciales. En caso de ausencia o enfermedad de la persona que desempeñe la Secretaría, la Presidencia del Consejo podrá, para una determinada sesión, designar su suplente entre los vocales representantes de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias.

Los C.I.R.P.A.C. funcionan en pleno y en comisión permanente. Son miembros del Pleno todos los del CIRPAC. La Comisión Permanente, que podrá ejercer por delegación del Pleno las atribuciones que éste determine, estará compuesta por:

- La Presidencia y la Secretaría o personas que reglamentariamente les sustituyan.
- Los siguientes miembros del CIRPAC, designados por el Pleno:
  - La persona responsable del P.I.R.P.
  - La persona representante del Área de Salud correspondiente con competencias en rehabilitación psicosocial.
  - Una persona titular de jefatura de servicio de psiquiatría de los hospitales o de los servicios sanitarios del Área de Salud correspondiente o persona de dicho servicio en quien delegue, a propuesta de dichos representantes.
  - Una persona representante de las Direcciones Gerencias de hospitales o, en su caso, de la Gerencia de servicios sanitarios, a propuesta de dichos representantes.
  - Una persona representante de la Administración Pública Autonómica, a propuesta de los representantes autonómicos.
  - La persona representante de la Administración Pública Insular.
  - Una persona representante de la Administración Pública Local, a propuesta de los representantes municipales.
  - Una persona representante de las Asociaciones, a propuesta de los representantes de las asociaciones.

El Pleno del C.I.R.P.A.C. podrá crear Comisiones para el estudio de cuestiones específicas, debiendo determinar el plazo para su constitución, sus objetivos y el plazo en que ha de cumplir el cometido que se le encomienda.

El Pleno del C.I.R.P.A.C. se reunirá en sesión ordinaria, al menos, una vez al semestre, previa convocatoria de su Presidencia.

#### **1.3.4. Comisión Asesora sobre enfermedad de Alzheimer y otras demencias**

El proyecto de Decreto modifica el nombre de la referida Comisión (en la regulación vigente se denomina Comisión Asesora sobre Demencias y Enfermedad de Alzheimer) así como que introduce ligeras modificaciones para la actualización y mejora de su regulación.

Su naturaleza es la de un órgano colegiado de carácter consultivo adscrito al Servicio Canario de la Salud (artículo 43), que tiene entre sus funciones las siguientes (artículo 44):

- a)** Asesorar a los órganos competentes de la Consejería de Sanidad y del Servicio Canario de la Salud sobre el modelo de organización de la atención de las personas mayores con enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
- b)** Asesorar en el diseño de protocolos de diagnóstico y seguimiento del tratamiento de enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
- c)** Velar por el desarrollo de un sistema de registro de seguimiento de las demencias.
- d)** Proponer el establecimiento de medidas para la optimización de los recursos destinados al tratamiento de las enfermedades psicogeríatras.
- e)** Asesorar sobre las estrategias con el fin de conseguir el soporte de la familia y de la comunidad en general en el tratamiento de las personas afectadas por estas enfermedades.
- f)** Asesorar sobre todos aquellos aspectos que inciden en la vida de estos pacientes y que deben ser objeto de especial atención.
- g)** Evaluar y aprobar, cuando corresponda, las propuestas terapéuticas garantizando el uso correcto de los fármacos indicados para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
- h)** Elaborar estudios e informes sobre la prescripción correcta de los fármacos indicados para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer en el ámbito de Canarias, para lo que deberá disponer de los datos clínicos y analíticos necesarios.
- i)** Elaborar y proponer la adopción de los protocolos de utilización de los fármacos indicados para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer para las indicaciones para las que se autorice el uso, así como también un modelo de boletín informatizado para cada uno de ellos.  
  
Dichos boletines, una vez elaborados, serán de uso obligatorio para los médicos especialistas de los hospitales del Servicio Canario de la Salud que controlen pacientes susceptibles de ser tratados con estos fármacos y se remitirán, debidamente cumplimentados, al servicio de uso racional del medicamento y control de la prestación farmacéutica del Servicio Canario de la Salud.
- j)** Evaluar los datos que se hagan constar en los boletines a que se refiere el apartado anterior.
- k)** Proponer la adopción de las medidas necesarias con el fin de que, en la elaboración del censo de los enfermos que reciben tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer en

Canarias, se garantice su derecho a la intimidad y la confidencialidad de los datos que se consignen, de conformidad con las disposiciones legales vigentes en esta materia.

- l)** Emitir informe a las consultas que, dentro de su ámbito y a través de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, les puedan plantear los médicos de los enfermos que consumen fármacos autorizados para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer, así como las sociedades científicas y entidades representativas de estos médicos.
- m)** Promover la información adecuada en relación con el tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer.

Su composición es la siguiente (artículo 45) :

- a)** Presidencia, que será la persona titular de la Dirección General de Programas Asistenciales.
- b)** Vicepresidencia, que será designada por la presidencia entre los vocales de la Administración.
- c)** Vocales:
  - c.1.** Por parte de la Administración, las personas titulares de las jefaturas de los servicios de salud mental, atención especializada, atención primaria y uso racional del medicamento y control de la prestación farmacéutica o personas de dichos servicios en quien deleguen.
  - c.2.** Diez profesionales con acreditada experiencia en la investigación y el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, propuestos por la Dirección General de Programas Asistenciales.
  - c.3.** Tres representantes por parte de las Asociaciones de familiares de pacientes que sufran enfermedad de Alzheimer u otras demencias, legalmente constituidas en Canarias e inscritas en el registro de asociaciones de la Consejería de Presidencia, Justicia e Igualdad, a propuesta de dichas Asociaciones.
- d)** Secretaría, con voz y sin voto, que será designada entre el personal al servicio del Servicio Canario de la Salud, preferentemente de la Dirección General de Programas Asistenciales, a propuesta de la persona titular de dicho centro directivo.

La duración máxima en el ejercicio de ese cargo para los vocales no representantes de la Administración será de dos mandatos. La vicepresidencia sustituirá a la presidencia en casos de vacante, ausencia, enfermedad u otra causa legal y ejercerá las funciones que aquél expresamente le otorgue. La presidencia de la Comisión podrá para una determinada sesión, en caso de vacante, permiso, licencia, ausencia o enfermedad de la persona que desempeñe la secretaría, designar su suplente entre los vocales representantes de la Administración.

Los grupos de trabajo creados por el Pleno de la Comisión podrán solicitar, a través de la Presidencia del Pleno, la incorporación con carácter temporal de asesores externos quienes colaborarán con el grupo en el cumplimiento de sus funciones como expertos, los cuales se incorporarán con voz pero sin voto.

En cuanto a su funcionamiento (artículo 46):

Corresponde a la presidencia de la Comisión Asesora sobre enfermedad de Alzheimer y otras demencias presidir las sesiones del pleno y de los grupos de trabajo.

Dicha Comisión Asesora funciona en pleno y en subcomisión técnica. Son miembros del Pleno todos los de la Comisión.

Podrán convocarse reuniones extraordinarias del Pleno a iniciativa de su presidencia o a petición de al menos un tercio de sus componentes.

La Subcomisión Técnica se constituirá con los siguientes vocales, designados por la persona titular de la Dirección General de Programas Asistenciales:

- Dos personas titulares de las jefaturas de servicio de los señalados en el artículo 45 apartado 1.c) 1.
- Cinco profesionales de los señalados en el artículo 45, apartado 1.c) 2.

La Presidencia y Secretaría de la Subcomisión serán ejercidas por quien ostente, respectivamente, la Vicepresidencia y Secretaría de la Comisión Asesora.

La Subcomisión Técnica ejercerá las funciones de la Comisión Asesora que el Pleno considere oportuno delegarle y, en concreto, supervisará los protocolos individuales y emitirá los informes-propuesta facultativos o preceptivos que correspondan, relativos al empleo individual de fármacos indicados para el tratamiento de enfermedad de Alzheimer y otras demencias, especialmente los sujetos a visado de inspección.

El Pleno de la Comisión podrá formar grupos de trabajo para el estudio de temas concretos cuando lo estime conveniente, debiendo determinar en el acuerdo de creación de los mismos su composición, finalidad y cometidos para los que se crean y el plazo en que han de cumplir dicho cometido. Los grupos de trabajo darán cuenta de su tarea en la sesión plenaria de la Comisión Asesora que ésta determine.

### **1.3.5. Comisiones Insulares de coordinación sobre drogodependencias**

El proyecto de Decreto citado introduce asimismo ligeras modificaciones en su regulación.

En cuanto a su naturaleza (artículo 54) es la de órganos colegiados adscritos al Servicio Canario de la Salud, creados al amparo del artículo 27 de la Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias, y encargados en cada Área de Salud de la coordinación, seguimiento y evaluación de las acciones contempladas en la Ley 9/1998 y en los Planes Nacional, Insular, Canario y, en su caso, Municipales sobre drogas.

Sus funciones son las siguientes (artículo 55):

- a) En materia de planificación, la asistencia técnica y la elaboración de propuestas para la redacción del Plan Insular y, en su caso, de los Planes Municipales sobre drogas.
- b) Servir de enlace entre las distintas entidades locales de la isla para las propuestas de actuación conjunta, recabando y difundiendo información.
- c) Elaborar y aprobar propuestas conjuntas para presentar en la Comisión coordinadora de atención a las drogodependencias, sirviendo de enlace con dicho órgano colegiado.
- d) Elaborar un informe sobre el grado de cumplimiento de las acciones previstas en los distintos Planes sobre drogas que se apliquen en la isla.
- e) Presentar propuestas a la Comisión coordinadora de atención a las drogodependencias para una mejor ejecución de los distintos Planes sobre drogas.

- f) Coordinar los sistemas de información, documentación y estadística empleados por las Entidades Locales de la Isla.
- g) Las demás que les atribuyan las disposiciones legales.

Su composición es la siguiente (artículo 56):

- a) Presidencia, que será la persona titular de la Dirección General con competencias en materia de atención a las drogodependencias.
- b) Vocales:
  - b.1. Por la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias:
    - Las personas titulares de las jefaturas de los servicios de coordinación técnica de atención a las drogodependencias y de salud mental o personas de dichos servicios en quienes deleguen.
    - La persona titular de la Dirección territorial o insular de Educación.
    - El Director o Directora del Área de Salud.
    - Una persona titular de jefatura de servicio de psiquiatría, o persona de dicho servicio en quien delegue, en representación de los hospitales o de los servicios sanitarios del Área de salud correspondiente, a propuesta de la Dirección General de Programas Asistenciales.
  - b.2. Una persona representante del Cabildo Insular, a propuesta de dicha entidad insular.
  - b.3. Dos personas representantes de los municipios de la isla, a propuesta de la asociación representativa de los municipios canarios.
  - b.4. Una persona representante de la Administración General del Estado, a propuesta de dicha Administración.
  - b.5. Una persona representante de las entidades relacionadas en materia de atención a las drogodependencias y con actuación en la respectiva isla, a propuesta conjunta de las mismas.
- c) Secretaría, con voz y sin voto, que será designada entre el personal al servicio del Servicio Canario de la Salud, preferentemente de la Dirección General con competencias en materia de atención a las drogodependencias, a propuesta de la persona titular de dicho centro directivo.

En cuanto a su funcionamiento (artículo 57) la Comisión quedará válidamente constituida cuando asista en primera convocatoria la mitad más uno de sus miembros y en segunda cuando concurra, al menos, la tercera parte de sus componentes. Las sesiones ordinarias serán, como mínimo, semestrales.

## 1.4. ESTRATEGIAS EN SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud es un documento de referencia ineludible para la planificación de la salud mental en las Comunidades Autónomas. Se elabora por parte de expertos de todas las disciplinas relacionadas con la salud mental, técnicos de las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Para su elaboración se tienen en cuenta las actuaciones y planes llevados a cabo tanto en España como en la Unión Europea y la OMS, así como por parte de otros organismos como el Consejo de Europa y la OCDE, entre otros. En ella se recogen las líneas estratégicas

básicas que deben ser abordadas en España, comunes a cualquier Comunidad Autónoma (sin perjuicio de las adaptaciones necesarias). Se establecen objetivos generales, objetivos específicos y recomendaciones técnicas para lograrlos, así como un conjunto de indicadores para su evaluación.

La Estrategia “constituye un texto de apoyo para la coordinación en todo el país de los planes o programas de promoción de la salud mental, de los programas de prevención y de los medios de diagnóstico, terapéuticos y rehabilitadores apropiados para realizar una atención integral y continuada de las personas con trastornos mentales. La Estrategia también incluye entre sus objetivos potenciar la investigación en salud mental y crear herramientas que permitan evaluar el avance del conocimiento en este campo, así como los avances y retrocesos que se detecten en su desarrollo.” (MSC, 2007).

- **La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud de 2006, aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2006, publicada en 2007**

Su objetivo fue promover la atención de calidad en salud mental, logrando la cohesión territorial. En su elaboración y en su evaluación posterior, participaron todas las CCAA y todos los actores implicados en la salud mental, alcanzándose el consenso y unanimidad, que ha hecho de este documento un elemento clave para el desarrollo de la salud mental a nivel nacional.

- **La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013, publicada en 2011**

La Estrategia vigente en la actualidad es la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 (MSPSI, 2011). Es un documento en el que se recogen de forma resumida los resultados de la evaluación de la Estrategia anterior que, junto con la información sobre hallazgos técnicos y científicos publicados en los últimos años, permitieron revisar y actualizar la propuesta inicial de la Estrategia, modificar o suprimir algunos objetivos y añadir otros.

Las Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, junto con los Planes de Salud de Canarias, han representado los documentos de referencia básicos para la planificación y desarrollo estratégico de la salud mental en Canarias.

Las líneas estratégicas de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 son:

- Línea Estratégica 1: Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental.
  - Línea Estratégica 2: Atención a los trastornos mentales.
  - Línea Estratégica 3: Coordinación intrainstitucional e interinstitucional.
  - Línea estratégica 4: Formación del personal sanitario.
  - Línea Estratégica 5: Investigación en salud mental.
- **Difusión de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y Formación a Profesionales, publicada en 2014**

En marzo de 2010 se decidió elaborar este documento, que fue aprobado por el Consejo Interterritorial en julio de 2013. Enumera los contenidos prioritarios de la Estrategia que deben servir de base a la difusión y a la formación de los profesionales. Considera

que se debe formar al menos en tres ámbitos: el de la atención primaria de salud, el de la atención hospitalaria y el de los servicios de apoyo social. También especifica otros ámbitos no sanitarios que deben recibir esta formación: el entorno del enfermo mental, los profesionales de la educación, los profesionales de los servicios públicos y el ámbito de las organizaciones no gubernamentales relacionadas con el sector a través del manejo del sufrimiento humano. Además, define algunas herramientas para la difusión: a través del área institucional, de los medios de comunicación social y de las redes sociales.

## **1.5. PLANES AUTONÓMICOS EN MATERIA SANITARIA. EL PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2016-2017. EL PLAN DE URGENCIAS SANITARIAS**

### **1.5.1. Planes autonómicos en materia sanitaria**

La Ley 11/94, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias regula en el Capítulo III del Título I (artículos 13 a 18) el Plan de Salud de Canarias. Respecto de su elaboración (artículo 16) señala que corresponde a la Consejería competente por razón de la materia, de acuerdo con las directrices establecidas por el Gobierno de Canarias y teniendo en cuenta los planes de cada una de las Áreas de Salud y las propuestas formuladas por los Consejos de Dirección y de Salud de las Áreas y de las Zonas. El Plan de Salud será elevado a la consideración del Gobierno de Canarias por el Consejero competente en materia de sanidad, para su traslado al Parlamento de Canarias a los efectos de su tramitación reglamentaria y una vez que el Parlamento de Canarias se haya pronunciado, el Plan de Salud será aprobado por Decreto del Gobierno de Canarias, adoptado a propuesta del Consejero competente en materia de sanidad, remitiéndose al Ministerio competente para su inclusión en el Plan Integrado de Salud. Dicho Plan se revisará a los tres años de su aprobación (artículo 18.4).

Por otra parte la citada Ley territorial contempla en el Capítulo III del Título II, al regular la asistencia sanitaria, la aprobación de un Plan Canario de Urgencias. Así su artículo 32 dispone:

*“1. La atención sanitaria a la demanda urgente es prestada, como una actividad más de la asistencia sanitaria, por la Red de Asistencia Urgente, integrada por los centros y servicios sanitarios acreditados por el Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con las determinaciones del Plan Canario de Urgencia.*

*2. Con el objeto de asegurar la continuidad de la asistencia en el tiempo y entre los diferentes niveles asistenciales, así como garantizar las evacuaciones entre las diferentes Áreas de Salud, la Red contará con un Plan Canario Regional de Urgencias con su diseño y estructura correspondiente”.*

Por otra parte, dicha Ley territorial no contempla la necesidad de la aprobación de un Plan de Salud Mental de Canarias, dedicando su artículo 9 a regular el derecho a programas sanitarios y actuaciones especiales y preferentes de determinados colectivos, entre ellos, el de los enfermos mentales, dentro de las disponibilidades en cada momento de medios y recursos del Sistema Canario de la Salud.

Sin embargo, tanto la experiencia autonómica comparada que evidencia que prácticamente todas las Comunidades Autónomas han aprobado un instrumento planificador en su territorio en el ámbito de la salud mental (algunas han aprobado Estrategias), como las Resoluciones aprobadas por el Parlamento de Canarias (por todas, la última, publicada en el BO del Parlamento de Canarias de fecha 6 de junio de 2017, por la que el Parlamento de Canarias insta al Gobierno de Canarias a elaborar un plan integral de salud mental de Canarias en

2017, que incluya las prescripciones contenidas en dicha Resolución) aconsejan la elaboración y aprobación de un Plan de Salud Mental en Canarias.

### **1.5.2. El Plan de Salud de Canarias 2016-2017**

El Plan de Salud de Canarias está definido en la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias como “el instrumento estratégico para la planificación y coordinación y de articulación funcional de las actividades de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad y asistencia sanitaria de todos los sujetos públicos y privados, integrantes del Sistema Canario de la Salud, que garantiza que las funciones del Sistema se desarrollen de manera ordenada, eficiente y eficaz, y a tal fin sus resultados serán sometidos a evaluación”. El vigente Plan de Salud de Canarias 2016-2017 fue aprobado en Consejo de Gobierno mediante Decreto 132/2016, de 26 de septiembre (BOC nº 190, Jueves 29 de Septiembre de 2016).

La línea de actuación 4.9 establece el “Desarrollo de un Plan de Salud Mental”. En este apartado, se señala que se debe “elaborar e implantar mediante un cronograma secuencial un Plan de Salud Mental basado en la coordinación e integración de los recursos, servicios y dispositivos existentes. Para ello se procurará la participación de todas las instituciones y actores sociales implicados, profesionales, sociedades científicas, de usuarios y familiares de enfermos mentales, así como contando con la participación e implicación de otras instituciones públicas como son: ayuntamientos, cabildos y servicios sociales, educación, empleo y justicia, incluidos los CIRPAC, como recoge el anexo II.3 de este Plan de Salud”.

A continuación se reflejan los contenidos del Plan de Salud de Canarias relativos a la salud mental:

#### **La Salud Mental (Apartado Específico, II.3)**

El concepto de salud mental es más amplio que la simple ausencia de enfermedad mental. Es un estado mental con funcionamiento satisfactorio, que se refleja en actividades productivas, relaciones plenas y la capacidad para adaptarse a los cambios y defenderse en las situaciones adversas. La salud mental es indispensable para el bienestar personal, las relaciones personales y familiares y la propia contribución a la sociedad. De todos los trastornos y enfermedades mentales, la ansiedad y la depresión son los más comunes. Una persona con depresión a menudo es incapaz de llevar a cabo las responsabilidades que le correspondan en su vida familiar o social. La incomprensión de la enfermedad mental y su estigmatización impiden a muchas personas con depresión buscar ayuda profesional y sufren incapacidad durante semanas o meses sin tratamiento. La depresión se asocia con otros problemas de salud, tales como enfermedad cardíaca, cáncer y diabetes así como a la ansiedad y a los desórdenes alimentarios. La depresión también se asocia con el consumo de alcohol y de drogas ilegales. Las enfermedades mentales pueden afectar sin distinción de edad, raza o niveles educativos. La depresión es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres y el riesgo de aparición se incrementa en personas mayores en las que coexisten otros problemas médicos y en situaciones de privación social.

Según un informe de la Organización Internacional del Trabajo del año 2005, los trastornos mentales son responsables de, aproximadamente, el 11% de la carga de la enfermedad en términos de consumo de recursos, discapacidades laborales e impacto en la calidad de vida de los pacientes. Se prevé que esta proporción aumente hasta casi un 15% en 2020. Para el Sistema de Información del SNS, la prevalencia de trastornos mentales en población adulta mayor de 15 años en 2006 para Canarias era de 12,9%, un punto por debajo de la de España (13,8%). En Canarias, en

el 2008, la incidencia asistida en las Unidades de Salud Mental fue de 30 por cada 1000 habitantes. Asimismo, una de cada cuatro consultas en Atención Primaria es realizada por personas que tienen como principal o único motivo de consulta un problema de salud mental.

Las prioridades de la estrategia de Salud Mental, son las siguientes:

II.3.1. - Atención a las personas con Trastornos Mentales Graves

II.3.2. - Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil.

## El Trastorno Mental Grave (TMG)

### Atención a las personas con Trastornos Mentales Graves.

- **Estrategias para las Áreas de Impacto 4 y 6**

Hay que asegurar la continuidad asistencial a través de una red integrada de servicios, cuyo eje será la Unidad de Salud Mental Comunitaria, reduciendo el número de hospitalizaciones y mejorando su funcionamiento social y calidad de vida. Los modelos de referencia serán el “Tratamiento Asertivo Comunitario” y los “Programas de Continuidad de Cuidados”.

- **Estrategias para las Áreas de Impacto 6**

Es necesario definir e implantar los protocolos clínicos para la atención al proceso Trastorno Mental Grave, así como un Plan Integrado de Atención, reflejado por escrito en el historial clínico del paciente, continuamente actualizable y vinculado a la Historia clínica electrónica.

- **Estrategias para las Áreas de colaboración 9.1, 9,2 y 9,3, con otras instituciones y departamentos**

Hay que desarrollar y potenciar los aspectos contemplados en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Deben incluirse en los planes y programas asistenciales intervenciones que fomenten la integración y reduzcan la estigmatización.

- **Estrategias para las Áreas de Impacto 7 y 8**

También deben desarrollarse programas de formación continuada y líneas de investigación en este ámbito.

## La Salud Mental Infanto-Juvenil

### Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil.

- **Estrategias para las Áreas de Impacto 1 y 2**

Impulsar la promoción de hábitos de buena crianza en colaboración con otras instituciones, desde el inicio del embarazo y primera infancia favoreciendo los factores de protección y disminuyendo los de riesgo para la salud mental infanto-juvenil.

- **Estrategias para las Áreas de Impacto 6 y 4**

Continuar con el desarrollo de una red específica y especializada, de calidad, para la atención al grupo de edad de 0 a 18 años. Es necesario aplicar medidas de diagnóstico e intervención precoz en coordinación entre los departamentos de Salud, Servicios Sociales, Educación y Justicia. Hay que incrementar la atención a la patología grave.

- **Estrategias para Área de Impacto 10**

Hay que potenciar sistemas de información y de registro específicos de trastornos mentales

en niños y adolescentes y de recursos terapéuticos y asistenciales con indicadores homogéneos en toda la Comunidad Autónoma.

- **Estrategias para el Área de Impacto 7**

Debe fomentarse la investigación básica y aplicada en Salud Mental y desarrollo de niños y adolescentes así como la formación continuada en este ámbito.

A continuación se reflejan contenidos del Plan de Salud de Canarias que, sin encuadrarse en el apartado específico dedicado a la salud mental, tienen relación con ésta.

En la sección de “**Ámbitos de intervención, objetivos estratégicos, áreas de impacto y líneas de actuación priorizadas**”, se establecen los siguientes:

### **Ámbito de intervención I. Influir sobre los determinantes de la salud.**

Áreas de Impacto y Líneas de Actuación:

- **Área de Impacto 1**

Incidir proactivamente sobre los factores de riesgo y estilos de vida.

#### **Líneas de actuación**

##### 1.2. Promoción de la **salud infanto-juvenil**.

Se deben potenciar actividades de *promoción de la salud dirigidas al ámbito infanto-juvenil*: salud sexual y reproductiva, prevención del consumo de tabaco, alcohol, violencia y sus determinantes. (NAD)

### **Ámbito de intervención II: Potenciar el Sistema Canario de la Salud centrándolo en el paciente, en la atención a las enfermedades crónicas y en la integración de los servicios.**

- **Área de impacto 4**

Orientar el Sistema Canario de la Salud hacia la mejora de la integración asistencial, buscando el balance óptimo entre la Atención Primaria, la Atención Especializada, la Atención Socio-Sanitaria, la Salud Pública, la Salud Laboral y la Salud Mental, haciendo especial hincapié en las enfermedades prevalentes, el ámbito materno-infantil, y realizando actuaciones en función de las desigualdades e inequidades de género y de condiciones socio económica.

##### 4.4. Evaluar las guías de práctica clínica, los programas y los protocolos sanitarios de las patologías más prevalentes.

Las estrategias para la prevención y el control de los problemas y de las enfermedades prevalentes serán elaborados por el órgano correspondiente de la Consejería de Sanidad, en colaboración con las comisiones asesoras específicas y en consonancia con las Estrategias Nacionales del Sistema Nacional de Salud elaboradas desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estas estrategias (Cardiopatía Isquémica; Ictus; Cáncer; Diabetes; **Salud Mental**; Abordaje de la Cronicidad; Seguridad del Paciente; Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; Enfermedades Reumáticas y Musculo-esqueléticas; Enfermedades Raras y Cuidados Paliativos, Enfermedades Neurodegenerativas como, por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias) como los actuales programas y protocolos implantados desde el Servicio Canario de la Salud, entre ellos, el Manual de actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, serán sometidos a una evaluación de resultados e impacto general en el

sistema, incluyendo la perspectiva de género y de desigualdades socio-económicas en sus múltiples manifestaciones”. (Normas Directivas: ND).

- 4.5. Adecuar la oferta asistencial sanitaria y socio sanitaria al perfil de envejecimiento y de la atención a las enfermedades crónicas, entre ellas las demencias a través de una respuesta coordinada entre los ámbitos e instituciones responsables potenciando la atención domiciliaria integrada.

Desarrollar protocolos integrados en Atención Primaria, Atención Especializada y Atención Socio Sanitaria para adecuar la oferta asistencial del Servicio Canario de la Salud a fin de dar una respuesta coordinada entre instituciones y entidades competentes a las necesidades del nuevo perfil asistencial derivado del envejecimiento, de las patologías crónicas, de las **mentales** y de las degenerativas. Contemplar las terapias no farmacológicas (TNF), como alternativa de tratamiento especializado para la detección precoz y potenciadoras de la capacidad funcional, para mantener a los pacientes en su domicilio y entorno habitual, mejorando su calidad de vida. Defender la inclusión de tales TFN dentro de los servicios del Sistema para la autonomía y la Atención a la Dependencia en el territorio de la Comunidad Autónoma de Canarias (Cartera de Servicios) y de atención al final de la vida; se ha de fomentar la atención de las personas según grado de riesgo y de autonomía personal; fomentando la realización de actividades preventivas para mantener la capacidad funcional de los pacientes, potenciando aquellas actuaciones que permitan mantener al paciente en su domicilio o en su entorno habitual con la mayor calidad de vida posible. (Normas de Aplicación Directa: NAD).

### **Ámbito de intervención III: Impulsar la gestión de la información y del conocimiento para adecuar el funcionamiento del sistema a las necesidades y demandas de la población y profesionales.**

- **Área de impacto 7**

Incidir en las agendas de investigación fomentando un marco de investigación que dé soluciones a los problemas de salud de la población, que evalúe las nuevas formas de organización de la asistencia y analice su repercusión en la calidad de las prestaciones y en la salud de la población así como fomentando la innovación como forma de retorno de los recursos a la comunidad. Todo ello en el marco de respeto a los principios éticos para la investigación médica en seres humanos, puesta de manifiesto en la Declaración de Helsinki (2013).

#### ***Líneas de actuación***

- 7.1. Priorizar los estudios epidemiológicos sobre los determinantes de la salud y las enfermedades crónicas, las mentales y las profesionales.

Se deben priorizar los estudios epidemiológicos sobre los determinantes de la salud y las enfermedades crónicas, las **mentales** y las profesionales, priorizando los proyectos orientados a la lucha contra las enfermedades que mayor mortalidad y morbilidad causan hoy en la población del archipiélago. Se contemplará la investigación de las desigualdades por razón de sexo y situación socioeconómica, la demencia y el deterioro cognitivo leve así como el estudio de la carga ocupacional en la enfermedad común, en la búsqueda de nuevas evidencias que identifiquen las prácticas de excelencia y aquellas que den respuestas efectivas y, en su caso, que puedan ser integrados interinstitucional e intersectorialmente. (ND).

## 7.2. Desarrollar el Plan Estratégico de Investigación Sanitaria.

Elaborar un Plan Estratégico de Investigación Sanitaria que recoja el pensamiento de los expertos con los que cuenta Canarias que dé respuesta a aspectos como la investigación traslacional de las enfermedades crónicas y los **trastornos mentales** prevalentes, la gestión de la investigación y su financiación. Debe permitir y fomentar el reconocimiento de la función investigadora a los profesionales sanitarios de los centros y servicios de las Áreas de Salud. Será parte de este plan una colaboración activa entre las universidades públicas de Canarias y el Servicio Canario de la Salud, así como con otras entidades con competencias e intereses en investigación, identificando fortalezas, debilidades y líneas de actuación prioritarias buscando potencialidades entre organismos. (NAD).

En la sección **“Áreas de colaboración con otras instituciones y departamentos del Gobierno de Canarias”** se establece como *objetivo específico* relativo al *área de colaboración socio-sanitaria*: “Promover el establecimiento de objetivos comunes entre esferas y niveles de la atención sociosanitaria, disminuyendo la burocracia de las diferentes acciones, estableciendo circuitos más ágiles y de priorización que faciliten el intercambio de información necesaria para la correcta atención entre los diferentes recursos definiendo un conjunto mínimo de datos de este sector para su visualización por parte de los interesados”. Como *líneas de actuación*, se establece el “apoyo a la atención a la salud mental, para lo que se deberá potenciar la coordinación entre las distintas instituciones, las organizaciones de pacientes y de familiares, las estructuras y servicios de la Red de Salud Mental (unidades de internamiento breve, hospitales de día, pisos asistidos, unidades de salud mental comunitaria, etc.) para lo cual se debe aumentar la eficacia de los Planes Insulares de Rehabilitación Psicosocial (PIRP), y los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC). (NAD).”

### 1.5.3. El Plan de Urgencias sanitarias

La Resolución aprobada por el Parlamento de Canarias (publicada en el BO del Parlamento de Canarias de fecha 6 de junio de 2017) por la que el Parlamento de Canarias insta al Gobierno de Canarias a elaborar un plan integral de salud mental de Canarias en 2017, incluye entre las prescripciones contenidas en dicha Resolución, las siguientes relativas a las Urgencias en materia de salud mental:

16. La disposición de un espacio propio para las personas con enfermedad mental grave en los servicios de urgencias que permita dispensar un trato adecuado, evitando fugas y agresiones innecesarias, así como acortando la permanencia de los pacientes a lo estrictamente necesario. Estas zonas deben estar a cargo de personal especializado y bien coordinado tanto con las unidades hospitalarias como con los dispositivos extrahospitalarios.
17. El impulso a la constitución de un equipo móvil de atención a domicilio para la resolución de las urgencias en materia de salud mental.

Actualmente, el Proyecto del Plan de Urgencias Sanitarias se encuentra en fase de elaboración, por lo que, atendiendo las prescripciones contenidas en la Resolución antes citada, sería deseable que también dicho Plan dedicara referencias específicas al ámbito de las urgencias sanitarias en materia de salud mental.

## **1.6. PROGRAMAS Y ESTRATEGIAS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS. EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE LA COMUNIDAD DE CANARIAS. ESTRATEGIA DE ABORDAJE A LA CRONICIDAD EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS (2015)**

Si bien la Comunidad Autónoma de Canarias no ha aprobado hasta la fecha actual un Plan de Salud Mental, sí que ha elaborado programas y estrategias que abordan la materia de la salud mental, debiendo citar:

- Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad de Canarias (Consejería de Sanidad, Gobierno de Canarias, 2006).
- Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias (Consejería de Sanidad, Gobierno de Canarias, 2015).

### **1.6.1. Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad de Canarias (Consejería de Sanidad, Gobierno de Canarias, 2006)**

Este programa supone uno de los pilares básicos para el desarrollo de una estrategia adecuada y homogénea en nuestra Comunidad en el área de la salud mental infanto-juvenil. Su objetivo básico es el establecimiento de las bases de la atención de la Salud Mental de esta población, garantizando la continuidad de cuidados a través de una organización asistencial por niveles de atención, sectorizada y comunitaria.

La población infanto-juvenil tiene una especificidad evidente, ya que sus necesidades físicas, psíquicas y socio-familiares son diferentes a las de la población adulta. Teniendo en cuenta que están en pleno desarrollo y evolución de su personalidad, se hacen imprescindibles intervenciones y estrategias diferenciadas y propias de cada etapa, y respecto a los adultos, son diferentes los criterios diagnósticos, el proceso psicopatológico y el abordaje terapéutico.

El programa fue elaborado por un grupo multidisciplinar de profesionales del Servicio Canario de la Salud con la colaboración de profesionales de otros ámbitos, participando profesionales de las Consejerías autonómicas del Gobierno de Canarias con competencias en materia de educación, empleo y asuntos sociales, así como la Fiscalía encargada de la Sección de Protección de Menores del Tribunal Superior de Justicia de Canarias y de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

El programa estableció, entre otros aspectos, la organización de la red de salud mental infanto-juvenil, la configuración de los equipos multidisciplinarios específicos, sus funciones y actividades, la organización y coordinación y las necesidades y estrategias de mejora.

La Comunidad Autónoma de Canarias ha optado por un modelo de atención a la población infanto-juvenil configurado por Unidades de Salud Mental específicas de Infanto-Juvenil (USM-IJ). Las USM-IJ son aquellas que tienen un equipo multiprofesional con formación especializada, dedicación exclusiva, en espacios específicos para atender a dicha población.

Sobre esta base, desde la publicación de este Programa, en Canarias se ha llevado a cabo un progresivo desarrollo de la red de salud mental infanto-juvenil, con cambios funcionales y estructurales. Hasta la actualidad se han creado seis USM-IJ. Asimismo, se han ido aumentando progresivamente los recursos humanos en los equipos de la USMC que prestan una atención específica a esta población: equipos funcionales de atención a la salud mental infanto-juvenil.

Por su parte, en 2003 y 2005 se crearon sendos Hospitales de Día infanto-juveniles en Tenerife y Gran Canaria respectivamente, ambos de ámbito provincial, para la atención a pacientes con trastorno mental grave que requieren este recurso.

A nivel hospitalario, se han desarrollado equipos específicos de infanto-juvenil integrados en los Equipos Funcionales de Interconsulta y Enlace, en hospitales de Gran Canaria y Tenerife.

Paralelamente a este proceso de desarrollo, la formación dirigida y coordinada por el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales ha establecido la salud mental infanto-juvenil como una de sus líneas prioritarias.

En el plano de la coordinación y de la colaboración administrativa en el seno de la Administración autonómica canaria se han formalizado diversos instrumentos, entre los que debemos citar un Convenio entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes, del Gobierno de Canarias, para la realización de actuaciones conjuntas en relación al alumnado con patologías psíquicas (firmado a 2 de febrero de 2011 y estableciendo una vigencia indefinida), un acuerdo entre la Consejería de Cultura, Deportes, Políticas sociales y Vivienda y la Consejería de Sanidad para la coordinación en materia de asistencia sanitaria a menores y jóvenes que se encuentren cumpliendo medidas judiciales impuestas por los Juzgados de Menores de Canarias (31/7/2012) y un Protocolo general de colaboración entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Bienestar Social, Juventud y Vivienda del Gobierno de Canarias (2010), en el marco del Plan Integral del Menor, aprobado en el Parlamento de Canarias el 15 de abril de 1999.

### **1.6.2. Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias (2015)**

En el apartado relativo a las Patologías crónicas (1.2.2.) destaca con una mayor prevalencia registrada en nuestra comunidad, especialmente, entre otras, la depresión, con una prevalencia superior al 8%. Desde una óptica de género, la depresión tiene un especial foco en mujeres, con una prevalencia casi tres veces mayor que en hombres. Aunque a menor escala, esta situación se produce también entre otras, en demencia, donde las mujeres doblan en porcentaje a los hombres.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud de 2011-2012 nuestra comunidad se sitúa por encima de la media nacional en cuatro de las patologías analizadas: entre ellas, la ansiedad crónica (4,5 puntos por encima) y la depresión crónica (2,8 puntos).

En cuanto a las iniciativas que abordan la cronicidad en Canarias (2.3) la estrategia recuerda que Canarias, en los últimos años, ha desarrollado diversas iniciativas en el ámbito de la cronicidad que han ido dando respuesta puntual a diversos problemas que plantea la situación actual y que han contribuido a disponer de una base previa de conocimiento e información sobre este tipo de patologías.

Así, por ejemplo, el vigente Plan de Salud de Canarias 2016-2017 establece preliminarmente entre sus ámbitos de intervención el objetivo de potenciar el Sistema Canario de Salud, centrándolo en el paciente, en las enfermedades crónicas y en la integración de los servicios. Asimismo, en el marco del Plan de Salud se recogen los problemas de salud y de gestión sanitaria prioritarias en Canarias en relación a la cronicidad, como son, entre otros, la salud mental.

Además del Plan de Salud, Canarias ha lanzado numerosas iniciativas de ámbito autonómico relacionadas directa o indirectamente con la atención a la cronicidad, en diferentes fases de desarrollo e implantación, entre las que destacan, por lo que respecta a la salud mental:

- Los planes, protocolos y guías asistenciales (Alzheimer y otras demencias, salud mental infanto-juvenil, rehabilitación psicosocial, etc), que establecen las pautas de actuación como soporte a los profesionales sanitarios en sus procesos de toma de decisiones al atender a pacientes con determinadas patologías crónicas.
- La creación de Unidades de Salud Mental Comunitarias, que permiten una atención integral de este tipo de patologías mediante la coordinación de recursos sanitarios y sociosanitarios.

## **Bibliografía**

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

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

# 02 Protocolos, guías y manuales

El abordaje integral y coordinado que se precisa en determinados trastornos, situaciones clínicas y contextos, unida a su complejidad inherente, hace recomendable la elaboración de documentos de referencia en los que se reflejen los distintos procedimientos recomendados. Además, estos documentos permiten lograr una mayor homogeneidad en las actuaciones clínicas, procedimentales y de coordinación que se realizan en Canarias. Con este propósito se han desarrollado documentos de diferente naturaleza en los últimos años en Canarias. Así, se ha elaborado el Manual "Salud Mental en Atención Primaria: Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes" (Gobierno de Canarias, 2008), el Protocolo de actuación en los trastornos de la conducta alimentaria (Gobierno de Canarias, 2009), la Guía de cuidados físicos para las personas con trastorno mental grave (Gobierno de Canarias, 2010), el Protocolo de atención sanitaria a personas transexuales (Gobierno de Canarias, 2011) y el Manual de actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias (Gobierno de Canarias, 2011). A continuación se describe cada uno de estos documentos.

## **MANUAL "Salud Mental en Atención Primaria: Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes" (Gobierno de Canarias, 2008)**

Este manual fue coordinado por el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales. Fue elaborado por un amplio grupo de profesionales de nuestra Comunidad, de Salud Mental y Atención Primaria (AP). Su objetivo básico es la mejora de la calidad de la atención que desde los centros de AP se presta a los trastornos de la salud mental. El Manual está orientado como un Manual integrado de práctica clínica para los profesionales de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma Canaria.

Los problemas de salud mental son muy comunes en la población. Se estima que su prevalencia en la población es del 9,1% del total de las enfermedades. Los estudios sobre prevalencia de morbilidad psiquiátrica en AP arrojan resultados entre un 20 y un 40%. Así mismo, aproximadamente 1 de cada 4 consultas en AP son realizadas por personas que tienen como principal o único motivo de consulta, un problema de salud mental.

El Manual se elaboró en el contexto del "Proyecto Salud Mental en Atención Primaria" (SAMAP) que tiene como objetivo general la mejora y homogeneización del tratamiento de los trastornos

mentales en AP. Sus objetivos específicos son el aumento en el porcentaje de pacientes con trastornos mentales comunes que reciben psicoterapia, la promoción de un uso racional de los psicofármacos, y la mejora en la coordinación entre los profesionales de AP y SM. Su objetivo último es la mejora de la calidad de vida de los pacientes con trastorno mental.

## **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (Gobierno de Canarias, 2009)**

El objetivo básico de este protocolo fue el establecimiento de las bases de la atención a las personas con estos trastornos en nuestra Comunidad, en los distintos niveles de actuación (Equipos de Atención Primaria, Unidades de Salud Mental, Hospitales de día y Hospitalización total). Fue coordinado por el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, y elaborado por un grupo multidisciplinar de profesionales del Servicio Canario de la Salud. Este programa fue presentado y divulgado en las distintas USM de Canarias, y se realizaron reuniones de trabajo con los distintos equipos sanitarios y asociaciones de familiares.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son uno de los problemas de salud mental que requieren más atención multidisciplinar, coordinada y especializada, para su correcto abordaje. Son trastornos de notable complejidad, potencial gravedad y dificultades terapéuticas. Además, son uno de los trastornos que mayor interés y preocupación social despiertan. Por su parte, su relevancia sociosanitaria es indudable en cuanto afecta en la mayoría de los casos a población adolescente (mayormente mujeres), con una potencial evolución hacia la cronicidad.

Para una adecuada respuesta a estos complejos trastornos, que requieren complejos procedimientos preventivos y terapéuticos, deben establecerse unas bases tanto del tratamiento como de la coordinación necesaria entre los distintos profesionales e instituciones implicadas.

## **GUÍA DE CUIDADOS FÍSICOS PARA LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (Gobierno de Canarias, 2010)**

Esta Guía fue coordinada por el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, y elaborada por profesionales de Atención Primaria y de Salud Mental de nuestra Comunidad. Su objetivo es la provisión de un documento basado en el conocimiento científico que pueda ser utilizado por los profesionales de la Comunidad, favoreciendo por tanto la homogeneidad y la mejora de la calidad asistencial en esta área. Las recomendaciones en cuanto a la salud física de los pacientes con trastorno mental grave (TMG) elaboradas en nuestra Comunidad suponen una continuidad respecto a las recomendaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud, la Estrategia Europea en Salud Mental, la Estrategia en Salud Mental del SNS y las Sociedades Españolas de Psiquiatría y Psiquiatría Biológica, entre otras.

La salud física de los pacientes con TMG es peor que en la población general, implicando una peor morbilidad, calidad de vida, y menor esperanza de vida. Además, estos pacientes tienen un menor uso de los servicios de prevención y de tratamiento. Los profesionales de salud mental deben tener un papel activo en el área de la salud física de los pacientes con TMG, procurando que se produzca un adecuado cuidado de ésta. Por su parte, en el cuidado de la salud física del paciente con TMG, Atención Primaria juega un papel primordial, constituyendo el eje central de esta área.

## **PROTOCOLO DE ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS TRANSEXUALES (Gobierno de Canarias, 2011).**

Este protocolo fue coordinado por la Dirección General de Programas Asistenciales, con participación de Salud Mental, Atención Primaria y Atención Especializada. Fue elaborado por un grupo multidisciplinar de profesionales de nuestra Comunidad. Su objetivo general es mejorar la atención sanitaria de las personas transexuales residentes en Canarias. Representa un consenso profesional que promueve la atención sanitaria integral y continuada de las personas transexuales, de forma que se logre la normalización en su atención, permitiendo así facilitar el desarrollo personal y la calidad de vida de todas las personas implicadas. Recoge las actuaciones que se deben realizar en Atención Primaria y Especializada para normalizar la atención a estas personas y asegurar su remisión y tratamiento en las Unidades de Atención a la Transexualidad (UAT). Establece la idoneidad de constituir una Unidad en cada una de las dos provincias canarias.

Este protocolo pretende también contemplar la realidad de niños/as y adolescentes con conductas no conformes con el género o con disforia de género, ya que la adecuada información, el seguimiento y la intervención temprana con las familias y en el ámbito escolar puede ayudar, con la prudencia necesaria en estos casos, a evitar el peregrinaje que estas personas siguen antes de asumir su identidad o iniciar su proceso.

La transexualidad es una realidad social presente desde los tiempos históricos más antiguos, que ha derivado en situaciones de exclusión social. La desinformación, tanto de la población como de los profesionales, acerca del proceso que la persona transexual tiene que seguir, motivan y hacen necesaria la puesta en marcha de protocolos que den una respuesta a las demandas sentidas por afectados y familiares.

## **MANUAL DE ACTUACIÓN EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS (Gobierno de Canarias, 2011)**

Este Manual fue coordinado por la Dirección General de Programas Asistenciales, con participación de Salud Mental, Atención Primaria y Atención Especializada. Fue desarrollado por un grupo multidisciplinar de profesionales de nuestra Comunidad.

Los objetivos del Manual son la mejora en la calidad de la atención sanitaria y sociosanitaria a las personas con demencia. Como objetivos específicos, pretende mejorar la capacidad diagnóstica y de diagnóstico precoz de los médicos de Atención Primaria, mejorar la calidad de las derivaciones a las consultas de atención especializada, mejorar la calidad del tratamiento indicado (farmacológico y no farmacológico) y que este sea precoz. Otro objetivo complementario a los anteriores es que exista una homogeneización de los procesos diagnósticos, terapéuticos y de atención sociosanitaria, a las personas con demencia en nuestra Comunidad.

Para todo ello el Manual se elaboró con un enfoque determinado, proveyéndolo de unas características como su enfoque práctico, basado en el conocimiento científico disponible, y la inclusión de diversos capítulos no habituales en otros textos, referentes a situaciones que se pueden dar en el día a día de la consulta con estos pacientes (p.ej: aspectos legales y éticos, información para pacientes y cuidadores, terapias no farmacológicas, etc).

Como estrategia mixta de difusión del Manual y de formación continuada, se realizaron dos cursos en línea, de ámbito autonómico, basados en este Manual. Tuvieron lugar entre 2013-2014 y 2015-2016, con una alta acogida. El curso estuvo dirigido a médicos de Atención Primaria, enfermería de

Atención Primaria, trabajadores sociales, psiquiatras, psicólogos clínicos, neurólogos, residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, psiquiatría, psicología y neurología. Sus objetivos básicos fueron mejorar las competencias y actualizar los conocimientos y habilidades de los profesionales que atienden a los pacientes con demencia en nuestra Comunidad.

Las demencias en general y la enfermedad de Alzheimer en particular, son entidades muy prevalentes. Alrededor del 1,5% de las personas de 65 a 69 años padece demencia, aumentando exponencialmente con la edad (16-25% en los mayores de 85 años). Las personas con demencia experimentan, en su gran mayoría, una discapacidad intelectual y física progresiva, por lo que precisan y merecen una atención específica y de calidad.

Estos protocolos, guías y manuales descritos están disponibles (versión íntegra en formato pdf), en la página web del Servicio Canario de la Salud, en la sección de Programas Asistenciales / Salud Mental:

<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/organica.jsp?idCarpeta=836a31bf-a72b-11dd-b574-dd4e320f085c>

# 03 Demografía

## 3.1. POBLACIÓN

### Población en Canarias

2015 CANARIAS			
	AMBOS SEXOS	Hombres	Mujeres
TOTAL	2.100.306	1.043.203	1.057.103

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC) a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). Explotación Estadística del Padrón Municipal.

### Superficie

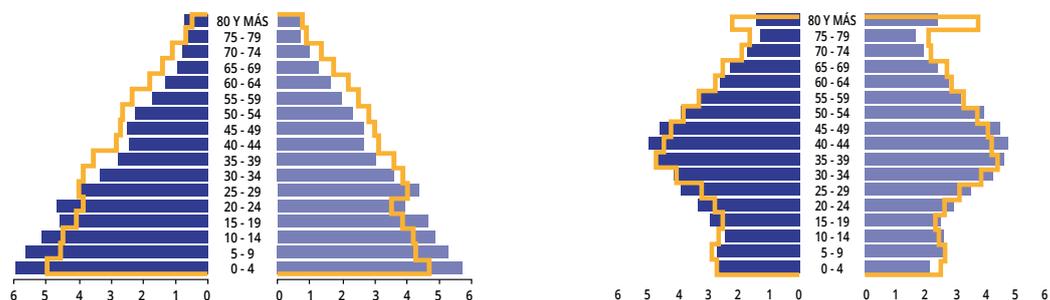
#### Superficie (km<sup>2</sup>) y porcentajes

	KM2	%
Canarias	7.447	100
Lanzarote	846	11
Fuerteventura	1660	22
Gran Canaria	1560	21
Tenerife	2.034	27
La Gomera	370	5
La Palma	708	10
El Hierro	269	4

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC) a partir de datos del Instituto Geográfico Nacional.

## Estructura de la población

### Estructura de la población. Comparativa 1960 y 2014



Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC).

## Indicadores demográficos

	01/01/2011	01/01/2012	01/01/2013
<b>Índice de juventud</b>	14,64%	14,62%	14,52%
<b>Índice de vejez</b>	13,80%	14,22%	14,45%

	2011	2012	2013
<b>Tasa bruta de natalidad</b>	8,2	8,12	7,51
<b>Tasa general de fecundidad</b>	30,96	31	28,94
<b>Índice sintético de fecundidad</b>	1,04	1,06	0,99
<b>Edad media de la madre:</b>			
<b>Total</b>	31,12	31,26	31,5
<b>Tasa bruta de nupcialidad</b>			
<b>Total</b>	2,65	2,78	2,94
Hombres	5,32	5,61	5,88
Mujeres	5,30	5,53	5,86
<b>Edad media al matrimonio</b>			
Hombres	37,5	38,1	38,8
Mujeres	34,5	34,9	35,7
<b>Tasa bruta de mortalidad</b>	6,39	6,65	6,45
<b>Tasa de mortalidad infantil</b>	3,6	2,38	5,62
<b>Edad media de la defunción</b>			
Hombres	71,40	71,88	72,20
Mujeres	78,30	78,55	78,20

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC), a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

## Densidad de población (habitantes / km<sup>2</sup>)

	01/01/2012	01/01/2013	01/01/2014
<b>Canarias</b>	<b>284</b>	<b>285</b>	<b>283</b>
Lanzarote	168	168	168
Fuerteventura	64	66	64
Gran Canaria	546	547	546
Tenerife	442	441	437
La Gomera	60	57	56
La Palma	121	120	118
El Hierro	41	41	40

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC), a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). Padrón Municipal de Habitantes.

## Población según nacionalidades

	<b>CANARIAS</b>
<b>Total</b>	<b>2.104.815</b>
<b>De España</b>	<b>1.837.677</b>
<b>Del extranjero</b>	<b>267.138</b>
UE - 28 <sup>(1)</sup>	152.445
Resto Europa	10.901
África	29.428
América	56.917
Otros	17.447

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC), a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). Padrón Municipal de Habitantes.

Datos a 1 de enero de 2014 / (1) Excepto España

## Entrada de pasajeros por vía aérea

	2012	2013	2014 (p)
<b>Total</b>	<b>16.132.982</b>	<b>16.046.551</b>	<b>17.152.939</b>
Extranjero	10.097.354	10.584.005	11.502.919
Resto de España	3.133.210	2.942.434	2.975.143
Interinsulares	2.902.418	2.520.112	2.674.877

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC), a partir de datos de Aeropuertos Españoles y Navegación Aérea (AENA).

## Tráfico portuario de pasajeros

	2012	2013	2014
<b>Tráfico de pasajeros</b>			
<b>Total</b>	<b>6.669.334</b>	<b>7.494.569</b>	<b>7.418.844</b>
Pasajeros de crucero	1.725.889	1.624.473	1.913.235

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC), a partir de datos de Autoridades Portuarias de Las Palmas y Santa Cruz de Tenerife.

## Estancias y altas en centros sanitarios según diagnósticos principales. 2013

	ESTANCIAS	ALTAS
<b>Total</b>	<b>1.291.199</b>	<b>179.504</b>
Enfermedades infecciosas y parasitarias	44.304	3.373
Neoplasias (tumores)	138.920	16.428
Enfer. endocrinas, de nutrición, metabólicas, de inmunidad	28.813	4.001
Enfer. de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	11.172	1.351
Trastornos mentales	114.754	3.737
Enfer. del sist. nervioso y de los órganos de los sentidos	43.594	5.959
Enfermedades del sistema circulatorio	209.067	23.626
Enfermedades del aparato respiratorio	144.014	18.197
Enfermedades del aparato digestivo	128.206	23.132
Enfermedades del aparato genitourinario	59.597	10.576
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	57.340	18.950
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	16.738	2.507
Enfer. del sistema osteo-mioarticular y tejido conectivo	59.778	12.893
Anomalías congénitas	7.283	1.529
Ciertas Enfermedades con origen en el periodo perinatal	20.628	2.694
Síntomas, signos y estados mal definidos	31.404	6.832
Lesiones y envenenamientos	129.873	16.682
Altas sin diagnóstico	22.172	2.289

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC), a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE): "Encuesta de Morbilidad Hospitalaria".

## Población de 16 y más años en relación con la actividad económica (miles de personas)

		TOTAL	ACTIVOS			INACTIVOS
			TOTAL	OCUPADOS	PARADOS	
<b>2012</b>	<b>Total</b>	<b>1.750,9</b>	<b>1.102,7</b>	<b>743,5</b>	<b>359,2</b>	<b>648,2</b>
	Hombres	867,6	598,0	407,0	191,0	269,6
	Mujeres	883,3	504,7	336,5	168,2	378,6
<b>2013</b>	<b>Total</b>	<b>1.769,0</b>	<b>1.101,1</b>	<b>729,7</b>	<b>371,4</b>	<b>667,9</b>
	Hombres	875,0	594,3	390,2	204,1	280,7
	Mujeres	894,0	506,8	339,5	167,3	387,2
<b>2014</b>	<b>Total</b>	<b>1.782,8</b>	<b>1.093,1</b>	<b>738,8</b>	<b>354,3</b>	<b>689,6</b>
	Hombres	880,7	588,4	401,2	187,2	292,3
	Mujeres	902,1	504,7	337,6	167,1	397,4

	INACTIVOS					
	TOTAL	ESTUDIANTES	JUBILADOS O PENSIONISTAS	LABORES DEL HOGAR	INCAPACIDAD PERMANENTE	OTROS
<b>2012</b>	<b>648,2</b>	119,5	281,0	170,8	55,3	21,7
<b>2013</b>	<b>667,9</b>	114,2	283,7	179,3	66,2	24,5
<b>2014</b>	<b>689,6</b>	121,8	287,9	189,6	62,1	28,2

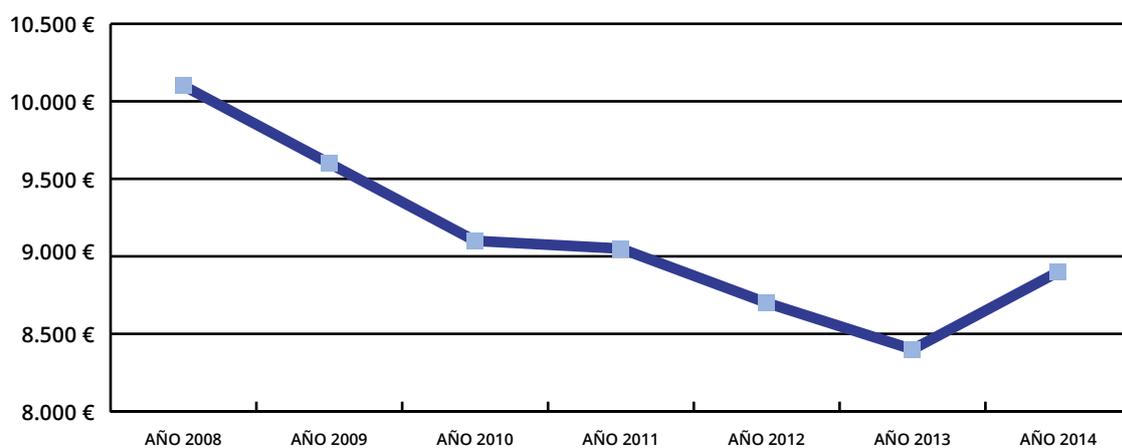
Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC), a partir del Instituto Nacional de Estadística (INE): "Encuesta de Población Activa (EPA)".

## Tasas de actividad, empleo y paro

	CANARIAS			ESPAÑA		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
<b>Actividad</b>	62,98	62,24	61,32	60,40	60,02	59,60
<b>Empleo</b>	42,46	41,25	41,44	45,43	44,36	45,03
<b>Paro</b>	32,58	33,73	32,42	24,79	26,09	24,44

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC), a partir del Instituto Nacional de Estadística (INE): "Encuesta de Población Activa (EPA)".

## Gastos medios anuales por persona



Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC), a partir del Instituto Nacional de Estadística (INE): "Encuesta de Presupuestos Familiares".

## 3.2. POBLACIÓN ASIGNADA

### Población asignada a Atención Primaria

La población asignada a los centros de Atención Primaria (AP) en Canarias es de 1.957.769 personas, de las que 966.337 son hombres y 991.432 mujeres.

	CANARIAS 2015		
	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
<b>Total grupos de edad</b>	1.957.769	966.337	991.432

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC) a partir de los datos del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Por edades, la población de 0 a 14 años es de 284.256 personas, y la de 15 o más, de 1.673.513 personas.

## Población asignada a hospitales - Adultos e infanto-juvenil - Año 2016

ÁREA	HOSPITAL	POBLACIÓN USM	POBLACIÓN MENOR DE 18 AÑOS	MUJERES MENOR DE 18 AÑOS	HOMBRES MENOR DE 18 AÑOS	POBLACIÓN ADULTOS	MUJERES ADULTAS	HOMBRES ADULTOS
<b>Suma Total</b>		<b>1.970.141</b>	<b>345.005</b>	<b>167.952</b>	<b>177.053</b>	<b>1.625.136</b>	<b>830.567</b>	<b>794.569</b>
<b>Área de Salud de Fuerteventura Total</b>		<b>98.624</b>	<b>20.711</b>	<b>10.038</b>	<b>10.673</b>	<b>77.913</b>	<b>38.596</b>	<b>39.317</b>
Área de Salud de Fuerteventura	HOSPITAL GENERAL DE FUERTEVENTURA	98.624	20.711	10.038	10.673	77.913	38.596	39.317
<b>Área de Salud de Gran Canaria Total</b>		<b>796.625</b>	<b>135.823</b>	<b>66.193</b>	<b>69.630</b>	<b>660.802</b>	<b>337.296</b>	<b>323.506</b>
Área de Salud de Gran Canaria	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEBRÍN	389.927	62.656	30.454	32.202	324.271	167.286	156.985
	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA	409.698	73.167	35.739	37.428	336.531	170.010	166.521
<b>Área de Salud de Lanzarote Total</b>		<b>136.374</b>	<b>27.272</b>	<b>13.216</b>	<b>14.056</b>	<b>109.102</b>	<b>54.461</b>	<b>54.641</b>
Área de Salud de Lanzarote	HOSPITAL DOCTOR JOSÉ MOLINA OROSA	136.374	27.272	13.216	14.056	109.102	54.461	54.641
<b>Área de Salud de El Hierro Total</b>		<b>9.031</b>	<b>1.470</b>	<b>720</b>	<b>750</b>	<b>7.561</b>	<b>3.800</b>	<b>3.761</b>
Área de Salud de El Hierro	HOSPITAL INSULAR NTRA. SRA DE LOS REYES	9.031	1.470	720	750	7.561	3.800	3.761
<b>Área de Salud de La Gomera Total</b>		<b>16.428</b>	<b>2.647</b>	<b>1.294</b>	<b>1.353</b>	<b>13.781</b>	<b>6.870</b>	<b>6.911</b>
Área de Salud de La Gomera	HOSPITAL INSULAR NTRA. SRA DE GUADALUPE	16.428	2.647	1.294	1.353	13.781	6.870	6.911
<b>Área de Salud de La Palma Total</b>		<b>73.719</b>	<b>11.685</b>	<b>5.698</b>	<b>5.987</b>	<b>62.034</b>	<b>31.652</b>	<b>30.382</b>
Área de Salud de La Palma	HOSPITAL GENERAL DE LA PALMA	73.719	11.685	5.698	5.987	62.034	31.652	30.382
<b>Área de Salud de Tenerife Total</b>		<b>839.340</b>	<b>145.397</b>	<b>70.793</b>	<b>74.604</b>	<b>693.943</b>	<b>357.892</b>	<b>336.051</b>
Área de Salud de Tenerife	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS	416.982	70.555	34.470	36.085	346.427	177.972	168.455
	HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA DE CANDELARIA	422.358	74.842	36.323	38.519	347.516	179.920	167.596

Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

## Población asignada a USM - Adultos e infanto-juvenil - Año 2016

ÁREA	USM	POBLACIÓN USM	POBLACIÓN MENOR DE 18 AÑOS	MUJERES MENOR DE 18 AÑOS	HOMBRES MENOR DE 18 AÑOS	POBLACIÓN ADULTOS	MUJERES ADULTAS	HOMBRES ADULTOS
<b>Suma Total</b>		<b>1.997.508</b>	<b>372.372</b>	<b>181.361</b>	<b>191.011</b>	<b>1.625.136</b>	<b>830.567</b>	<b>794.569</b>
<b>Área de Salud de Fuerteventura Total</b>		<b>98.624</b>	<b>20.711</b>	<b>10.038</b>	<b>10.673</b>	<b>77.913</b>	<b>38.596</b>	<b>39.317</b>
Área de Salud de Fuerteventura	USM GRAN TARAJAL	25.879	0	0	0	25.879	12.585	13.294
	USM INFANTO JUVENIL FUERTEVENTURA	20.711	20.711	10.038	10.673	0	0	0
	USM PUERTO DEL ROSARIO	52.034	0	0	0	52.034	26.011	26.023
<b>Área de Salud de Gran Canaria Total</b>		<b>796.625</b>	<b>135.823</b>	<b>66.193</b>	<b>69.630</b>	<b>660.802</b>	<b>337.296</b>	<b>323.506</b>
Área de Salud de Gran Canaria	USM BAÑADEROS	94.747	15.990	7.698	8.292	78.575	39.721	39.036
	USM CANALEJAS	95.092	14.005	6.722	7.283	81.087	42.445	38.642
	USM CIUDAD ALTA (LA FERIA - BARRIO A.)	88.046	14.520	7.103	7.417	73.526	38.540	34.986
	USM LASSO	49.736	7.612	3.647	3.965	42.124	21.434	20.690
	USM PUERTO	109.042	18.141	8.931	9.210	90.901	46.580	44.321
	USM TELDE	111.510	20.398	10.114	10.284	91.112	46.501	44.611
	USM TRIANA	57.750	8.801	4.310	4.491	48.949	25.136	23.813
	USM VECINDARIO	190.702	36.356	17.668	18.688	154.346	76.939	77.407
<b>Área de Salud de Lanzarote Total</b>		<b>136.374</b>	<b>27.272</b>	<b>13.216</b>	<b>14.056</b>	<b>109.102</b>	<b>54.461</b>	<b>54.641</b>
Área de Salud de Lanzarote	USM INFANTO JUVENIL LANZAROTE	27.272	27.272	13.216	14.056	0	0	0
	USM VALTERRA I	109.102	0	0	0	109.102	54.461	54.641
<b>Área de Salud de El Hierro Total</b>		<b>9.031</b>	<b>1.470</b>	<b>720</b>	<b>750</b>	<b>7.561</b>	<b>3.800</b>	<b>3.761</b>
Área de Salud de El Hierro	USM VALVERDE	9.031	1.470	720	750	7.561	3.800	3.761
<b>Área de Salud de La Gomera Total</b>		<b>16.428</b>	<b>2.647</b>	<b>1.294</b>	<b>1.353</b>	<b>13.781</b>	<b>6.870</b>	<b>6.911</b>
Área de Salud de La Gomera	USM SAN SEBASTIÁN	16.428	2.647	1.294	1.353	13.781	6.870	6.911
<b>Área de Salud de La Palma Total</b>		<b>73.719</b>	<b>11.685</b>	<b>5.698</b>	<b>5.987</b>	<b>62.034</b>	<b>31.652</b>	<b>30.382</b>
Área de Salud de La Palma	USM INFANTO JUVENIL LA PALMA	11.685	11.685	5.698	5.987	0	0	0
	USM LOS LLANOS DE ARIDANE	28.455	0	0	0	28.455	14.553	13.902
	USM SANTA CRUZ DE LA PALMA	33.579	0	0	0	33.579	17.099	16.480

Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

ÁREA	USM	POBLACIÓN USM	POBLACIÓN MENOR DE 18 AÑOS	MUJERES MENOR DE 18 AÑOS	HOMBRES MENOR DE 18 AÑOS	POBLACIÓN ADULTOS	MUJERES ADULTAS	HOMBRES ADULTOS
<b>Área de Salud de Tenerife Total</b>		<b>866.707</b>	<b>172.764</b>	<b>84.202</b>	<b>88.562</b>	<b>693.943</b>	<b>357.892</b>	<b>336.051</b>
Área de Salud de Tenerife	USM ADEJE	52.224	0	0	0	52.224	26.457	25.767
	USM ARONA (EL MOJÓN)	107.645	0	0	0	107.645	54.309	53.336
	USM ICOD	37.925	5.786	2.844	2.942	32.139	16.286	15.853
	USM INFANTO JUVENIL ARONA - ADEJE (EL MOJÓN)	39.631	39.631	19.144	20.487	0	0	0
	USM INFANTO JUVENIL CHUC	43.188	43.188	21.061	22.127	0	0	0
	USM INFANTO JUVENIL LA OROTAVA	27.367	27.367	13.409	13.958	0	0	0
	USM LA LAGUNA	82.667	0	0	0	82.667	42.767	39.900
	USM OFRA	98.446	16.734	8.180	8.554	81.712	42.477	39.235
	USM PUERTO DE LA CRUZ	127.164	21.581	10.565	11.016	105.583	54.347	51.236
	USM SANTA CRUZ - LA LAGUNA	88.199	0	0	0	88.199	45.476	42.723
	USM SANTA CRUZ - SALAMANCA	124.412	18.477	8.999	9.478	105.935	56.677	49.258
	USM TACORONTE	37.839	0	0	0	37.839	19.096	18.743

Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).



# 04 La salud mental en Canarias

## 4.1. LA SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN GENERAL. LA ENCUESTA DE SALUD DE CANARIAS

### 4.1.1. La Encuesta de Salud de Canarias. Metodología

La Encuesta de Salud de Canarias se realizó durante el año 2015 y se publicó en 2016. Para personas de 16 y más años se utiliza el cuestionario GHQ-12 que corresponde a la forma abreviada de 12 ítems del Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire). Es un instrumento diseñado y validado para ser autoadministrado. Su finalidad es el cribado de los trastornos mentales actuales. No es un instrumento para realizar diagnósticos clínicos ni valorar trastornos crónicos. Principalmente detecta la presencia de depresión, ansiedad, desajuste social e hipocondría. No sirve, por tanto, para el cribado de psicosis funcionales. Su aplicación sirve para conocer la situación actual de la salud mental de la persona en el momento de la realización de la encuesta, respecto a su situación habitual. Se pregunta si la persona ha experimentado recientemente un síntoma en particular o un tipo de comportamiento, con referencia a los últimos 30 días. Las respuestas se puntúan en forma de escala de Likert de 4 categorías. A cada una se les adjudica el valor 0 (respuestas 1 y 2) o 1 (respuestas 3 y 4). Una vez sumados los valores obtenidos de las 12 preguntas, se considera como punto de corte para considerar un posible trastorno mental la puntuación mayor o igual a 3. Este punto de corte ha sido validado en la población de Cataluña.

Para el análisis, se establecieron franjas de edad de 16 a 29 años, 30 a 44 años, 45 a 64 años y de 65 años o más.

Por otra parte, se midió la percepción del entrevistado ante las diversas situaciones de apoyo afectivo y personal que suelen producirse en la vida cotidiana. El apoyo social se considera un buen predictor de salud y bienestar. Para medirlo se utiliza el cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC. Este cuestionario mide los aspectos cualitativos y funcionales del apoyo social, más que la red de apoyo. En especial mide dos dimensiones del apoyo emocional: el apoyo confidencial y el afectivo. El cuestionario utiliza una escala de 11 ítems. Cada uno admite 5 posibles respuestas en una escala Likert. La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. A menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde con una

puntuación inferior a 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo.

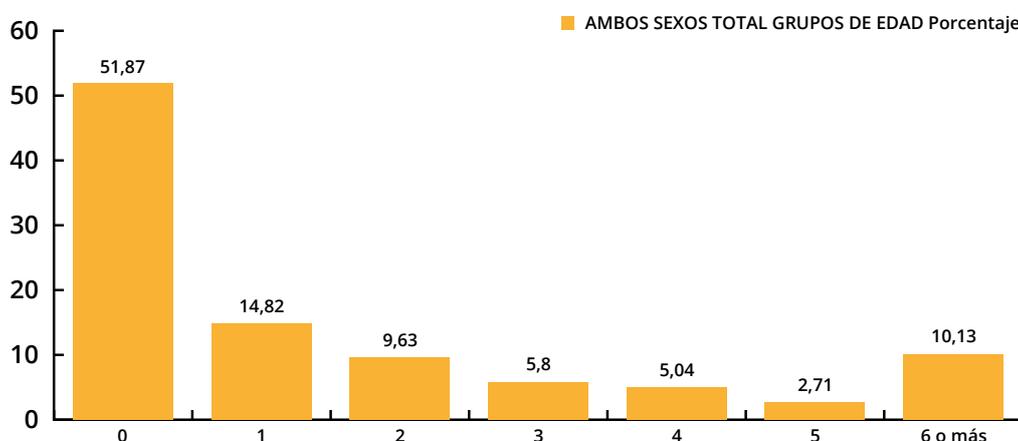
Para la evaluación de la salud mental de la población infanto-juvenil (entre 4 y 15 años de edad) residente en Canarias se utilizó el Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ). Este instrumento ha mostrado ser bien aceptado y fácil de utilizar en estudios de cribado de patología psiquiátrica en la edad pediátrica. De hecho, es el cuestionario de cribado más utilizado en los últimos años en los países occidentales y ha sido recientemente validado con población infanto-juvenil de Canarias en su versión para padres y profesores. Se utilizó la versión para padres de 25 ítems que se dividen en 5 escalas de 5 ítems cada una de ellas. Cuatro de ellas evalúan conductas problemáticas y hacen referencia a síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad y problemas con los compañeros. La quinta escala evalúa una cualidad del comportamiento, que sirve para disminuir el sesgo que crea el denominado “efecto halo”, que es la tendencia, cuando se juzga una característica de una persona, a dejarse influenciar por otra característica o por la impresión general de la persona, denominada conducta positiva de socialización. Los ítems presentan tres posibilidades de puntuación: no es cierto, un tanto cierto y es absolutamente cierto, que se puntúan: 0, 1 o 2. El punto de corte para la escala general es de 19. Para las subescalas, los puntos de corte son de 5 para la escala de síntomas emocionales, de 4 para la escala de problemas de conducta, de 8 para la escala de hiperactividad, y de 3 para la escala de problemas con los compañeros, siendo normales las puntuaciones que se obtengan por debajo de estos valores. Para la escala pro-social el punto de corte es 4 y se consideran normales las puntuaciones superiores a este valor.

Para el análisis se establecieron franjas de edad de 4 a 9 años y de 10 a 15 años.

#### 4.1.2. Salud mental en la población general. Adultos

El 23,7% de la población adulta tuvo puntuaciones sugestivas de un trastorno mental (puntuación igual a 3 o mayor).

#### Población de 16 y más años según estado de salud mental - Canarias 2015



Fuente: Instituto Canaria de Estadística (ISTAC) y Servicio Canario de la Salud (SCS).

Las franjas de edad con mayores prevalencias fueron las de 45 a 64 años (27,%) y de mayores de 64 años (26,6%). La franja de edad con menor prevalencia fue la de 30 a 44 años (19,1%).

Comparando por **sexo**, las mujeres presentaron una mayor prevalencia que los hombres (27,1% vs. 20,2%). En mujeres, las franjas de edad con mayor prevalencia fueron las de mayores de 64 años (33,6%) y la de 45 a 64 años (30,4%). En hombres, la mayor prevalencia estuvo en la franja de 45 a 64 años (23,5%). Sin embargo, la franja de mayores de 64 años fue la segunda con menor prevalencia (18,2%).

Al comparar por **islas y áreas**, las mayores prevalencias se dieron en La Palma (29,6%), Tenerife - Área metropolitana (29,3%) y Gran Canaria - Área metropolitana (26,6%). Gran Canaria y Tenerife presentaron prevalencias por encima de la media (24,4% y 24,3% respectivamente). La menor prevalencia se registró en Fuerteventura (11,1%); otra prevalencia sensiblemente inferior a la global de Canarias fue la de El Hierro (17%).

Al evaluar la prevalencia según el **nivel de estudios**, la mayor prevalencia se produjo en el grupo de personas sin estudios (48,8%). Las personas con estudios primarios presentaron también una mayor prevalencia (29,6%) respecto al global. La menor prevalencia se produjo en las personas con estudios superiores (17,6%).

En cuanto al **tipo de actividad**, las mayores prevalencias se registraron en los grupos "Otra situación" y en los parados (33,2% y 31% respectivamente). Otras prevalencias por encima del global en Canarias fueron las de los jubilados, prejubilados o incapacitados para trabajar (29,6%) y los dedicados principalmente a las tareas del hogar (27,6%). Las menores prevalencias se produjeron en los grupos "Ocupado" (17,7%) y estudiantes (18,6%).

Al evaluar según las **clases sociales** basadas en la ocupación de la persona de referencia, la clase con mayor prevalencia fue la VI (28,6%). Las clases IV y V mostraron prevalencias similares (26,9% y 26% respectivamente), superiores al global de Canarias. Las clases I, II y III mostraron prevalencias similares (17,6%, 18,3% y 17,8% respectivamente), inferiores al global de Canarias.

### Clases establecidas:

- **Clase I:** Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
- **Clase II:** Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
- **Clase III:** Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
- **Clase IV:** Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas.
- **Clase V:** Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as.
- **Clase VI:** Trabajadores/as no cualificados/as.

En cuanto al **apoyo social y funcional percibido**, la media fue de 47 en Canarias, muy similar entre hombres y mujeres (47,7 vs. 47,6 respectivamente). Esta media es claramente superior al punto de corte (32), con lo que se corresponde con un apoyo social y funcional percibido normal. En las diferentes franjas de edad se obtuvieron puntuaciones similares, si bien hubo puntuaciones ligeramente inferiores a medida que la edad aumenta.

Al comparar entre islas y comarcas, la mayores puntuaciones se registraron en La Gomera (50,7), Fuerteventura (49,6) y Gran Canaria - Sur (49). La menor puntuación se registró en Gran Canaria - Norte (45,4).

Al comparar según las clases sociales basadas en la ocupación de la persona de referencia, las menores puntuaciones se dieron en las clases VI y V (47,3), y las mayores, en la I y II (48,1).

#### 4.1.3. Salud mental en la población general. Población infanto-juvenil

La puntuación media del Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ) en la población de 4 a 15 años de Canarias fue de 9 (frente al punto de corte de 19). La puntuación fue ligeramente superior en la franja de edad de 4 a 9 años, respecto a la de 10 a 15 años (9,2 vs. 8,8). La puntuación fue similar en ambos sexos (niños: 9,1 vs. niñas 9).

Todas las subescalas mostraron medias también propias de normalidad: por debajo de los puntos de corte en síntomas emocionales (1,8 frente al punto de corte de 5), problemas de conducta (1,7 frente al punto de corte de 4), hiperactividad (4 frente al punto de corte de 8), problemas con los compañeros (1,5 frente al punto de corte de 3), y por encima en la escala pro-social (8,9 frente al punto de corte de 4). Sin embargo, hay que considerar que todas estas puntuaciones son las medias poblacionales de este grupo de edad.

Al comparar por islas, las mayores puntuaciones se registraron en Tenerife y Gran Canaria (9,2 ambas), mientras que las menores correspondieron al grupo de Lanzarote y Fuerteventura (8,2).

Al evaluar según las **clases sociales** basadas en la ocupación de la persona de referencia, la mayor puntuación correspondió a la clase VI, y la menor, a la I. De hecho, hubo una asociación lineal entre la clase social y la puntuación.

#### 4.1.4. Ideación suicida

El 10,8% de la población mayor de 16 años declaró haber tenido en algún momento de su vida ideas de suicidio. Esta prevalencia es mayor que el 4,4% hallado en el mayor estudio epidemiológico realizado en España, que formó parte del estudio europeo ESEMeD (Gabilondo et al., 2007). Sin embargo, hay que considerar la posible influencia en esta mayor tasa, de la crisis económica que comenzó en 2008 en España, ya que las crisis económicas se han asociado a mayor tasa de suicidio (Oyesanya et al., 2015; Parmar et al., 2016).

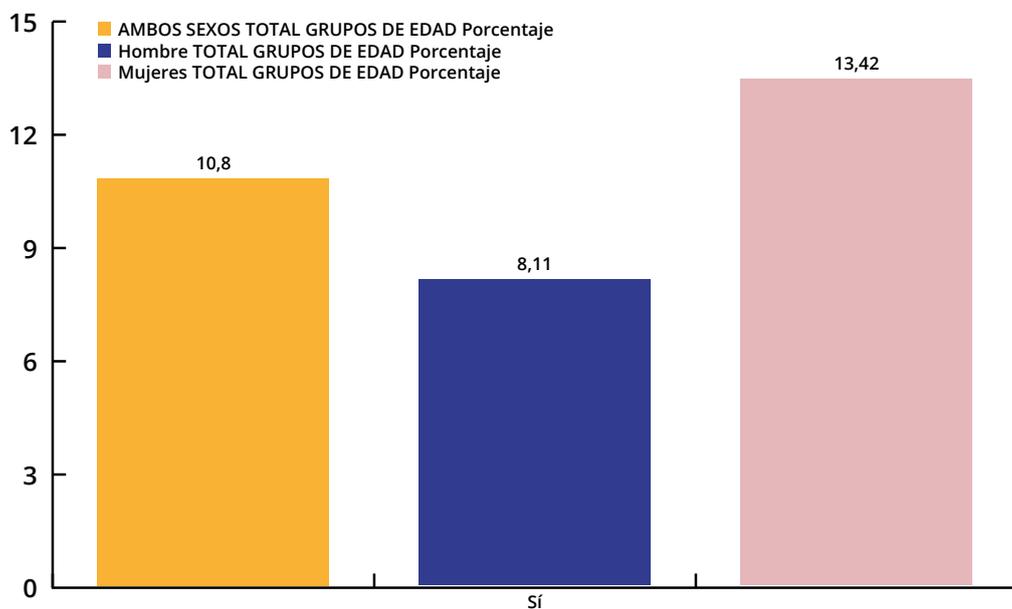
En cuanto a los **grupos de edad**, la mayor prevalencia se produjo en la franja de 45 a 64 años, con un 12,3%, y la menor, en la de 16 a 29 años, con un 7,9%.

#### Población de 16 y más años según estado de salud mental - Canarias 2015

	PENSAMIENTOS SUICIDAS EN ALGÚN MOMENTO DE LA VIDA. SÍ (%)
De 16 a 29 años	7,93
De 30 a 44 años	11,56
De 45 a 64 años	12,31
De 65 y más años	9,58
Total	10,8

Al comparar por **sexo**, las mujeres presentaron una mayor prevalencia que los hombres (13,4% vs. 8,1% respectivamente). En las mujeres la mayor prevalencia se produjo en la franja de 45 a 64 años (16,3%) y en los hombres, en la de 30 a 44 años (10,7%).

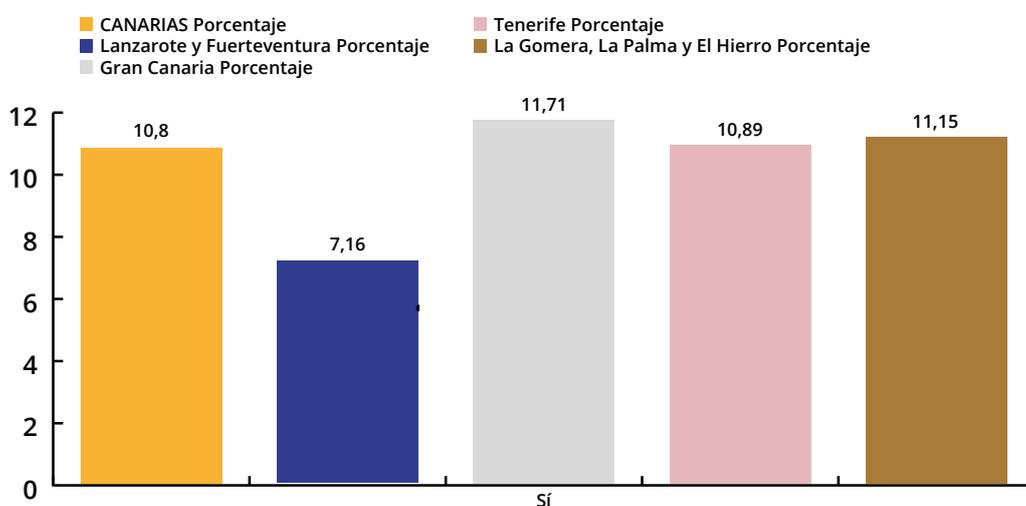
### Población de 16 y más años según pensamientos suicidas por sexo



Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC) y Servicio Canario de Salud (SCS).

Al comparar por **islas**, la mayor prevalencia se produjo en Gran Canaria (11,7%). La prevalencia de La Gomera, La Palma y El Hierro (agrupadas: 11,1%) y de Tenerife (10,9%) fue ligeramente inferior. La menor prevalencia se produjo en Lanzarote y Fuerteventura (agrupadas: 7,2%).

### Población de 16 y más años según pensamientos suicidas por islas - 2015



Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC) y Servicio Canario de Salud (SCS).

En cuanto al **momento** de tener las ideas suicidas, entre las personas que declararon haber tenido ideas de suicidio, el 29,4% refirieron haberlas tenido en los últimos 12 meses (el 27,4% de los hombres y el 30,6% de las mujeres).

Según la **clase social** basada en la ocupación, la mayor prevalencia se produjo en la clase VI (13,9%). Las menores prevalencias se produjeron en las clases II y III (7,5% y 7,8% respectivamente).

#### **Clases establecidas:**

- **Clase I:** Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
- **Clase II:** Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
- **Clase III:** Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
- **Clase IV:** Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas.
- **Clase V:** Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as.
- **Clase VI:** Trabajadores/as no cualificados/as.

## **Bibliografía**

Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernández A, Serrano-Blanco A, et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Med Clin (Barc)*. 2007; 129(13): 494-00.

Oyesanya M, López-Morinigo J, Dutta R. Systematic review of suicide in economic recession. *World J Psychiatry*. 2015; 5(2): 243-54.

Parmar D, Stavropoulou C, Ioannidis JP. Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review. *BMJ*. 2016; 354:i4588.

## 4.2. Morbilidad asistida en Atención Primaria

### Número de zonas básicas de salud, de centros de salud y de consultorios por islas y años

	CANARIAS 2015
Número de zonas básicas de salud	108
Número de centros de salud	108
Número de consultorios	154

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC) a partir de los datos del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

### Número y ratio de médicos/as de familia, pediatras y personal de enfermería por islas y años

	CANARIAS 2015	
	Número	Ratio
Médicos de familia	1.174	1.435
Pediatras	314	871
Personal de enfermería	1.196	1.637

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC) a partir de los datos del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

### La Salud Mental en consultas de Atención Primaria

En la siguiente tabla se muestran los datos básicos sobre la morbilidad asistida en las consultas de Atención Primaria de Canarias.

ÁREA	POBLACIÓN <sup>1</sup>	PACIENTES CON DIAGNÓSTICO <sup>2</sup>	RATIO DE PREVALENCIA	INCIDENCIA EN 2015 <sup>3</sup>	RATIO DE INCIDENCIA	Nº CONSULTAS <sup>4</sup>	RATIO CONSULTAS <sup>5</sup>
Tenerife	833.460	309.982	2,69 / 1	27.843	29,93 / 1	3.534.140	11,40
Gran Canaria	794.899	265.031	3 / 1	30.585	25,99 / 1	3.311.038	12,49
Lanzarote	133.423	40.491	3,30 / 1	4.664	28,61 / 1	514.761	12,71
Fuerteventura	96.649	28.801	3,36 / 1	3.687	26,21 / 1	299.682	10,41
La Palma	73.464	26.293	2,79 / 1	2.222	33,06 / 1	355.237	13,51
La Gomera	16.309	5.324	3,06 / 1	597	27,32 / 1	90.236	16,95
El Hierro	8.912	3.316	2,69 / 1	325	27,42 / 1	48.221	14,54
<b>Total</b>	1.957.116	679.238	2,88 / 1	69.923	27,99 / 1	8.153.315	12

Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

1 Población a 31/12/2015

2 Pacientes con algún diagnóstico de trastorno mental según CIE-10

3 Casos con diagnóstico de algún trastorno mental durante el 2015, sin diagnóstico previo de trastorno mental

4 Nº de consultas realizadas durante el 2015 a pacientes con algún diagnóstico de trastorno mental. La consulta incluye cualquier motivo de salud posible, no solo los relacionados con la salud mental.

5 Ratio de consultas realizadas durante el 2015, respecto al nº de pacientes con algún diagnóstico de trastorno mental.

En Canarias, 679.238 personas tienen algún diagnóstico de trastorno mental (actual o como antecedente). Esto supone un **ratio de prevalencia** de 1 de cada 2,88 personas. Los peores ratios se dieron en Tenerife (2,69 / 1), El Hierro (2,69 / 1) y La Palma (2,79 / 1), mientras que los mejores se dieron en Fuerteventura (3,36 / 1), Lanzarote (3,30 / 1) y La Gomera (3,06 / 1).

En cuanto a la incidencia, en Canarias hubo 69.923 personas a las que, sin tener un diagnóstico previo de trastorno mental, se les diagnosticó durante el 2015 algún trastorno mental. Esto supone un **ratio de incidencia** de 1 persona de cada 27,99. Los peores ratios de incidencia se dieron en Gran Canaria (25,99 / 1) y Fuerteventura (26,21 / 1), mientras que los mejores se dieron en La Palma (33,06 / 1) y Tenerife (29,93 / 1).

Durante el 2015 en Canarias se realizaron 8.153.315 **consultas** a personas con algún trastorno mental. Esto supone un ratio de 12 consultas respecto al número de pacientes con algún trastorno mental. Las mejores ratios (mayor número de consultas) se dieron en las islas de menor población: La Gomera (16,95), El Hierro (14,54) y La Palma (13,51). La peor ratio se dio en Fuerteventura (10,41).

A continuación se muestran los datos relativos a los diferentes **grupos diagnósticos**.

GRUPO DIAGNÓSTICO <sup>1</sup>	CASOS PREVALENTES	CASOS INCIDENTES <sup>2</sup>	NÚMERO DE CONSULTAS <sup>2</sup>	RATIO CONSULTAS / CASOS PREVALENTES
F0	143.164	10.980	2.070.303	14,46
F1	239.375	22.008	2.627.088	10,97
F2	11.585	410	178.530	15,41
F3	149.728	6.451	2.304.523	15,39
F4	242.685	18.390	3.202.100	13,19
F5	113.440	8.358	1.626.286	14,33
F50	5.803	523	80.637	13,90
F6	63.120	5.255	926.507	14,68
F60	5.805	240	91.379	15,74
F7	6.439	261	74.728	11,61
F8	9.693	1.133	100.645	10,38
F9	44.971	4.660	523.185	11,63

Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

<sup>1</sup> Grupos diagnósticos según la CIE 10

<sup>2</sup> Periodo de referencia: año 2015. La consulta incluye cualquier motivo de salud posible, no solo los relacionados con la salud mental.

## Grupos diagnósticos

- F0: Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.
- F1: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas.
- F2: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.
- F3: Trastornos del humor (afectivos).

- F4: Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
- F5: Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.
- F50: Trastornos de la conducta alimentaria.
- F6: Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.
- F60: Trastornos específicos de la personalidad.
- F7: Retraso mental.
- F8: Trastornos del desarrollo psicológico.
- F9: Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

Para el análisis de los grupos diagnósticos se incluyó, además de los grandes grupos, a los subgrupos F50 y F60, dada la heterogeneidad diagnóstica de los grupos F5 y F6, y la importancia de los subgrupos diagnósticos F50 y F60.

Los grupos diagnósticos con mayor número de **casos prevalentes** fueron los F4 (242.685) y F1 (239.375). También presentaron un alto número de casos los grupos F3 (149.728), F0 (143.164) y F5 (113.440).

Los grupos con mayor número de **casos incidentes** también fueron el F1 (22.008) y el F4 (18.390).

En cuanto a las **consultas**, los pacientes con mayor número de consultas fueron los correspondientes al subgrupo F60 (15,74) y a los grupos F2 (15,41) y F3 (15,39). Los pacientes con menor número de consultas fueron los correspondientes a los grupos F8 (10,38) y F1 (10,97). Es posible que el menor número de consultas correspondiente al grupo F1 esté influido por la asistencia, de una considerable proporción de las personas con diagnósticos de este grupo, a las Unidades de Atención a las Drogodependencias (UAD).

El que el grupo F2 haya mostrado uno de los ratios de consultas más elevados resulta llamativo, ya que contrasta con la creencia de que los pacientes con estos diagnósticos acuden menos a los Centros de Atención Primaria. Esta mayor asistencia puede estar influida por varios factores. Por una parte, los pacientes con trastornos mentales graves tienen peor salud física que la población general. Por otra parte, las consultas pueden obedecer a cualquier motivo, lo que incluye las consultas para expedición de recetas de tratamientos indicados en las Unidades de Salud Mental. En este aspecto existe heterogeneidad entre las USM, de forma que en algunas se expiden con continuidad la gran mayoría o la totalidad de las recetas de los psicofármacos, mientras que en otras los psiquiatras las expiden solo cuando coinciden con una consulta clínica por psiquiatría. El análisis comparativo entre islas que se muestra en la tabla que figura debajo muestra un patrón de consultas que resulta similar al del conjunto de los trastornos mentales, con un mayor ratio de consultas en las islas menores, y un ratio similar entre Tenerife y Gran Canaria, algo mayor en esta última.

## Comparación por áreas de consultas y ratio de consultas en pacientes con diagnósticos F2

ÁREA	PACIENTES CON DIAGNÓSTICO F2	Nº CONSULTAS <sup>1</sup>	RATIO CONSULTAS <sup>2</sup>
Tenerife	5.166	76.762	14,86
Gran Canaria	4.862	74.933	15,41
Lanzarote	506	8.697	17,19
Fuerteventura	318	4.256	13,38
La Palma	572	10.129	17,71
La Gomera	105	2.396	22,82
El Hierro	56	1.357	24,23
<b>Total</b>	<b>11.585</b>	<b>178.530</b>	<b>15,41</b>

Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)

1 Nº de consultas realizadas durante el 2015 a pacientes con diagnóstico del grupo F2. La consulta incluye cualquier motivo de salud posible, no solo los relacionados con la salud mental.

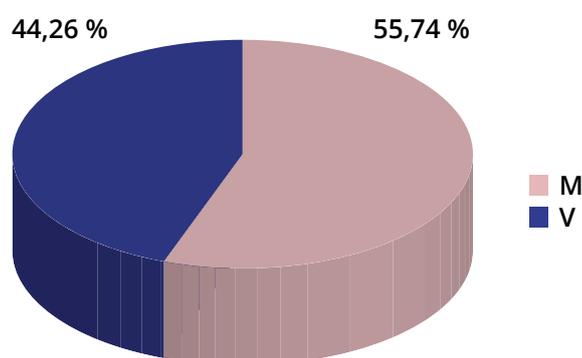
2 Ratio de consultas realizadas durante el 2015, respecto al nº de pacientes con diagnóstico del grupo F2.

## 4.3. MORBILIDAD ASISTIDA EN LA RED DE SALUD MENTAL

### 4.3.1. Morbilidad asistida en las unidades de salud mental

Los datos que se exponen a continuación sobre morbilidad asistida relativos a las Unidades de Salud Mental de Canarias han sido extraídos del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos de Canarias (RECAP).

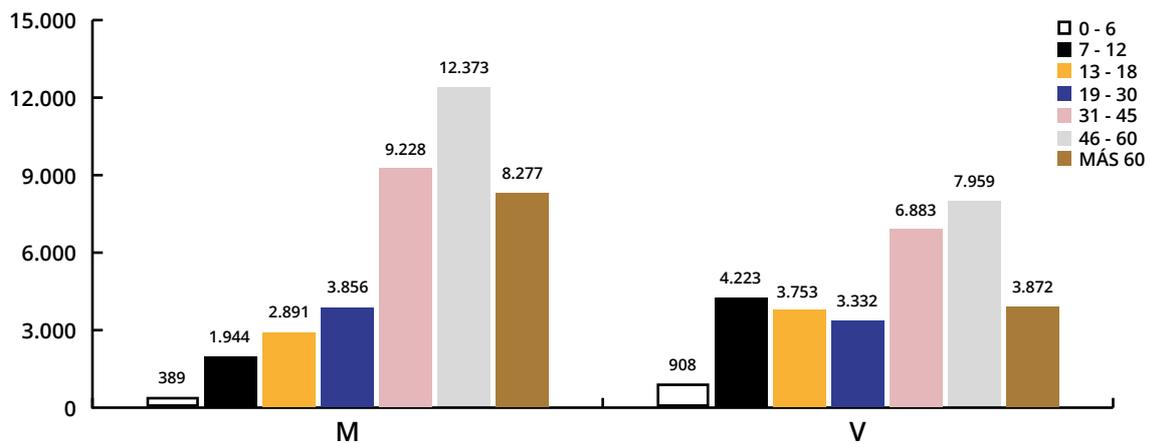
#### Pacientes por sexo. Canarias. Año 2016



En las USM de Canarias hay un ligero predominio del sexo femenino frente al masculino (55,74% vs. 44,26%).

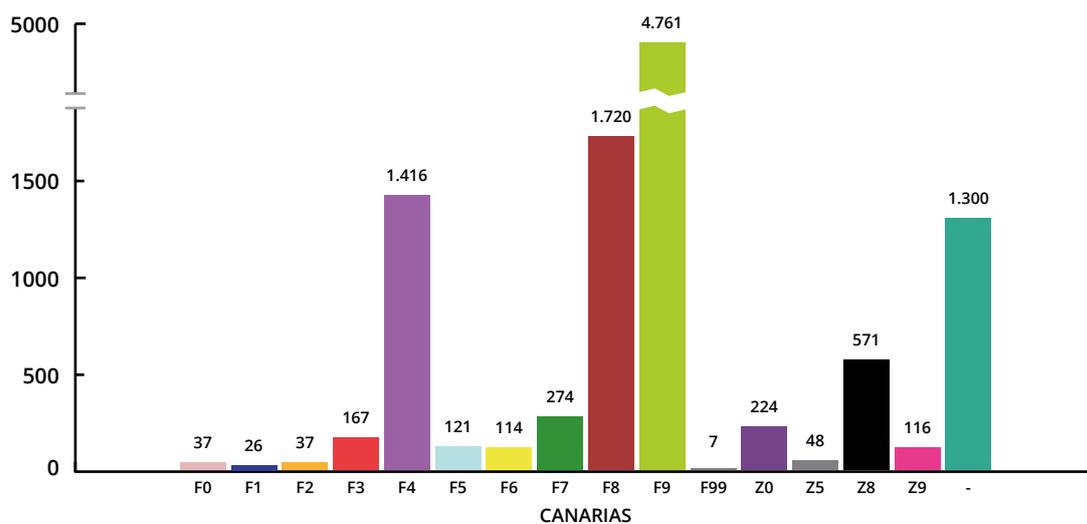
## Pacientes por edad. Canarias. Año 2016

SEXO	0-6	7-12	13-18	19-30	31-45	46-60	MÁS 60
M	389	1.944	2.891	3.856	9.228	12.373	8.277
V	908	4.223	3.753	3.332	6.883	7.959	3.872
<b>Total</b>	<b>1.297</b>	<b>6.167</b>	<b>6.644</b>	<b>7.188</b>	<b>16.111</b>	<b>20.332</b>	<b>12.149</b>



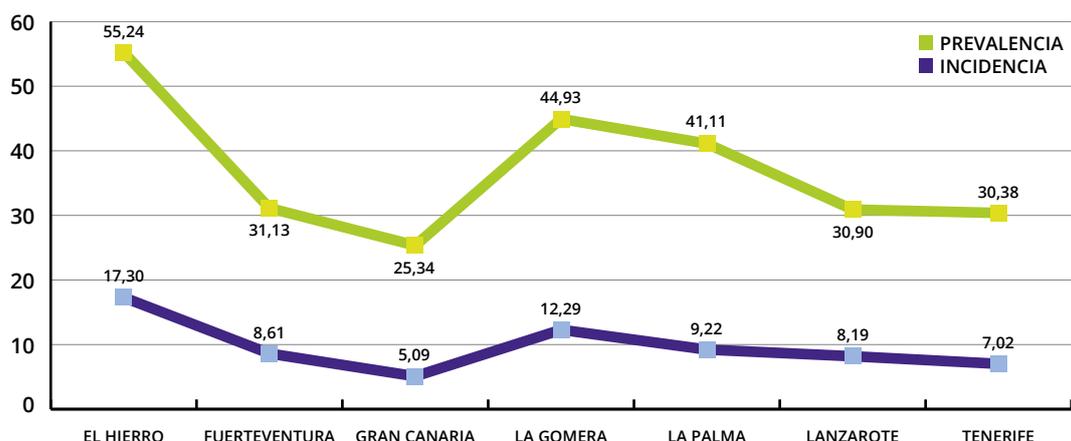
La franja de edad principal en ambos sexos es la de 46 a 60 años, seguida por la de 31 a 45 años.

## Pacientes menores de 18 años por diagnóstico. Canarias. Año 2016



El principal grupo diagnóstico en menores de 18 años es el F9 (F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia).

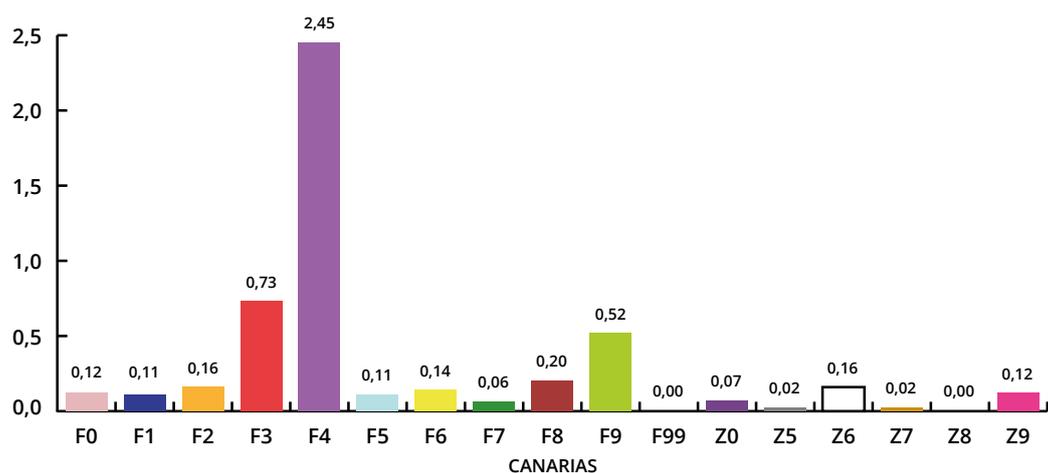
## Tasas de incidencia y prevalencia por área. Canarias. Año 2016



Las tasas de incidencia y prevalencia presentan una distribución desigual entre las islas. Las mayores tasas se producen en El Hierro, La Gomera y La Palma, mientras que las menores se dan en Gran Canaria. Sin embargo, hay que tener en cuenta la influencia mayor que tienen los casos incidentes y prevalentes en las tasas en poblaciones pequeñas.

## Incidencia tratada por diagnóstico. Canarias. Año 2016

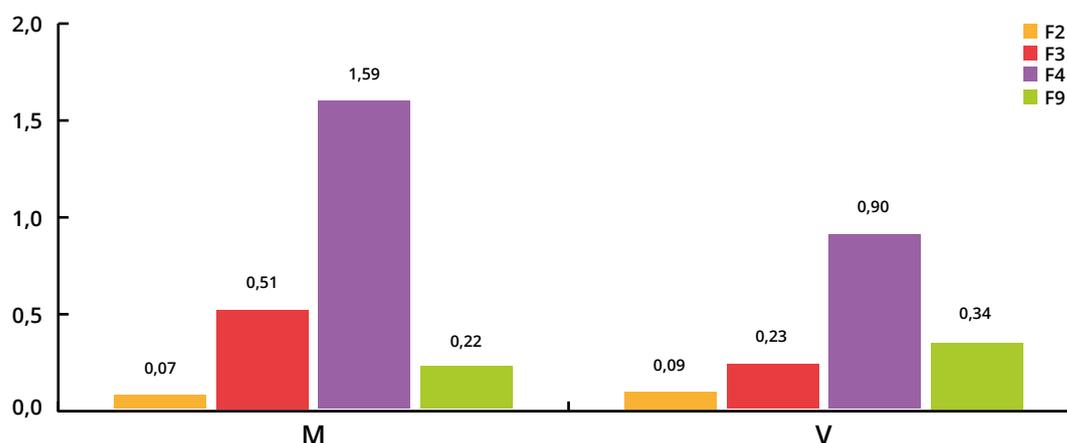
UNIDAD	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F99	Z0	Z5	Z6	Z7	Z8	Z9
Canarias	0,12	0,11	0,16	0,73	2,45	0,11	0,14	0,06	0,20	0,52	0,00	0,07	0,02	0,16	0,02	0,00	0,12



El grupo diagnóstico con mayor incidencia en Canarias es el F4 (F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos). La tasa de incidencia tratada es de 2,45, muy por encima de la siguiente mayor tasa, de 0,73, correspondiente al grupo F3 (F30-39 Trastornos del humor o afectivos).

## Incidencia tratada por diagnóstico. Grupos F2, F3, F4 y F9. Canarias. Año 2016

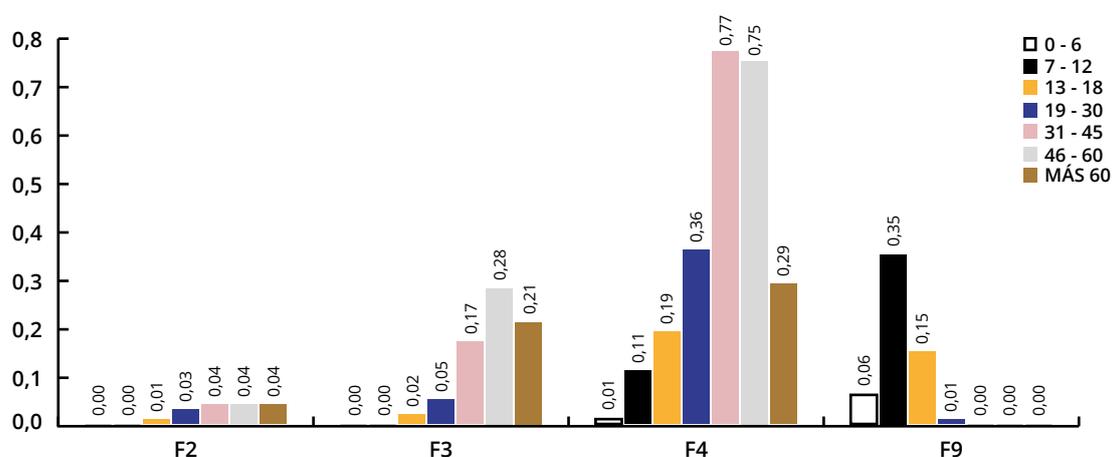
CANARIAS				
SEXO	F2	F3	F4	F9
M	0,07	0,51	1,59	0,22
V	0,09	0,23	0,90	0,34



El grupo diagnóstico con mayor incidencia tratada en Canarias, en ambos sexos, es el F4 (F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos).

## Incidencia tratada por diagnóstico y edad. Grupos F2, F3, F4 y F9. Canarias. Año 2016

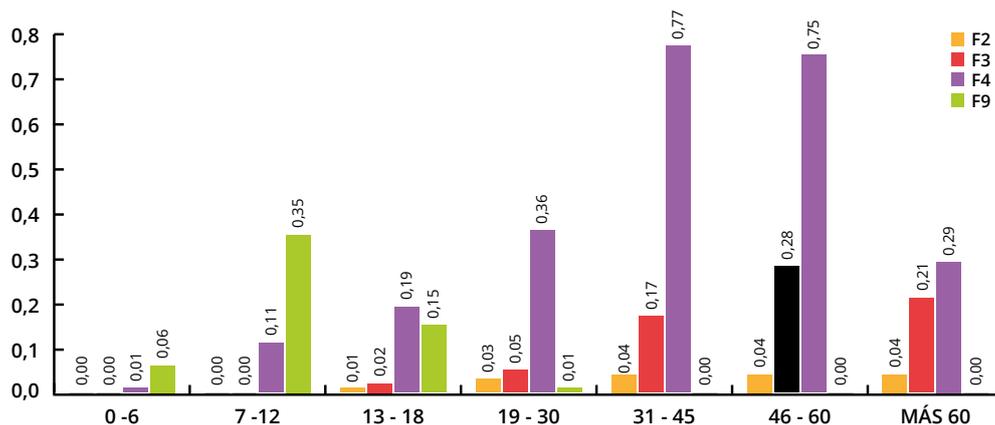
	0 - 6	7 - 12	13 - 18	19 - 30	31 - 45	46 - 60	MÁS 60
F2	0,00	0,00	0,01	0,03	0,04	0,04	0,04
F3	0,00	0,00	0,02	0,05	0,17	0,28	0,21
F4	0,01	0,11	0,19	0,36	0,77	0,75	0,29
F9	0,06	0,35	0,15	0,01	0,00	0,00	0,00



El grupo diagnóstico F4, el de mayor incidencia tratada en Canarias, tiene su mayor incidencia en los grupos de edad de 31 a 45 años y 46 a 60 años. En el grupo F3 la mayor incidencia se produce en el grupo de edad de 46 a 60 años.

## Grupos de edad e incidencia tratada por diagnóstico. F2, F3, F4 y F9. Canarias. Año 2016

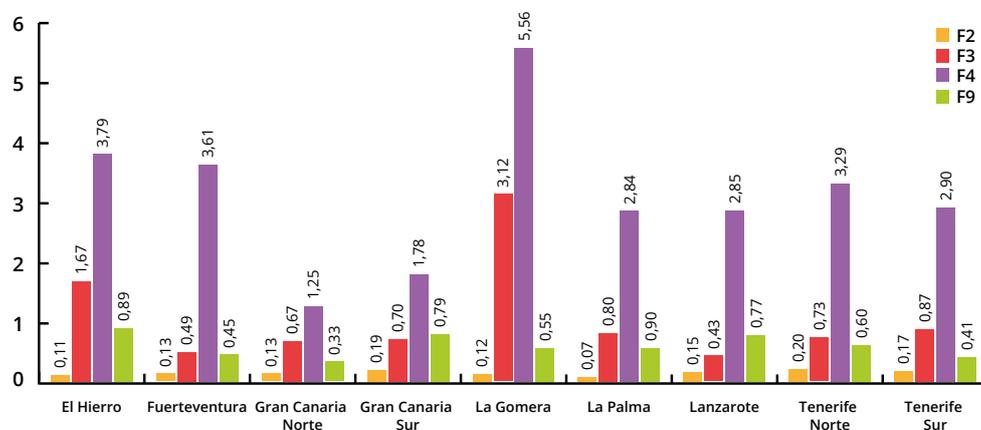
EDAD	F2	F3	F4	F9
0 - 6	0,00	0,00	0,01	0,06
7 - 12	0,00	0,00	0,11	0,35
13 - 18	0,01	0,02	0,19	0,15
19 - 30	0,03	0,05	0,36	0,01
31 - 45	0,04	0,17	0,77	0,00
46 - 60	0,04	0,28	0,75	0,00
MÁS 60	0,04	0,21	0,29	0,00



En todos los grupos de edad adulta, el grupo diagnóstico de mayor incidencia tratada en Canarias es el F4. También lo es en el grupo de edad de 13 a 18 años, pero con una diferencia mínima respecto al grupo F9. En los grupos de edad de 0 a 6 años y de 7 a 12 años, el grupo diagnóstico de mayor incidencia tratada en Canarias es el F9.

## Incidencia tratada por diagnóstico. Grupos F2, F3, F4 y F9. Áreas. Año 2016

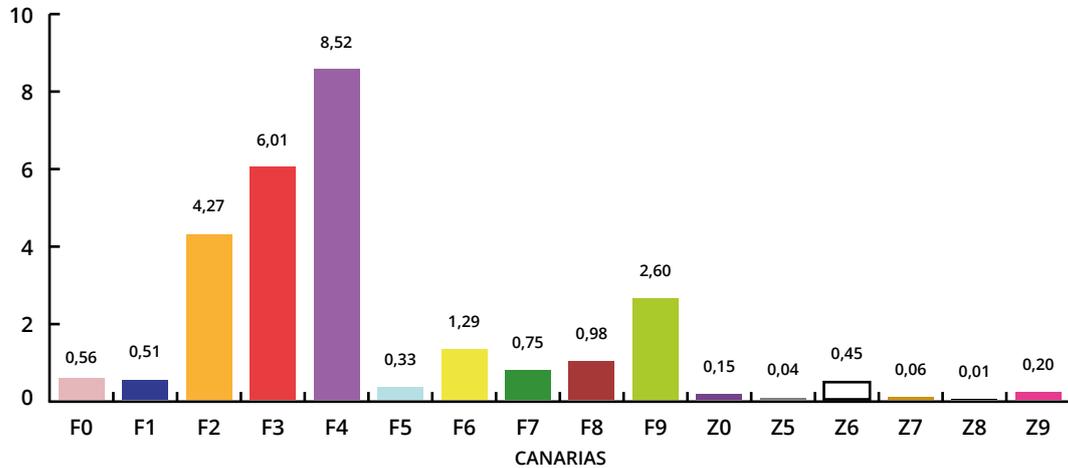
	EL HIERRO	FUERTEVENTURA	GRAN CANARIA NORTE	GRAN CANARIA SUR	LA GOMERA	LA PALMA	LANZAROTE	TENERIFE NORTE	TENERIFE SUR
F2	0,11	0,13	0,13	0,19	0,12	0,07	0,15	0,20	0,17
F3	1,67	0,49	0,67	0,70	3,12	0,80	0,43	0,73	0,87
F4	3,79	3,61	1,25	1,78	5,56	2,84	2,85	3,29	2,90
F9	0,89	0,45	0,33	0,79	0,55	0,90	0,77	0,60	0,41



El grupo diagnóstico F4 es el de mayor incidencia tratada en Canarias y en todas sus áreas. Los siguientes grupos diagnósticos de mayor incidencia tratada son el F3 y el F9.

## Prevalencia tratada por diagnóstico. Canarias. Año 2016

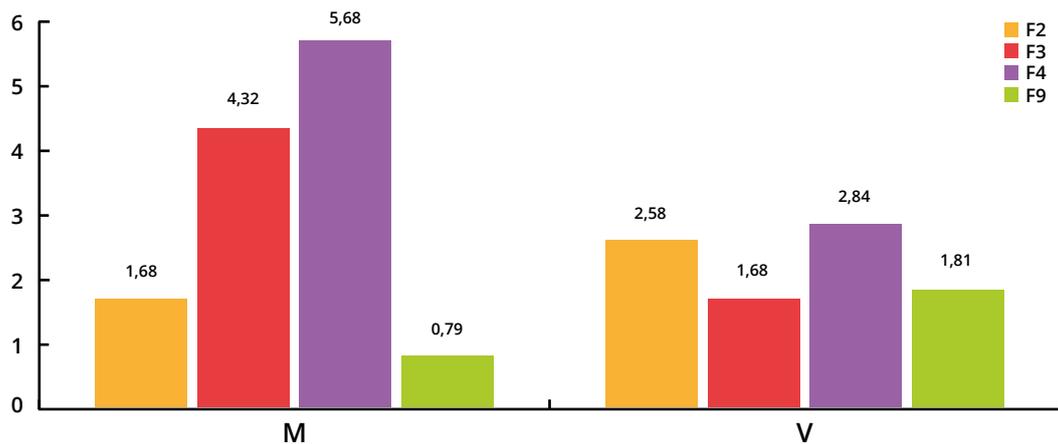
UNIDAD	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	Z0	Z5	Z6	Z7	Z8	Z9
Canarias	0,56	0,51	4,27	6,01	8,52	0,33	1,29	0,75	0,98	2,60	0,15	0,04	0,45	0,06	0,01	0,20



El grupo diagnóstico F4 es el de mayor prevalencia tratada en Canarias (8,52), seguido por el F3 (6,01) y el F2 (4,27).

## Prevalencia tratada por diagnóstico. Grupos F2, F3, F4 y F9. Canarias. Año 2016

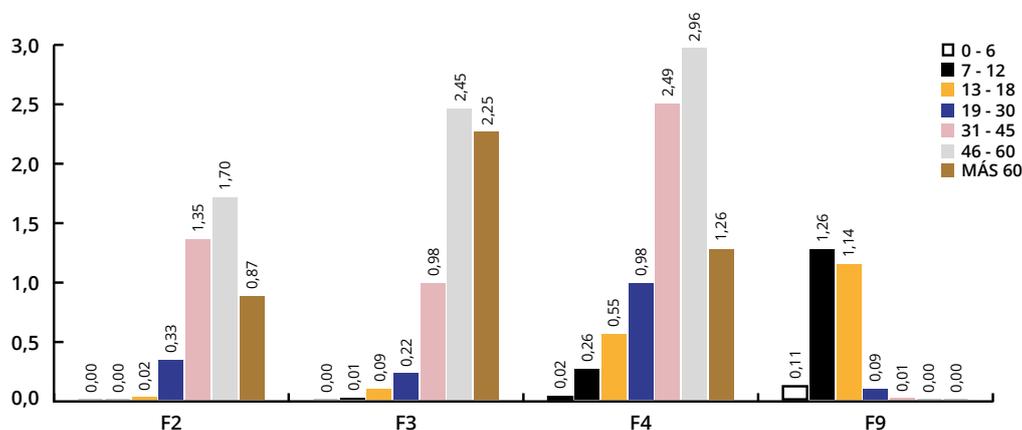
SEXO	F2	F3	F4	F9
M	1,68	4,32	5,68	0,79
V	2,58	1,68	2,84	1,81



El grupo diagnóstico F4 es el de mayor prevalencia tratada en Canarias en ambos sexos. Sin embargo, su prevalencia es el doble en mujeres que en hombres (5,68 vs. 2,84). También hay una marcada mayor prevalencia tratada del grupo diagnóstico F3 en mujeres respecto a los hombres (4,32 vs. 1,68). En los hombres, sin embargo, son más prevalentes respecto a las mujeres, los grupos F2 (2,58 vs. 1,68) y F9 (1,81 vs. 0,79).

## Prevalencia tratada por diagnóstico y edad. Grupos F2, F3, F4 y F9. Canarias. Año 2016

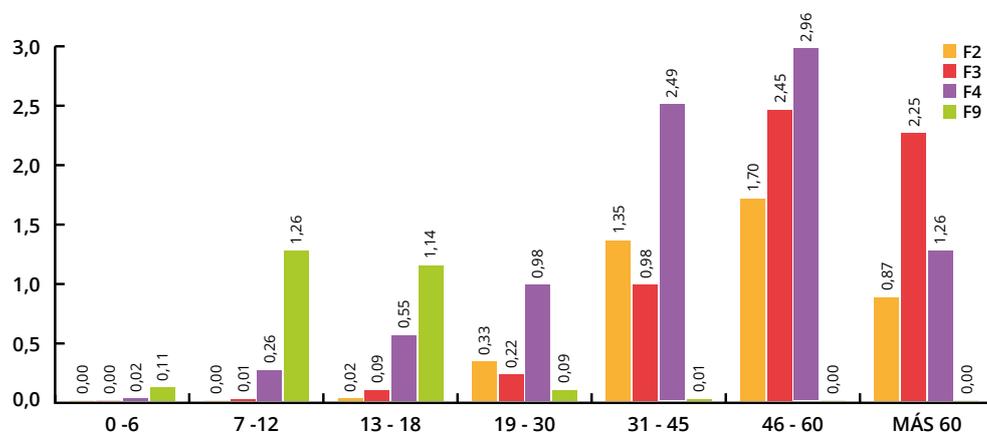
	0 - 6	7 - 12	13 - 18	19 - 30	31 - 45	46 - 60	MÁS 60
F2	0,00	0,00	0,02	0,33	1,35	1,70	0,87
F3	0,00	0,01	0,09	0,22	0,98	2,45	2,25
F4	0,02	0,26	0,55	0,98	2,49	2,96	1,26
F9	0,11	1,26	1,14	0,09	0,01	0,00	0,00



El grupo diagnóstico F4, el de mayor prevalencia tratada en Canarias, alcanza su valor más alto en los grupos de edad de 46 a 60 años (2,96) y de 31 a 45 años (2,49). El grupo de edad de 46 a 60 años también es el predominante en los grupos diagnósticos F3 y F2.

## Grupos de edad y prevalencia tratada por diagnóstico. F2, F3, F4 y F9. Canarias. Año 2016

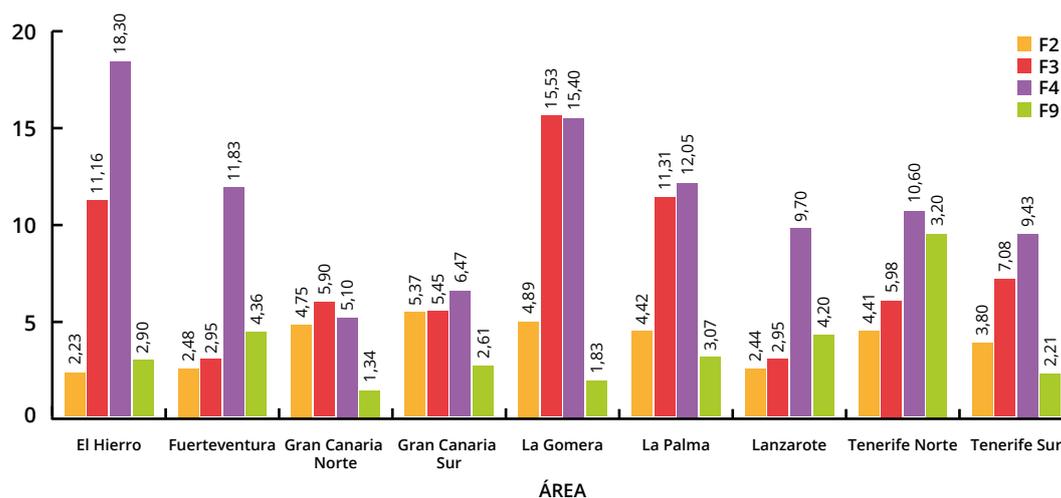
EDAD	F2	F3	F4	F9
0 - 6	0,00	0,00	0,02	0,11
7 - 12	0,00	0,01	0,26	1,26
13 - 18	0,02	0,09	0,55	1,14
19 - 30	0,33	0,22	0,98	0,09
31 - 45	1,35	0,98	2,49	0,01
46 - 60	1,70	2,45	2,96	0,00
MÁS 60	0,87	2,25	1,26	0,00



En los grupos de edad adulta el grupo diagnóstico de mayor prevalencia tratada es el F4, excepto en el grupo de mayores de 60 años, en que lo es el F3. En los grupos de edad infanto-juvenil, el grupo diagnóstico de mayor prevalencia tratada es el F9.

## Prevalencia tratada por diagnóstico. Áreas. Año 2016

	EL HIERRO	FUERTEVENTURA	GRAN CANARIA NORTE	GRAN CANARIA SUR	LA GOMERA	LA PALMA	LANZAROTE	TENERIFE NORTE	TENERIFE SUR
<b>F2</b>	2,23	2,48	4,75	5,37	4,89	4,42	2,44	4,41	3,80
<b>F3</b>	11,16	2,95	5,90	5,45	15,53	11,31	2,95	5,98	7,08
<b>F4</b>	18,30	11,83	5,10	6,47	15,40	12,05	9,70	10,60	9,43
<b>F9</b>	2,90	4,36	1,34	2,61	1,83	3,07	4,20	3,20	2,21



En todas las áreas, excepto en Gran Canaria Norte, el grupo diagnóstico de mayor prevalencia tratada es el F4. Frente a la distribución habitual con claro predominio del grupo diagnóstico F4, en Gran Canaria (Norte y Sur) las tasas de los grupos diagnósticos F4, F3 y F2 son bastante similares.

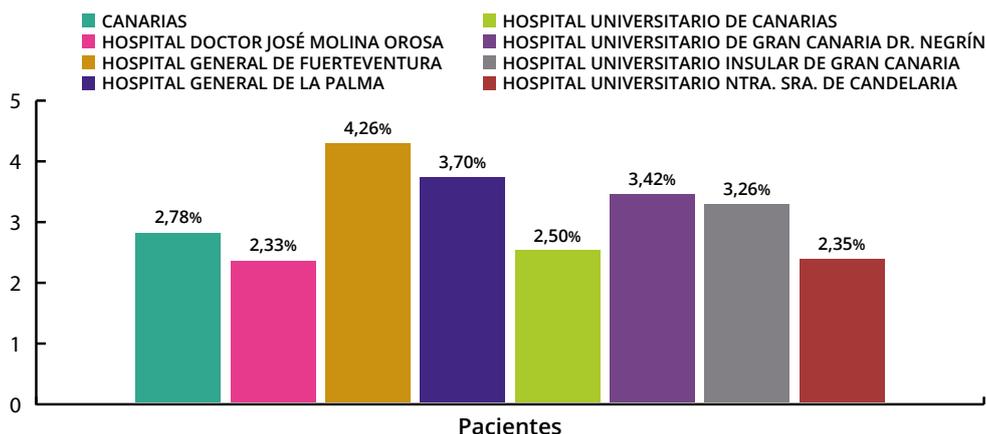
### 4.3.2. Morbilidad asistida en las unidades de hospitalización psiquiátrica de los hospitales generales

La información que se muestra a continuación procede del Almacén de datos de hospitalización de la DGPPAA.

#### Pacientes hospitalizados. Hospitales. Año 2016

HOSPITAL USM + CH	PACIENTES	%
<b>CANARIAS</b>	1.631	2,78 %
<b>HOSPITAL DOCTOR JOSÉ MOLINA OROSA</b>	98	2,33 %
<b>HOSPITAL GENERAL DE FUERTEVENTURA</b>	132	4,26 %
<b>HOSPITAL GENERAL DE LA PALMA</b>	112	3,70 %
<b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS</b>	358	2,50 %
<b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN</b>	329	3,42 %
<b>HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA</b>	363	3,26 %
<b>HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE CANDELARIA</b>	289	2,35 %

El porcentaje está referido al total de pacientes atendidos en las USM de referencia de cada uno de los hospitales.

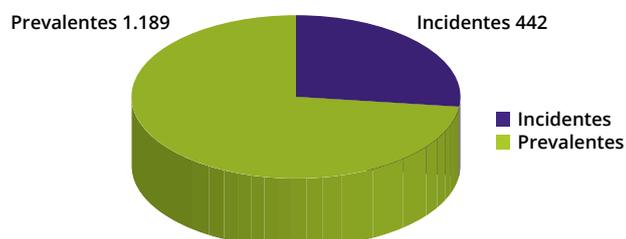


El porcentaje está referido al total de pacientes atendidos en las USM de referencia de cada uno de los hospitales.

El 2,78% de los pacientes atendidos en las USM de referencia de los hospitales de Canarias, tuvo un ingreso durante el año 2016. La mayor tasa de hospitalización correspondió al Hospital General de Fuerteventura (4,26%) y las menores, al Hospital Doctor José Molina Orosa (2,33%) y al Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria (2,35%).

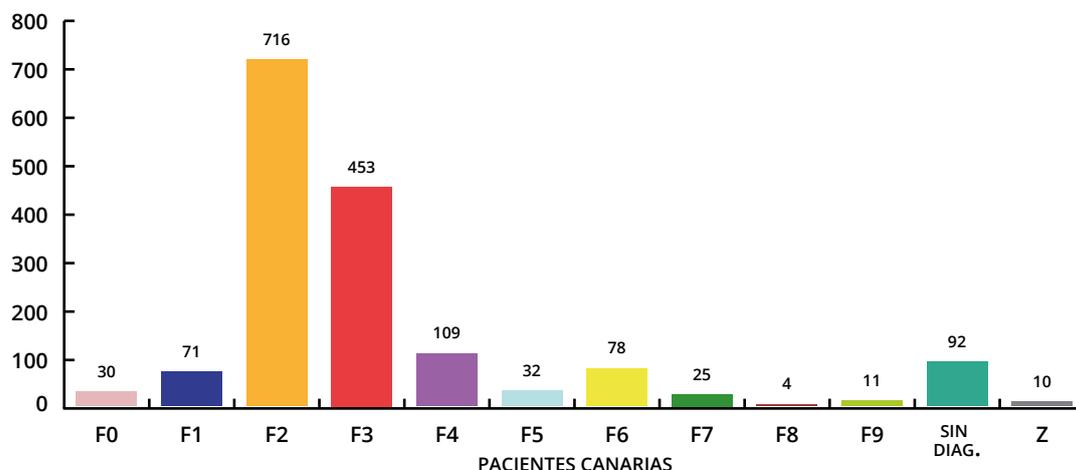
## Pacientes hospitalizados. Incidencia y Prevalencia. Hospitales. Año 2016

HOSPITAL	PREVALENTES	INCIDENCIAS
HOSPITAL DOCTOR JOSÉ MOLINA OROSA	75	23
HOSPITAL GENERAL DE FUERTEVENTURA	87	45
HOSPITAL GENERAL DE LA PALMA	82	30
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS	246	112
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN	238	91
HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA	286	77
HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE CANDELARIA	211	78



De los pacientes que ingresaron en el 2016, el 72,9% eran pacientes que ya asistían a las USM de referencia desde antes de 2016, mientras que el 27,1% comenzaron a asistir a la USM de referencia durante el propio 2016.

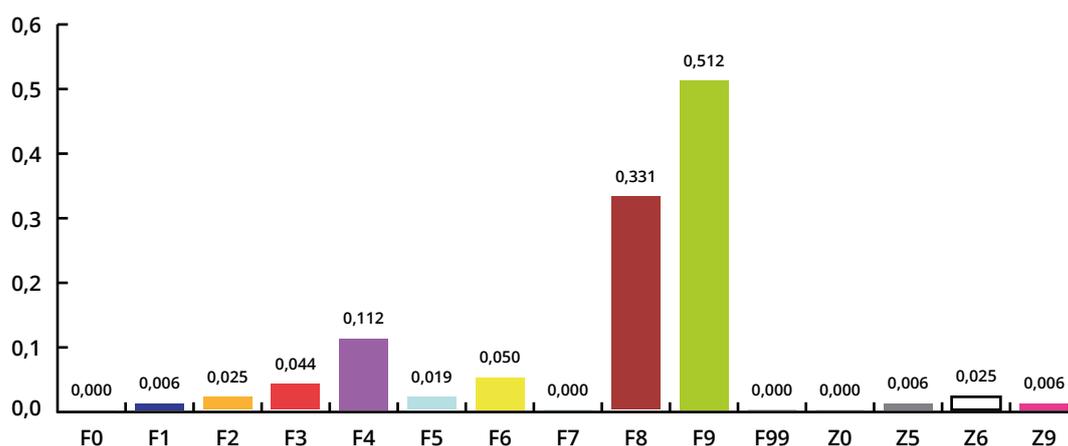
## Pacientes hospitalizados por diagnóstico. Canarias. Año 2016



El grupo diagnóstico más frecuente entre los pacientes hospitalizados en 2016 en Canarias fue el F2 (716 pacientes), seguido por el F3 (453 pacientes). Los demás grupos diagnósticos son bastante menos frecuentes.

## Prevalencia tratada por diagnóstico. Hospital de Día Infanto-juvenil. Tenerife. Año 2016

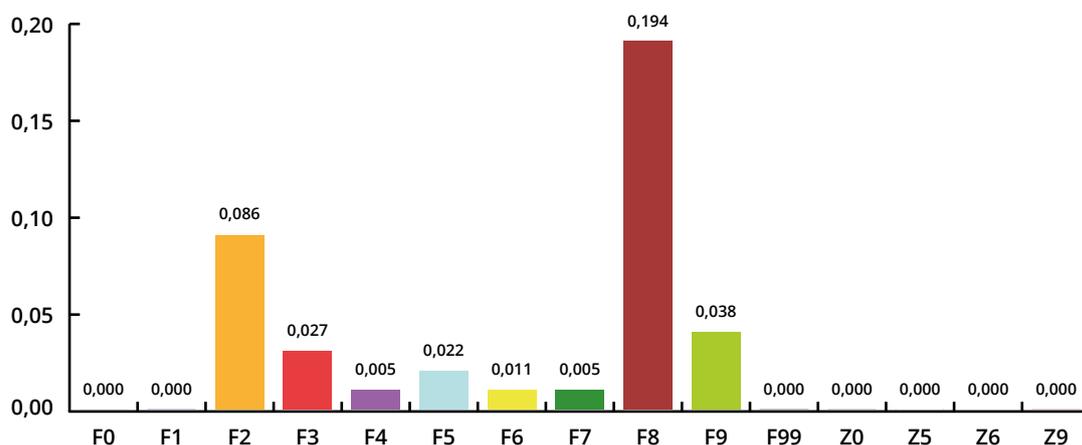
UNIDAD	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F99	Z0	Z5	Z6	Z9
Hospital de Día Infanto-Juvenil Doctor Guigou	0,00	0,01	0,02	0,04	0,11	0,02	0,05	0,00	0,33	0,51	0,00	0,00	0,01	0,02	0,01



El grupo diagnóstico de mayor prevalencia entre los pacientes que acuden al Hospital de Día Infanto-juvenil Doctor Guigou en 2016 fue el F9 (0,51), seguido del F8 (0,33).

## Prevalencia tratada por diagnóstico. Hospital de Día Infanto-juvenil. Gran Canaria. Año 2016

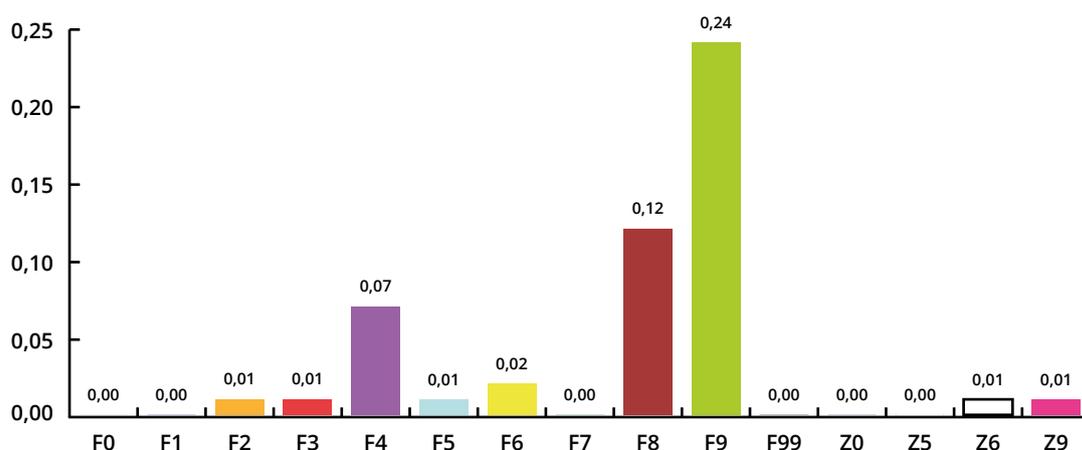
UNIDAD	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F99	Z0	Z5	Z6	Z9
Hospital de Día Infanto-Juvenil de Gran Canaria	0,00	0,00	0,09	0,03	0,01	0,02	0,01	0,01	0,19	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



El grupo diagnóstico de mayor prevalencia entre los pacientes que acuden al Hospital de Día Infanto-juvenil de Gran Canaria en 2016 fue el F8 (0,19), seguido del F2 (0,09) y el F9 (0,04).

## Incidencia tratada por diagnóstico. Hospital de Día Infanto-juvenil. Tenerife. Año 2016

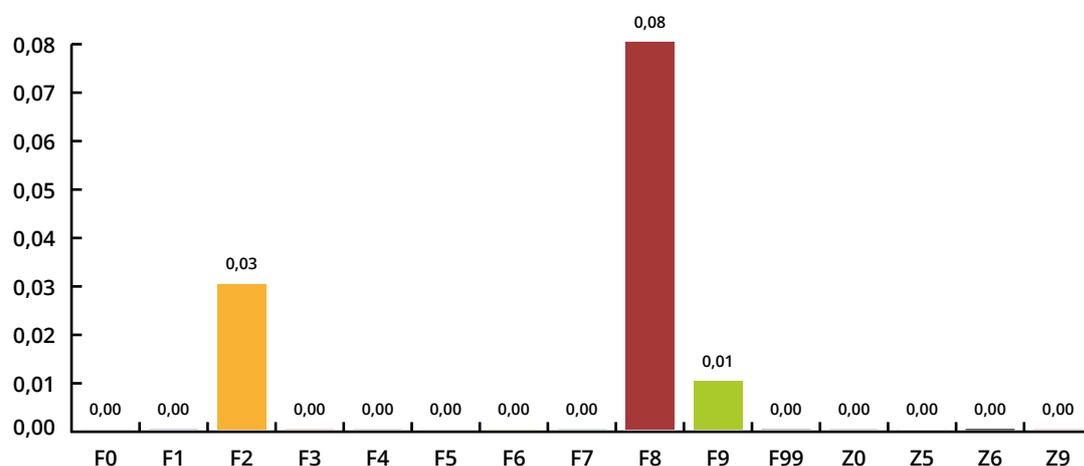
UNIDAD	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F99	Z0	Z5	Z6	Z9
Hospital de Día Infanto-Juvenil Doctor Guigou	0,00	0,00	0,01	0,01	0,07	0,01	0,02	0,00	0,12	0,24	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01



El grupo diagnóstico de mayor incidencia tratada entre los pacientes que acuden al Hospital de Día Infanto-juvenil Doctor Guigou en 2016 fue el F9 (0,24), seguido del F8 (0,12). Los demás grupos presentan una incidencia marcadamente inferior.

## Incidencia tratada por diagnóstico. Hospital de Día Infanto-juvenil. Gran Canaria. Año 2016

UNIDAD	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F99	Z0	Z5	Z6	Z9
Hospital de Día Infanto-Juvenil de Gran Canaria	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



El grupo diagnóstico de mayor incidencia tratada entre los pacientes que acuden al Hospital de Día Infanto-juvenil de Gran Canaria en 2016 fue el F8 (0,08), seguido del F2 (0,03) y F9 (0,01).

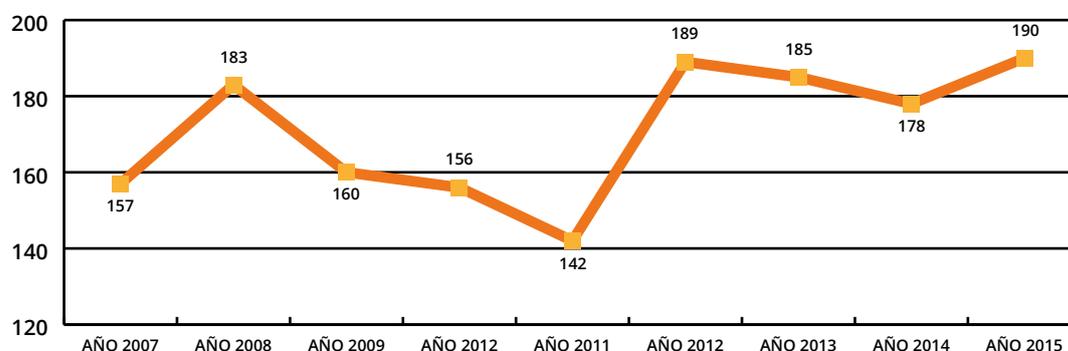
## 4.4. LA CONDUCTA SUICIDA

### 4.4.1. Suicidio consumado en Canarias y España

#### 4.4.1.1. Suicidio consumado en canarias

##### 4.4.1.1.1. Datos globales

AÑOS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nº suicidios	157	183	160	156	142	189	185	178	190



Fuentes: ISTAC

Se han producido incrementos en el número de suicidios en Canarias entre los años 2007 – 2008, 2011 – 2012 y 2014 - 2015. En 2013 y 2014 se produjo un ligero descenso respecto al 2012.

#### 4.4.1.1.2. Suicidios por islas

	AMBOS SEXOS								
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>CANARIAS</b>	157	183	160	156	142	189	185	178	190
<b>Lanzarote</b>	11	8	9	10	7	4	10	10	10
<b>Fuerteventura</b>	3	9	10	6	2	4	14	7	9
<b>Gran Canaria</b>	62	58	52	63	63	108	73	80	77
<b>Tenerife</b>	61	92	73	62	61	62	79	67	82
<b>La Gomera</b>	3	1	1	0	1	2	4	2	3
<b>La Palma</b>	17	14	15	13	8	7	5	9	8
<b>El Hierro</b>	0	1	0	2	0	2	0	3	1

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC)

El comportamiento evolutivo del suicidio ha sido desigual entre las islas. De hecho, los aumentos producidos en los periodos 2007 – 2008, 2011 – 2012 y 2014 – 2015 no han obedecido a un aumento homogéneo en Canarias, sino que han estado condicionados por aumentos específicos en alguna de las islas mayores. Específicamente, en el periodo 2007 – 2008 el aumento se produjo a expensas del aumento en Tenerife (de 61 a 92); en el periodo 2011 – 2012, a expensas del aumento producido en Gran Canaria (de 63 a 108) y en el periodo 2014 – 2015 a expensas del aumento en Tenerife (de 67 a 82).

#### 4.4.1.1.3. Suicidios por sexos

	CANARIAS								
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Hombres</b>	122	154	129	126	107	153	138	135	142
<b>Mujeres</b>	35	29	31	30	35	36	47	43	48

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC)

El suicidio ha ocurrido mayoritariamente en hombres respecto a mujeres. El ratio hombre / mujer han sido:

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
3,49 / 1	5,31 / 1	4,16 / 1	4,20 / 1	3,06 / 1	4,25 / 1	2,94 / 1	3,14 / 1	2,96 / 1

En el conjunto del periodo evaluado las cifras de suicidio fueron: 1.206 (hombres) y 334 (mujeres), lo que supone un ratio de 3,61 / 1.

Este ratio es concordante con el que se produce en los países occidentales (4:1) (MSPSI, 2012).

#### 4.4.1.1.4. Suicidios - Métodos

El método mayoritario en todos los años evaluados (2007 – 2015) ha sido la *Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (X70)*. El segundo método en frecuencia ha sido la *Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado (X80)*. A continuación se muestran los datos correspondientes a estos dos métodos principales.

AÑOS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Nº total</b>	157	183	160	156	142	189	185	178	190
<b>X70</b>	72	89	85	88	66	93	90	85	84
<b>X80</b>	26	37	28	33	37	58	54	53	46

Considerando el nº total de suicidios en el periodo evaluado (1.540), la *Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (X70)* ha supuesto el 48,8% (752 de 1.540), y la *Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado (X80)*, el 24,2% (372 de 1.540).

#### 4.4.1.1.5. Tasas de suicidio

En la siguiente tabla se muestran: población en cifras absolutas de Canarias, las cifras de suicidio consumado, y el correspondiente cálculo de la tasa de suicidio por 100.000 habitantes / año:

AÑOS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Población</b>	2.025.951	2.075.968	2.103.992	2.118.519	2.126.769	2.118.344	2.118.679	2.104.815	2.100.306
<b>Suicidios</b>	157	183	160	156	142	189	185	178	190
<b>Tasa 100.000 hab / año</b>	7,75	8,82	7,60	7,36	6,68	8,92	8,73	8,46	9,05

Fuente: ISTAC. Cifras padronales / Cifras Oficiales de Población / Datos publicados / Series anuales. Municipios por islas de Canarias.

La población en las islas en el periodo evaluado se muestra en la siguiente tabla:

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Lanzarote</b>	132.366	139.506	141.938	141.437	142.517	142.132	141.953	141.940	143.209
<b>Fuerteventura</b>	94.386	100.929	103.167	103.492	104.072	106.456	109.174	106.930	107.367
<b>Gran Canaria</b>	815.379	829.597	838.397	845.676	850.391	852.225	852.723	851.157	847.830
<b>Tenerife</b>	865.070	886.033	899.833	906.854	908.555	898.680	897.582	889.936	888.184
<b>La Gomera</b>	22.259	22.622	22.769	22.776	23.076	22.350	21.153	20.721	20.783
<b>La Palma</b>	85.933	86.528	86.996	87.324	87.163	85.468	85.115	83.456	82.346
<b>El Hierro</b>	10.558	10.753	10.892	10.960	10.995	11.033	10.979	10.675	10.587

A continuación se muestran las cifras de suicidio consumado por islas y años evaluados, y el cálculo correspondiente de la tasa de suicidio por 100.000 habitantes / año.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Lanzarote</b>	132.366	139.506	141.938	141.437	142.517	142.132	141.953	141.940	143.209
Suicidios	11	8	9	10	7	4	10	10	10
Tasa*	8,31	5,73	6,34	7,07	<b>4,91</b>	<b>2,81</b>	7,04	7,04	6,98
<b>Fuerteventura</b>	94.386	100.929	103.167	103.492	104.072	106.456	109.174	106.930	107.367
Suicidios	3	9	10	6	2	4	14	7	9
Tasa	<b>3,18</b>	8,92	9,69	5,80	<b>1,92</b>	<b>3,76</b>	12,82	6,55	8,38
<b>Gran Canaria</b>	815.379	829.597	838.397	845.676	850.391	852.225	852.723	851.157	847.830
Suicidios	62	58	52	63	63	108	73	80	77
Tasa	7,60	6,99	6,20	7,45	7,41	12,67	8,56	9,40	9,08
<b>Tenerife</b>	865.070	886.033	899.833	906.854	908.555	898.680	897.582	889.936	888.184
Suicidios	61	92	73	62	61	62	79	67	82
Tasa	7,05	10,38	8,11	6,84	6,71	6,90	8,80	7,53	9,23
<b>La Gomera</b>	22.259	22.622	22.769	22.776	23.076	22.350	21.153	20.721	20.783
Suicidios	3	1	1	0	1	2	4	2	3
Tasa	13,48	<b>4,42</b>	<b>4,39</b>	0	<b>4,33</b>	8,95	<b>18,91</b>	9,65	14,43
<b>La Palma</b>	85.933	86.528	86.996	87.324	87.163	85.468	85.115	83.456	82.346
Suicidios	17	14	15	13	8	7	5	9	8
Tasa	<b>19,78</b>	<b>16,18</b>	<b>17,24</b>	14,89	9,18	8,19	5,87	10,78	9,72
<b>El Hierro</b>	10.558	10.753	10.892	10.960	10.995	11.033	10.979	10.675	10.587
Suicidios	0	1	0	2	0	2	0	3	1
Tasa	0	9,30	0	<b>18,25</b>	0	<b>18,13</b>	0	<b>28,10</b>	9,45

\*Tasa: nº suicidios / 100.000 habitantes / año

La OMS ha establecido una clasificación de las tasas de suicidio en una población en función del número de suicidios por 100.000 habitantes y año:

- Baja: < 5
- Media: 5 – 15
- Alta: 15 – 30
- Muy altas: > 30

(OMS, citado por OPS, 2011)

En todos los años del periodo evaluado, las tasas de suicidio en Canarias se han situado en el rango de unas tasas medias. Sin embargo, las tasas son heterogéneas al analizar las diferentes islas, ya que se han producido tasas altas en algunas, y bajas en otras. Ambos tipos son las que se han resaltado en la tabla.

#### 4.4.1.1.6. Suicidio por edades

En la siguiente tabla se muestran los grupos de edad con las cifras absolutas de suicidio durante el 2015, y las tasas calculadas según la población en estas franjas de edad.

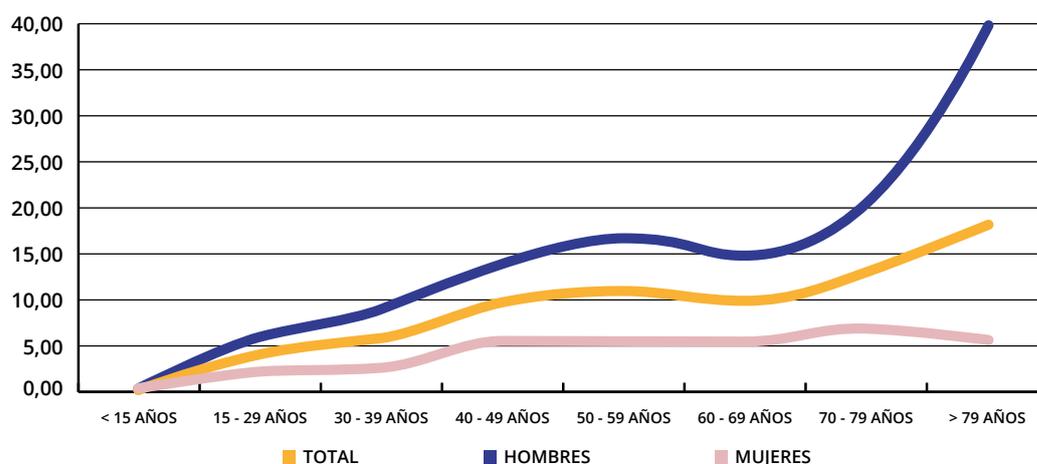
#### Canarias - Suicidios por franjas de edad - 2015

FRANJA ETARIA	Nº ABSOLUTO	POBLACIÓN	TASA
<b>Total</b>	190	2.100.306	9,05
<b>Menores de 15</b>	1	299.400	0,33
<b>15 - 19</b>	4	103.715	3,86
<b>20 - 29</b>	9	252.575	3,56
<b>30 - 39</b>	22	346.355	6,35
<b>40 - 49</b>	39	381.116	<b>10,23</b>
<b>50 - 59</b>	58	296.154	<b>19,58</b>
<b>60 - 69</b>	28	205.163	<b>13,65</b>
<b>70 - 79</b>	19	135.214	<b>14,05</b>
<b>Más de 79</b>	10	80.614	<b>12,40</b>

Las franjas de edad con mayores tasas de suicidio son las de más de 40 años en adelante. Todas ellas presentan tasas superiores a la tasa media. La franja de edad con la tasa más alta es la de 50 - 59 años. En la franja de edad de 15 a 29 años la tasa en 2015 fue de 3,65 por 100.000 habitantes / año, que se encuadra en rango de tasas "bajas" según la OMS. El comportamiento de las tasas según las franjas de edad es parecido al del conjunto de España para el mismo año, como se muestra en la siguiente tabla y gráfico. En España, la mayor tasa se produce en el grupo de mayores de 79 años.

EDADES	TOTAL	H.	M.
<b>&lt; 15 años</b>	0,11	0,19	0,03
<b>15 - 29 años</b>	4,11	5,96	2,20
<b>30 - 39 años</b>	5,83	8,93	2,64
<b>40 - 49 años</b>	9,75	13,87	5,52
<b>50 - 59 años</b>	11,01	16,77	5,38
<b>60 - 69 años</b>	9,85	14,67	5,42
<b>70 - 79 años</b>	12,97	20,49	6,85
<b>&gt; 79 años</b>	18,08	39,68	5,71
<b>Total</b>	<b>7,73</b>	<b>11,70</b>	<b>3,89</b>

## Tasas de suicidio por edades y sexo en España, 2015



Fuente: Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio (elaboración propia a partir de los datos del INE) [www.fsme.es](http://www.fsme.es)

### 4.4.1.1.7. Suicidio en niños y adolescentes

A continuación se muestran las cifras absolutas de suicidio consumado en los años 2007 - 2015, en menores de 15 años, diferenciados por sexo, y la tasa / 100.000 hab. / año.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
♂	1	0	0	1	0	0	1	0	1
♀	0	1	0	0	0	1	0	1	0
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Población</b>	295.244	298.219	299.154	300.313	299.261	297.469	307.599	303.772	299.400
<b>Tasa/100.000 h</b>	0,34	0,34	0	0,33	0	0,34	0,32	0,39	0,33

Fuente: ISTAC. Explotación Estadística del Padrón Municipal / Resultados principales. Islas, comarcas y municipios de Canarias. 2000-2014

A continuación se refleja la **tasa en España**:

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
♂	7	2	7	3	1	4	6	4	7
♀	5	2	1	0	1	1	3	6	1
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>8</b>
<b>Tasa/100.000 h</b>	0,184	0,060	0,117	0,043	0,029	0,071	0,127	0,142	0,114

Fuente: INE

Aunque infrecuente en nuestra Comunidad y en el conjunto de España, es un hecho especialmente trágico, y el objetivo debe ser la ausencia total de casos. Las tasas en Canarias han sido inferiores

a las de España en los dos años en los que no hubo casos en nuestra Comunidad, pero superiores en los demás años. Hay que tener en cuenta el factor de la población de referencia sobre la que se calculan las tasas, ya que, al ser en Canarias un número marcadamente inferior al del conjunto de España, la ocurrencia de un solo caso ha sido suficiente para sobrepasar la tasa de España.

#### 4.4.1.2. Suicidio consumado en España

En la siguiente tabla se refleja la comparativa entre las tasas de suicidio en Canarias y el global de España en el periodo evaluado.

AÑOS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Canarias	7,75	8,82	7,60	7,36	6,68	8,92	8,73	8,46	9,05
España	7,27	7,58	7,47	6,85	6,89	7,57	8,31	8,41	7,76

Datos: Tasa de suicidio por 100.000 habitantes / año. Fuentes: ISTAC e INE  
Población España: INE. Padrón. Población por municipios.

Las tasas de suicidio en Canarias han sido ligeramente superiores a las del conjunto de España, excepto en el año 2011. La mayor diferencia se ha producido en el año 2012.

En la siguiente tabla se muestra la comparativa con las tasas de suicidio en Europa.

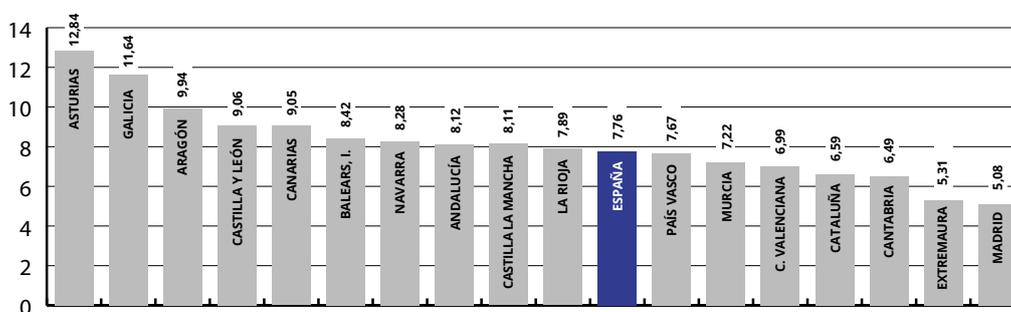
AÑOS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Canarias	7,75	8,82	7,60	7,36	6,68	8,92	8,73	8,46	9,05
España	7,27	7,58	7,47	6,85	6,89	7,57	8,31	8,41	7,76
UE 28	11,4	11,7	11,9	11,8	11,68	11,72	11,67	--	--

UE 28: Unión Europea – 28 países. Fuentes: ISTAC, INE y EUROSTAT

Las tasas de suicidio en Canarias y España son sensiblemente inferiores a las del conjunto de la **Unión Europea**. Aunque ambas se encuadran en el rango medio (5 – 15), las de Canarias y España están más próximas al dintel inferior, mientras que las de la UE lo están al dintel superior.

En España existe variabilidad en las tasas según las **Comunidades Autónomas**. En el siguiente gráfico se muestran las tasas correspondientes al **año 2015**:

#### Tasas de suicidio por 100.00 habitantes y CCAA, 2015



Fuente: Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio (elaboración propia a partir de los datos del INE) [www.fsme.es](http://www.fsme.es)

## 4.4.2. Tentativas de suicidio en Canarias y España

Según lo reflejado en la GPC del Ministerio de Sanidad sobre conductas suicidas, las cifras reales de tentativas suicidas son difíciles de estimar por la dificultad de la recogida de datos. Las cifras estimadas en España están entre 50-90 por 100.000 habitantes/año, con las limitaciones expresadas (MSPSI, 2012). El método más frecuente es la intoxicación medicamentosa, con una incidencia anual de intoxicaciones agudas en medio extrahospitalario de 28/100.000 habitantes y de 170/100.000 habitantes en medio hospitalario (MSPSI, 2012). En el estudio epidemiológico europeo ESEMeD, se halló para España una prevalencia a lo largo de la vida del 1,5% (Gabilondo et al., 2007).

En Canarias no disponemos de registros fiables que nos permitan inferir la epidemiología de las tentativas suicidas. Aunque se dispone de una *Ficha de registro de conductas suicidas* integrada en el Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RECAP), su cumplimentación ha sido muy baja. En la actualidad se cuenta con información recogida en las historias clínicas electrónicas de los servicios de urgencia hospitalarios y en breve se podrá disponer de los primeros datos sobre estas.

## 4.4.3. Ideación suicida en Canarias y España

Por motivos metodológicos, resulta difícil la obtención de datos epidemiológicos fiables sobre la ideación suicida. En Canarias disponemos de este dato, ya que la prevalencia de ideación suicida se evaluó en la Encuesta de Salud de Canarias realizada en 2015 y publicada en 2016.

El 10,8% de la población mayor de 16 años declaró haber tenido en algún momento de su vida ideas de suicidio. Esta prevalencia es mayor que el 4,4% hallado en el mayor estudio epidemiológico realizado en España, que formó parte del estudio europeo ESEMeD (Gabilondo et al., 2007). Sin embargo, en esta mayor tasa hay que considerar la posible influencia de la crisis económica que comenzó en 2008 en España, ya que las crisis económicas se han asociado a mayor tasa de suicidio (Oyesanya et al., 2015; Parmar et al., 2016).

En cuanto a los **grupos de edad**, la mayor prevalencia se produjo en la franja de 45 a 64 años, con un 12,3%, y la menor, en la de 16 a 29 años, con un 7,9%.

Al comparar por **sexo**, las mujeres presentaron una mayor prevalencia que los hombres (13,4% vs. 8,1% respectivamente). En las mujeres la mayor prevalencia se produjo en la franja de 45 a 64 años (16,3%) y en los hombres, en la de 30 a 44 años (10,7%).

Al comparar por **islas**, la mayor prevalencia se produjo en Gran Canaria (11,7%). La prevalencia de La Gomera, La Palma y El Hierro (agrupadas: 11,1%) y de Tenerife (10,9%) fue ligeramente inferior. La menor prevalencia se produjo en Lanzarote y Fuerteventura (agrupadas: 7,2%).

En cuanto al **momento** de tener las ideas suicidas, entre las personas que declararon haber tenido ideas de suicidio, el 29,4% refirieron haberlas tenido en los últimos 12 meses (el 27,4% de los hombres y el 30,6% de las mujeres).

Según la **clase social** basada en la ocupación, la mayor prevalencia se produjo en la clase VI (13,9%). Las menores prevalencias se produjeron en las clases II y III (7,5% y 7,8% respectivamente).

### Clases establecidas:

- **Clase I:** Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
- **Clase II:** Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.

- **Clase III:** Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
- **Clase IV:** Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas.
- **Clase V:** Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as.
- **Clase VI:** Trabajadores/as no cualificados/as.

#### 4.4.4. Resumen - conclusiones

- El número absoluto de suicidios y la tasa han experimentado variaciones en el periodo evaluado.
- Los aumentos marcados que se han producido en los periodos 2007 – 2008 y 2011 – 2012 han estado condicionados principalmente por aumentos en una de las islas mayores, y no por un aumento homogéneo en Canarias. En el primer periodo señalado se produjo a expensas básicamente del aumento en Tenerife, y en el segundo, en Gran Canaria.
- El ratio entre hombres y mujeres en el periodo evaluado fue de 3,6:1, coincidiendo con el que se produce en los países occidentales.
- El método mayoritario en todos los años evaluados ha sido la Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, seguido de la Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado.
- Las franjas de edad con mayores tasas de suicidio son las de más de 40 años en adelante. La franja de edad con la tasa más alta es la de 50 - 59 años.
- El suicidio en la menores de 15 años, aunque es infrecuente en nuestra Comunidad y en el conjunto de España, es un hecho especialmente trágico, y el objetivo debe ser la ausencia total de casos.
- Las tasas de suicidio en Canarias para el periodo evaluado han sido algo superiores a las del conjunto de España. Ambas se sitúan en el rango considerado como 'medio' según la OMS.
- Ha existido variabilidad en las tasas de suicidio entre las islas. En Fuerteventura y La Gomera se produjeron tasas consideradas como 'bajas' en 3 de los 9 años evaluados, y en Lanzarote en 2 años. Por el contrario, en La Palma y El Hierro se produjeron tasas consideradas como 'altas' en 3 años, y en La Gomera, en un año.
- En España existe variabilidad considerable en las tasas de suicidio según las Comunidades Autónomas.
- Las tasas de suicidio de Canarias y España han sido considerablemente inferiores a las del conjunto de Europa.
- En el mayor estudio epidemiológico europeo sobre salud mental disponible, en España se ha hallado una prevalencia a lo largo de la vida del 1,5% para la tentativa suicida, y del 4,4% para la ideación suicida.
- La prevalencia de ideación suicida a lo largo de la vida en la población mayor de 16 años en Canarias fue de 10,8% en 2015. Esta prevalencia resulta superior a la de España (4,4%); sin embargo, esta última se obtuvo en 2002, en un periodo anterior a la crisis económica.
- La mayor prevalencia de ideación suicida en Canarias se produjo en la franja de 45 a 64 años (12,3%), en mujeres (13,4%), en Gran Canaria (11,7%) y en las clase social VI (13,9%).

#### 4.4.5. Acciones realizadas

Todas las acciones que se describen a continuación tienen un fin común, que es la detección precoz del riesgo suicida, la evaluación adecuada de la conducta suicida si ya se ha producido, y en ambos casos, la intervención terapéutica más adecuada en cada caso para la reducción del riesgo suicida.

##### 4.4.5.1. Análisis de la situación: informes técnicos

Uno de los pilares básicos de cualquier estrategia de prevención es el análisis de la situación. De hecho, constituye una de las recomendaciones de la OMS en su reciente documento sobre prevención del suicidio (OMS, 2014). El Servicio de Salud Mental de la DGPPAA ha desarrollado, desde el año 2013, análisis pormenorizados de la situación en Canarias, que abarcan una serie temporal desde el 2007. Los objetivos básicos de estos análisis son el mejor conocimiento del fenómeno, su evolución, la orientación para el desarrollo de estrategias de prevención adecuadas, y la evaluación de los resultados de las intervenciones.

##### 4.4.5.2. Sistemas de información

- **RECAP (Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias).** El Servicio de Salud Mental ha logrado durante estos años su implantación total en nuestra Comunidad y un enorme desarrollo de este registro, convirtiéndolo en puntero a nivel nacional. El registro está diseñado como un fichero longitudinal de pacientes afectados de trastornos mentales en el que se recogen todos y cada uno de los contactos que estos tienen con los diferentes dispositivos asistenciales en Salud Mental. Permite un seguimiento continuo y proporciona datos sobre el uso de los servicios y el tipo de intervenciones realizadas. Suministra información imprescindible para unas adecuadas políticas de gestión, planificación, evaluación de rendimientos, adopción de decisiones e investigación. En el RECAP de los servicios de urgencias hospitalarios se incluyen formularios que recogen información relativa a las conductas suicidas, lo que permite evaluar tanto las tasas de prevalencia asistida como su evolución a lo largo de los años, así como los tipos de intervenciones realizadas.
- **Historia Clínica Electrónica (HCE):** Durante estos años se ha procedido a la implantación progresiva de la HCE electrónica en nuestra Comunidad. Por su parte, se han realizado las acciones necesarias para la integración del RECAP con la HCE.

##### 4.4.5.3. Formación específica

Existen pruebas científicas de que la formación de profesionales tiene efectos considerables en la reducción del riesgo suicida (Mann et al., 2005; MSPSI, 2012). De hecho, es uno de los pilares básicos señalados en el reciente documento de la OMS de prevención del suicidio (OMS, 2014).

- **Prevención y tratamiento de la conducta suicida: recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica del SNS.** Este curso, impartido en 2014 en ambas provincias, dirigido a profesionales de salud mental y acreditado por la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, se basó en las recomendaciones de la *Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida* (MSPSI, 2012). Las Guías de Práctica Clínica (GPC) proveen un conjunto de recomendaciones claves basadas en una profunda revisión sistemática de estudios científicos relevantes con el propósito de dar respuesta a las incertidumbres existentes en la práctica clínica diaria. Además, en la propia GPC se recomendaban acciones encuadradas en su difusión, como los cursos de formación basados en ella (MSPSI, 2012). El curso tuvo una 2ª edición tras unos meses (2015) en la provincia de Las Palmas, dada la alta demanda de asistencia.

- **Riesgo suicida y conducta suicida: evaluación e intervención en Atención Primaria.** Realizado en 2016 en ambas provincias. Acreditado por la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias. Con una orientación teórico - práctica, incluyó conceptos básicos, epidemiología, factores de riesgo y factores protectores, aspectos básicos de la entrevista y actitud, la conducta suicida en edad infanto-juvenil, aspectos legales, y recomendaciones sobre la evaluación e intervención, tanto para pacientes con riesgo suicida como para aquellos con tentativa suicida. Además de la parte teórica incluyó entrevistas varias en modo role-playing. Al igual que los cursos realizados para los profesionales de salud mental, tuvo una gran acogida.

#### 4.4.5.4. Documentos para la práctica clínica

- **“Riesgo suicida y conducta suicida: evaluación e intervención en Atención Primaria”.** Este documento, concebido como un recurso para la consulta en Atención Primaria, se publicó en el Portal Drago-AP en 2016. Refleja de forma sucinta los conceptos básicos, factores de riesgo y factores protectores, aspectos básicos de la entrevista y actitud, y recomendaciones sobre la evaluación e intervención, tanto para pacientes con riesgo suicida como para aquellos con tentativa suicida. La principal fuente de referencia de este documento fue la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (MSPSI, 2012). Supuso una actualización del anterior documento, “Abordaje del suicidio en atención primaria” (2007), que contenía conceptos básicos, recomendaciones para la entrevista y evaluación del riesgo y conducta suicida, instrumentos psicométricos y criterios de derivación.

#### 4.4.5.5. Investigación

La investigación sobre suicidio en Canarias se viene produciendo desde hace décadas, si bien sin una continuidad estable temporal ni en cuanto a los profesionales implicados. Este Servicio, a través del Programa de Investigación en Salud Mental, desde su inicio (2009) ha promovido que la conducta suicida sea una línea prioritaria de investigación. En los últimos años se ha publicado un número considerable de artículos en revistas de impacto sobre esta área, por parte de profesionales de nuestra Comunidad.

## Bibliografía

EUROSTAT. Oficina Europea de Estadística (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernández A, Serrano-Blanco A, et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. Med Clin (Barc). 2007; 129(13): 494-00.

Instituto Canario de Estadística (<http://www.gobiernodecanarias.org/istac/>).

Instituto Nacional de Estadística (<http://www.ine.es/>).

Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA. 2005; 294(16): 2064-74.

MSPSI. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Madrid: MSPSI; 2012.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un imperativo global. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1)

Organización Panamericana de la Salud. Informe subregional de suicidio. Centroamérica y República Dominicana 1988 – 2008. Panamá: OPS; 2011.

Oyesanya M, López-Morinigo J, Dutta R. Systematic review of suicide in economic recession. World J Psychiatry. 2015; 5(2): 243-54.

Parmar D, Stavropoulou C, Ioannidis JP. Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review. BMJ. 2016; 354:i4588.

Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos de Canarias (RECAP).

# 05

## Recursos para la atención a personas con trastorno mental

### 5.1. RED DE RECURSOS SANITARIOS ESPECIALIZADOS DE SALUD MENTAL

Los dispositivos sanitarios para la atención a la salud mental se distribuyen de la forma siguiente:

#### RECURSOS AMBULATORIOS:

1. Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC).
2. Unidades de Salud Mental Comunitarias Infanto-Juveniles (USMC-IJ).
3. Hospitales de Día Infanto-Juveniles.

#### RECURSOS HOSPITALARIOS:

- Unidades de Internamiento Breve (UIB).
- Unidades Funcionales Hospitalarias de Interconsulta y Enlace (UFIE).
- Unidades de Media Estancia (UME).
- Unidades Clínicas y de Rehabilitación de Salud Mental (UCYR).

#### 5.1.1. Unidades de salud mental comunitarias de adultos

La actividad de consultas se realiza en las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC o USM) y su número en Canarias asciende a 24 distribuidas por todo el territorio, además de 6 Unidades específicas de Infanto-Juvenil. En ellas se da cobertura al 100% de la población, de las Áreas de Salud respectivas, que demanda este tipo de asistencia, tras haber sido atendidos con anterioridad en sus respectivos centros de Atención Primaria. La atención a la población infanto-juvenil se realiza en las USMC por equipos funcionales dedicados a la atención de esta población y por las Unidades específicas de infanto-juvenil.

UNIDADES DE SALUD MENTAL COMUNITARIAS POR ÁREAS DE SALUD - 2016	
ÁREA	UNIDADES
GRAN CANARIA	8
TENERIFE	9+3*
LANZAROTE	1+1*
FUERTEVENTURA	2+1*
LA PALMA	2+1*
LA GOMERA	1
EL HIERRO	1
<b>TOTAL</b>	<b>24+6*</b>

\* Unidades de Infanto-juvenil específicas

### 5.1.2. USMC de Infanto-Juvenil

La edad infanto-juvenil va desde los 0 a los 17 años. Actualmente (2016) Canarias cuenta con 6 Unidades específicas de atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil: 3 en Tenerife (Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Hospital del Sur y CAE de La Orotava), 1 en Lanzarote, 1 en Fuerteventura y 1 en La Palma.

### 5.1.3. Hospitales Día de Infanto-Juvenil

En Canarias disponemos de dos Hospitales de Día para la población infanto-juvenil; uno en cada provincia. El Hospital de Día Infanto-Juvenil de la provincia de Las Palmas está ubicado en Gran Canaria, y el de la provincia de Santa Cruz de Tenerife, en Tenerife. Ambos asumen los pacientes de la población de su provincia.

- **El Hospital de Día Infanto-Juvenil de Tenerife**, "Diego Matías Guigou y Costa", inició su actividad en Diciembre de 2003. El Hospital cuenta con 45 plazas, distribuidas en 3 grupos de edad: de 0-6 años, de 7-12 y de 13-17.
- **El Hospital de Día Infanto-Juvenil de Gran Canaria** se inauguró en diciembre de 2005. Cuenta con 45 plazas distribuidas en tres grupos de edad: de 0-6 años, de 7-12 y de 13-17.

	RECURSOS HUMANOS EN INFANTO- JUVENIL - HOSPITALES DE DÍA									
	Psiqu.	Psic.	DUE	A.E.	T.O.	Psm	T.Soc	Prof.	Cel.	A.A.
<b>Gran Canaria</b>	1	2	2	9	1	1	1	1	1	1
<b>Tenerife</b>	1,1P	1	1	7	1	1	1	1	1	1

Psiqu. Psiquiatra; P: Pediatra; Psic: Psicólogo; DUE: Enfermero; A.E.: Auxiliar de Enfermería; T.O.: Terapeuta Ocupacional; Psm: Psicomotricista; T.Soc: Trabajador social; Prof: Profesor de Educación Especial (concedida por la Consejería de Educación); Cel: Celador; A.A.: Auxiliar Administrativo.

### 5.1.4. Unidades de Internamiento Breve y Unidades Funcionales de Interconsulta y Enlace

La hospitalización psiquiátrica en régimen de agudos está indicada en aquellas situaciones de crisis en las que el cuadro clínico del paciente representa un riesgo para sí mismo o para terceras personas, haciendo necesario un diagnóstico y/o tratamiento que no pueda ser realizado en la comunidad y que conlleva mayores beneficios terapéuticos para el paciente. Su objetivo principal es posibilitar una intervención terapéutica coordinada de recursos psicofarmacológicos, psicoterapéuticos, de contención institucional y complementarios, que permitan restaurar el daño psíquico individual y restablecer a la mayor brevedad posible los vínculos de relación familiares y sociales del paciente. Son lugares de cuidados psiquiátricos continuados de corta estancia, con atención las 24 horas del día, fundamentalmente para adultos con trastornos mentales, con un número de camas que debería oscilar entre las 10 y las 30. En el caso de la población infanto-juvenil afecta de trastornos mentales que requieran un ingreso hospitalario, éste deberá realizarse en los Servicios de Pediatría de los Hospitales Generales para los menores de 15 años, y en las plantas de Psiquiatría (UIB), a partir de los 15 años.

En Canarias hay 7 UIBs, ubicadas en los Hospitales de las siguientes Áreas de Salud: 2 en Tenerife, 2 en Gran Canaria, 1 en Lanzarote, 1 en Fuerteventura, y 1 en La Palma.

Además, existen **Unidades Funcionales de Interconsulta y Enlace (UFIE)**, con personal específico o compartido con la UIB en los 4 Hospitales de las Islas capitalinas. En el resto, las tareas de Interconsulta y Enlace son realizadas por profesionales de la UIB.

Estas Unidades, además de atender las Interconsultas de patología psiquiátrica de otros Servicios Hospitalarios, incluidas las Urgencias, y de prestar apoyo psicológico a los pacientes con cualquier patología somática que lo requieran, trabajan de manera programada con:

- **CHNSC:** Servicios de Cuidados Paliativos (incluyendo la atención a pacientes con ELA y E. Fibroquística), Neurología, Cirugía Infantil Oro-facial, Trasplantes Hepáticos, Unidad del Dolor, Pediatría y Oncología, Consultas externas hospitalarias de psicooncología (2 veces en semana), psiquiatría oncológica, atención de enfermería de los pacientes con la TEC de mantenimiento (2 veces en semana).
- **CHUC:** Psicooncología, VIH e Infecciones, Valoración para trasplante de donante vivo, Valoración previa de trasplante hepático, Rehabilitación cardíaca, Psicooncología infantil, Transexualidad.
- **CHUIMI:** Cirugía, Oncología, Cuidados Paliativos, Pacientes con lesiones medulares, Neuropsicología, Transexualidad.
- **HUGC Dr. Negrín:** Cirugía Bariátrica, Trasplante Hepático, Transexualidad.

CAMAS DE UIB - 2016	
Área	Nº
Gran Canaria	60
Tenerife	62
Lanzarote	12
Fuerteventura	16
La Palma	14
<b>TOTAL</b>	<b>164</b>

### 5.1.5. Unidades de Media Estancia y Unidades Clínicas y de Rehabilitación de Salud Mental

En Canarias disponemos de dos Unidades de Media Estancia y dos Unidades Clínicas y de Rehabilitación de Salud Mental (UCYR), repartidos ambos entre las dos provincias, situados en Gran Canaria y Tenerife. Cada una de estas unidades da cobertura a la población de su provincia.

En Tenerife se cuenta con 24 camas de media estancia y 70 de UCYR, ubicadas en el Complejo Febles Campos, sectorizadas tomando como referencia los dos Hospitales de Tenerife.

En Gran Canaria se cuenta con 29 camas de media estancia y 90 de UCYR, ambas unidades ubicadas en el Hospital Juan Carlos I.

CAMAS DE UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA - 2016		
Área	Nº	Tasa / 100.000*
UME Gran Canaria	29	2,8
UME Tenerife	24	2,6
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>2,7</b>

\*Tarjetas sanitarias a fecha 25/06/2016: Provincia de Las Palmas: 1.030.371; Provincia de S/C Tenerife: 937.140. Total: 1.967.511

CAMAS DE UNIDADES CLÍNICAS Y DE REHABILITACIÓN - 2016		
Área	Nº	Tasa / 100.000*
Las Palmas de GC	90	8,7
S/C de Tenerife	70	7,5
<b>TOTAL</b>	<b>160</b>	<b>8,1</b>

\*Tarjetas sanitarias a fecha 25/06/2016: Provincia de Las Palmas: 1.030.371; Provincia de S/C Tenerife: 937.140. Total: 1.967.511

	PLAZAS SOCIO SANITARIAS – ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD – CANARIAS 2016			
	Residenciales	CRPS	Pisos	Pensión /Atención Domiciliaria
Gran Canaria	162	379	156	0
Lanzarote	30	70	8	11
Fuerteventura	0	45	3	2
Tenerife	81	222	163	120
La Palma	20	70	6	20
La Gomera	0	21	0	0
El Hierro	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>293</b>	<b>807</b>	<b>336</b>	<b>153</b>

## 5.2. RED DE RECURSOS SOCIALES Y SOCIO SANITARIOS

### 5.2.1. Los recursos

En los últimos años ha habido un incremento moderado en todos los recursos intermedios para la atención a enfermos mentales crónicos, que se hizo mucho más patente a lo largo de 2004-2006, fundamentalmente en Tenerife y Gran Canaria, impulsado este crecimiento por el Programa de Atención a la Discapacidad (PAD) (2005-2010), subsector Salud Mental.

En Tenerife, está constituido el **Equipo Comunitario Asertivo (ECA)**, un ambicioso programa de alojamiento alternativo, que comenzó en 2005. Se trata de un servicio especializado, en el ámbito domiciliario, para la atención, seguimiento y cuidados integrados de las personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente. Cuenta con tres unidades móviles (área norte, área metropolitana y área sur) y un equipo multidisciplinar específico constituido por 3 Psiquiatras, 11 Enfermeros y 4 Trabajadores sociales, además de cuidadores o educadores sociales y animadores de ocio y tiempo libre contratados por ONGs y otras administraciones. La Dirección técnica, supervisión y evaluación es realizada por el responsable del PIRP de Tenerife. Depende del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria y presta su atención en toda la isla.

En Gran Canaria, esta constituido el **Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC)**, anteriormente denominado Equipo Móvil de Salud Mental (EMOSAM) que atiende a las personas en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo y a usuarios de miniresidencia. Integrado también por un equipo multidisciplinar formado por 4 Psiquiatras, 10 Enfermeros, 2 Trabajadores Sociales y 1 Auxiliar de Enfermería. La Dirección técnica, supervisión y evaluación es realizada por el responsable del PIRP de Gran Canaria. Mientras que en los primeros años la cobertura era la zona metropolitana de Las Palmas de Gran Canaria, desde el 2011 se amplió a la zona sur de la isla.

Por su parte, los **Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial (CDRP)** son un recurso específico dirigido a la población con trastornos psiquiátricos graves y persistentes que presentan dificultades en su funcionamiento psicosocial dirigidas a la mejora de la autonomía y funcionamiento, mantenimiento de éstas e integración social en la comunidad en las mejores condiciones de normalización, independencia y calidad de vida.

También existen en ambas islas capitalinas sendos **Equipos de apoyo al empleo** para estos pacientes con TMG.

DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE GRAN CANARIA	
<b>CDRPS</b>	1 Telde
	2 Vecindario
	3 Maspalomas
	4 Mancomunidad del Norte GC
	5 Casa del Mar - Las Palmas de GC
	6 San Francisco 1- Las Palmas de GC
	7 San Francisco 2 - Las Palmas de GC
	8 Teror
	9 Doña Genoveva Díaz Moreno - AFAES - Las Palmas de GC
	10 El Pino - Las Palmas de GC
<b>Programa de empleo</b>	Sí
<b>Nº de plazas en viviendas supervisadas (Pisos)</b>	156 plazas
<b>Miniresidencia</b>	1 Miniresidencia San Juan de Dios 1 - Las Palmas de GC
	2 Miniresidencia San Lorenzo 1 - Telde
	3 Miniresidencia San Lorenzo 2 - Telde
	4 Miniresidencia El Pino 1 - Las Palmas de GC
	5 Miniresidencia El Pino 2 - Las Palmas de GC
<b>Equipo Móvil Comunitario</b>	ETAC

DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE TENERIFE	
<b>CDRPS</b>	1 Camino del Hierro - S/C de Tenerife
	2 La Laguna
	3 Puerto de la Cruz
	4 Icod de los Vinos
	5 Arona
	6 Guía de Isora
	7 La Salud Bajo - S/C de Tenerife
<b>Programa de empleo</b>	Sí
<b>Nº de plazas en viviendas supervisadas (Pisos)</b>	163
<b>Nº de plazas supervisadas en Atención a domicilio</b>	120
<b>Miniresidencia</b>	Miniresidencia "Las Vistas" - S/C de Tenerife
	Miniresidencia "Raquel Arozena" - S/C de Tenerife
	Miniresidencia "El Nogal" - Guamasa
	Miniresidencia "El Pastor" - Granadilla
	Miniresidencia "La Adelfas" - Puerto de la Cruz
<b>Equipo Móvil Comunitario</b>	ECA

DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE LA PALMA	
CDRPS	1 CRPS Villa Flora - S/C de la Palma
	2 CRPS Pedregales - Los Llanos de Aridane
Programa de empleo	Sí
Nº plazas en Viviendas Supervisadas (pisos)	6
Nº plazas supervisadas en atención a domicilio	20
Miniresidencia	Miniresidencia "Villa Flora" - Breña Baja

DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE LA GOMERA	
CDRPS	CRPS de la Gomera

DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE LANZAROTE	
CDRPS	1 El Cribo - Arrecife
	2 Dr. Julio Santiago Obeso -
Programa de empleo	Sí
Nº de plazas en viviendas supervisadas (Pisos)	8
Nº de plazas supervisadas en Pensiones	11
Miniresidencia	1 Dr. Julio Santiago Obeso - Tahíche

DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE FUERTEVENTURA	
CDRPS	1 Gran Tarajal
	2 Puerto del Rosario
Programa de Empleo	Sí
Nº de plazas en Viviendas supervisadas (Pisos)	3
Nº de plazas supervisadas en Pensiones	2

## 5.2.2. La atención a la discapacidad: El PAD y La Ley de Dependencia

### 5.2.2.1. El programa sociosanitario de Atención a la Discapacidad de Canarias

El Programa sociosanitario de Atención a la Discapacidad de Canarias en el Sector de Salud Mental (PAD) se desarrolló en el período 2005 – 2010. Tras su conclusión, se ha dado continuidad a la atención a la discapacidad mediante Convenios entre los respectivos Cabildos insulares, la Consejería de Sanidad y la Consejería de Cultura, Deporte, Políticas Sociales y Vivienda. El PAD tuvo los objetivos que se exponen a continuación.

- **Objetivos generales:**

- Establecer las orientaciones estratégicas y medidas de actuación a desarrollar de manera específica en el ámbito de la atención a las personas con discapacidad.
- Alcanzar una atención de calidad y económicamente efectiva, que esté centrada en la persona con discapacidad y que persiga prioritariamente la permanencia en su domicilio y su entorno habitual.
- Proponer fórmulas de acceso a los distintos servicios y recursos ágiles, acorde con las necesidades de los usuarios y que garanticen el principio de oportunidad e igualdad de todos los ciudadanos.

- **Objetivos específicos:**

- Adecuar las instalaciones existentes dedicadas a la atención de personas con discapacidad a las actuales demandas del sector, tanto en lo que se refiere a edificaciones, instalaciones y dotaciones como en la cartera de servicios.
- Homogeneizar los recursos institucionales de atención social y socio-sanitaria a nivel insular, en el área de la discapacidad.
- Llevar a cabo la creación de plazas nuevas, de acuerdo con los criterios de planificación conocidos y acordados además de las posibilidades presupuestarias de las Administraciones intervinientes. En el sector de salud mental la planificación de los recursos socio-sanitarios en este ámbito se realizarán en el marco de los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial Acción Comunitaria (CIRPAC).
- Diversificación de los recursos, servicios y prestaciones.
- Garantizar la continuidad y fluidez de la atención desde los sistemas sanitarios y sociales.
- Diversificación de los recursos, servicios y prestaciones.
- Establecer las bases para la creación de una organización de coordinación entre las distintas administraciones (autonómica, insular, municipal) y sistemas (social y sanitario) que garantice la atención socio-sanitaria.

### 5.2.2.2. La Ley de Dependencia

La Ley de dependencia ha supuesto un desafío para los responsables de salud mental de nuestro país. Dado que en sí misma no es específica para los trastornos mentales, sino para las patologías consideradas de un modo global, ha sido necesaria la puesta en marcha de acciones coordinadas para que su implantación no suponga un perjuicio a los pacientes con trastornos mentales, respecto a lo realizado a través del Programa de Atención a la Discapacidad (PAD) que se venía desarrollando en Canarias. A este aspecto se han unido los factores de la complejidad intrínseca y

necesidad de coordinación entre distintas Administraciones públicas con competencias en materia de sanidad y bienestar social. Una de las misiones de esta Ley era otorgar un sistema estable de provisión de recursos que faciliten la autonomía. Sin embargo, se ha promovido lo que en la Ley figura como excepcional: las prestaciones económicas vinculadas al cuidado familiar.

A continuación se exponen con detalle las propuestas que se han realizado en nuestra Comunidad, respecto a los déficits que presenta esta Ley, para subsanarlos:

- 1. Garantizar a las personas con discapacidad el acceso a las prestaciones y servicios del sistema para la autonomía y atención a la dependencia.**
  - El baremo de la Ley de Dependencia no valora adecuadamente a las personas con discapacidad por enfermedad mental. La valoración del nivel de dependencia y el baremo que deriva de ellas, deben ser revisadas en lo que respecta a las personas con TMG, de manera que sean sensibles a las características propias de estos trastornos mentales y las consecuencias de padecerlos. Para la valoración se debería contar con informe del equipo de salud mental e indicación de recurso o prestación para el Programa Individual de Atención (PIA).
  - La definición de Dependencia se ajusta mal y de un modo problemático a las necesidades psicosociales de las personas con TMG (plurales, cambiantes, individualizadas, etc.). La valoración de dependencia se centra sobre todo en las dificultades para el desempeño de actividades básicas de la vida diaria (comer, beber, deambular, asearse, etc.) y en las necesidades de apoyo intermitente o continuado para el desarrollo de dichas actividades de cuidado personal. Gran parte de las personas con enfermedad mental van a presentar distintas dificultades de funcionamiento psicosocial pero éstas no se van a expresar en graves problemas para que desarrollen con autonomía las actividades básicas de cuidado personal, por lo que un porcentaje importante no va a ser reconocido como dependiente, especialmente en lo que a los grados más graves respecta. En su caso podrán optar al grado I de Dependencia Moderada, o en la mayoría de los casos, aparecer sin grado.
  - Resulta preocupante la situación de aquellas personas que no han obtenido un grado de dependencia (sin grado) y deben seguir acogidas en las plazas que actualmente ocupan, puesto que presentan una diversidad funcional importante que requiere de recuperación / rehabilitación.
  - La coordinación de los dos ámbitos de actuación (la atención sanitaria y la social) constituyen la base de la valoración y de la objetivación en el Programa Individual de Atención (PIA). Una misma persona no debe tener dos PIA.
  - El acceso a las prestaciones de Dependencia debe asegurarse desde la derivación de las Unidades de Salud Mental Comunitaria, para garantizar la continuidad de atención y distribuir los recursos de una manera justa, eficiente y adaptada a las necesidades de las personas con discapacidad por enfermedad mental.
- 2. Desarrollar formas de asistencia y apoyo para las familias que incluyen personas con discapacidad entre sus miembros.**
  - Desarrollar atención domiciliaria de forma coordinada entre servicios sociales, servicios sanitarios especializados y atención primaria.
  - Contar con plazas residenciales de “respiro familiar” para estancias cortas o con apoyo domiciliario cuando sea necesario para la familia (ausencias por hospitalización, etc.).
  - Implementar programas psicoeducativos para familiares.

- 3. Acceso al mercado laboral. Evolución adecuada del empleo protegido hacia el empleo en el sistema ordinario de trabajo.**
  - Disminuir barreras para la incorporación laboral de las personas con TMG.
  - Asegurar que las empresas cumplen la legislación en materia de contratación de personas con discapacidad.
  - Informes de capacidades que sean útiles para promover el acceso al empleo ordinario.
  - Adaptación al puesto de trabajo, teniendo en cuenta que las barreras para este colectivo no son las mismas que para otros colectivos con discapacidad (horarios, turnicidad, roles internos en la empresa, estrés, etc).
  - Potenciar la utilización de las nuevas tecnologías y la formación en ese campo.
  - Asegurar el seguimiento y apoyo de larga duración a los trabajadores en las empresas por parte de preparadores laborales, para asegurar mantener el puesto de trabajo.
- 4. Acceso a la vivienda.**
  - Facilitar acceso a viviendas públicas sin necesidad de tutela.
  - Contar con recursos alojativos transitorios y de baja exigencia para personas con TMG en situación "sin hogar".
- 5. Acceso al sistema educativo.**
  - Contar con servicios de asistencia personal que presten apoyo para la integración en entornos educativos.
  - Intervenciones para reducir el estigma en centros educativos.
- 6. Igualdad.**
  - Fomentar la participación apoyando a las asociaciones de usuarios.
  - Contar con prestaciones económicas que garanticen un modo de vida digno.
  - Asegurar que se cumplen los derechos recogidos en la Convención sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad.
  - Tener en cuenta las necesidades específicas de las personas con discapacidad por enfermedad mental en los planes y estrategias contra la exclusión social y la pobreza.
  - Asegurar la igualdad en el acceso a la asistencia sanitaria, teniendo en cuenta la elevada morbilidad por enfermedades físicas y la menor esperanza de vida de las personas con TMG.
- 7. Participación.**
  - Formación para las personas con discapacidad en autocuidados y ayuda mutua.
  - Intervenciones para reducir el estigma en grupos clave (sanidad, educación servicios sociales, fuerzas orden público, etc.).
- 8. Atención a personas de edad avanzada con TMG.**
  - Asegurar la continuidad asistencial y asistencia en residencias o centros de día de mayores a aquellas personas de edad avanzada y diagnosticados de TMG, que lo precisen.

### 5.3. RECURSOS HUMANOS

RECURSOS HUMANOS USMC CANARIAS - 2016								
	Psic.	Psicól.	DUE	Aux. Enfer	Aux. Adm.	T. Social	Celad.	Total
Tenerife	29	22	16	10	10 (1**)	5	0	92
Gran Canaria	30	29	23	16	12	8	1	119
Fuerteventura	3	4	5	2	2	2	0	18
Lanzarote	3	8	3	2	3	2	2	23
La Palma	4	5	2**	3	0	1	0	15
La Gomera	1	2 (1*)	1	1	0	1	0	5
El Hierro	1	1	0	0	0	1	0	3
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>70</b>	<b>50</b>	<b>34</b>	<b>27</b>	<b>20</b>	<b>3</b>	<b>275</b>

Incluye los profesionales dedicados a la atención infanto-juvenil.  
 (\*) 1 a tiempo parcial (\*\*) Compartido

RELACIÓN DE PROFESIONALES POR USM TENERIFE 2016					
USM	PSQ	PSC	DUE	A.E	TS
Arona	4 (2**)	2	2	1	1*
Adeje	2	1	1	1	
Ofra	2 (1**)	3	2	2	1
S/C Salamanca	5	3	2	2	1
La Laguna	2	2	2	2	1*
Tacoronte	1	1	1	0	
Icod	1	1	1	0	1*
Puerto de la Cruz	3	2	2	2	
S/C- La Laguna	4	4	1	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>5</b>

\* Compartido, \*\* A tiempo parcial

RELACIÓN DE PROFESIONALES POR USM-IJ TENERIFE 2016						
	PSQ	PSC	DUE	A.E	TS	Logopeda
USM Infanto Juvenil Tenerife (CHUC)	2	2	0	0	0	0
USM Infanto Juvenil Arona- Adeje	1	1	1	0	1*	0
USM Infanto Juvenil Orotava	1	1	1	0	1*	1**
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

\* Profesional a tiempo parcial compartido con la USMC de adultos  
 \*\* A tiempo parcial

RELACIÓN DE PROFESIONALES POR USM GRAN CANARIA 2016						
U.S.M	PSQ		PSC	DUE	A.E.	T.S
Puerto	3	1*	4	3	2	1
C. Alta	3		3	3	2	1
Canalejas	3	1*	3	3	2	1
Bañaderos	3		3	3	2	1
Telde	4		4	3	2	1
Vecindario	7		5	4	2	1
Triana	2	1*	4	2	2	1
Lasso	2		3	2	2	1
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>		<b>29</b>	<b>23</b>	<b>16</b>	<b>8</b>

\* Compartido

RELACIÓN DE PROFESIONALES POR USM LANZAROTE 2016					
U.S.M	PSQ	PSC	DUE	A.E.	T.S
Valterra	2	7	2	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

RELACIÓN DE PROFESIONALES POR USM-IJ LANZAROTE 2016					
	PSQ	PSC	DUE	A.E.	T.S
USM Infanto Juvenil Lanzarote	1	1	1	0	1*

RELACIÓN DE PROFESIONALES POR USM FUERTEVENTURA 2016					
U.S.M	PSQ	PSC	DUE	A.E.	T.S
Puerto del Rosario	1	2	3	1	1*
Gran Tarajal	1	1	1	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

\* Compartido

RELACIÓN DE PROFESIONALES POR USM-IJ FUERTEVENTURA 2016					
	PSQ	PSC	DUE	A.E.	T.S
<b>USM Infanto Juvenil Fuerteventura</b>	1	1	1	0	1*

\*Profesional a tiempo parcial compartido con la USMC de adultos

RELACION DE PROFESIONALES POR USM LA PALMA 2016					
U.S.M	PSQ	PSC	DUE	A.E	TS
<b>S/C de la Palma</b>	2	2	1	1	1*
<b>Los Llanos de Aridane</b>	1	2	1	1	
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

\* Compartido

RELACIÓN DE PROFESIONALES POR USM - IJ LA PALMA 2016					
	PSQ	PSC	DUE	A.E.	T.S
<b>USM Infanto Juvenil La Palma</b>	1	1	1*	1	0

\* Profesional a tiempo parcial compartido con la USMC de adultos

RELACIÓN DE PROFESIONALES POR USM. LA GOMERA 2016					
U.S.M	PSQ	PSC	DUE	A.E.	T.S
<b>San Sebastián de la Gomera</b>	1	2(1**)	1	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

\*\* A tiempo parcial

RELACIÓN DE PROFESIONALES POR USM EL HIERRO 2016					
U.S.M	PSQ	PSC	DUE	A.E.	T.S
<b>Valverde</b>	1	1	0	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

En las siguientes tablas solo se muestran los profesionales que atienden a población infanto-juvenil.

RED DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL EN USMC 2016							
	PSQ	PSC	DUE	A.E.	T.S.	Log.	Total
Gran Canaria	5	8	0	0	0	0	13
Tenerife	6	4	0	0	2*	1**	10
Lanzarote	1	1	1	0	1*	0	3
Fuerteventura	1	1	1	0	1*	0	3
La Palma	1	1	0	1	0	0	2
El Hierro	1*	1*	0	0	0	0	2
La Gomera	1*	1/2*	0	0	0	0	1 y 1/2
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>16 y 1/2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4*</b>	<b>1**</b>	<b>40 y 1/2</b>

\*Profesional a tiempo parcial compartido con la USMC de adultos \*\* Profesional a tiempo parcial

RECURSOS HUMANOS DE LAS UIB + UFIE DE CANARIAS 2016								
	Psiqu.	Psicól.	DUEs	T. Social	Aux. Enferm.	Aux. Admin.	Cel.	Ter. Ocup.
Tenerife	15	6(2*)	36(1**)	2(1*,1**)	41	3(2*)	0	1
La Palma	2	1	6	0	5	0	0	0
Gran Canaria	17	6(1*,1**)	34(4**)	1	42	3(1**)	12	2
Lanzarote	3(1*)	0	7	1*	5	0	5	1*
Fuerteventura	2	1	11	1*	7	0	5	0

\* Compartido, \*\* Media jornada

RECURSOS HUMANOS - UME Y UCYR 2016										
	PSQ	PSC	DUE	T. social	Aux. Enf.	Aux. Adm.	Adm.	Cel.	Mon.	T.O.
UME y UCYR Tenerife	7	2	20	3	52	2	0	0	2	0
UCYR Gran Canaria	3	3(1**)	21	2	40	1	1*	4	5	0
UME Gran Canaria	3	1	9	1	13	1	0	1	0	1

\* Compartido, \*\* Media jornada T.O.: Terapeutas Ocupacionales

PERSONAL DEL SCS - DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL 2016									
	Psiqu.	Psicól.	DUEs	T. Social	Aux. Enf	Aux. Adm	Cel.	Monitor	T.O.
Tenerife	3(1*)	8	12	5	5	0	0	3	1
La Palma	0	2*	2	0	2	0	0	0	0
La Gomera	0	0	0	0	0	0	0	0	0
El Hierro	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gran Canaria	5	6	21	5	2	2	0	7***	0
Lanzarote	1*	1*	0	0	0	0	0	0	0
Fuerteventura	0	1	1**	0	0	0	0	0	0

\*A tiempo parcial \*\*Compartido. \*\*\*Monitores: Casa Marino (4), Gáldar (1), PAE (2)

## 5.4. RECURSOS ECONÓMICOS

### 5.4.1. Costes de personal, funcionamiento, intermedios y estructurales

CHUC - 2015	UIB	USA	URA	USMC
Personal	3.786.181,76	1.904.519,00	4.096.463,08	1.423.420,74
Func. capítulo II	97.341,79	102.570,28	111.556,21	36.168,48
Func. resto	---	---	---	445,32
Costes intermedios	522.834,02	145.849,56	43.490,12	271.546,80
Costes estructurales	136.990,75	14.295,42	14.409,06	213.440,15
<b>Total</b>	<b>4.543.348,32</b>	<b>2.167.234,26</b>	<b>4.265.918,47</b>	<b>1.945.021,49</b>
<b>Total</b>	<b>12.921.522,54</b>			

Fuente: Sistema de información Cantonera - SCS

\* Func.: funcionamiento

HUNSC - 2015	UIB	USMC	HD IJ
Personal	3.216.110,22	3.971.667,60	668.780,75
Func. capítulo II	1.111,83	25.265,44	94.595,21
Func. resto	---	375,56	196,06
Costes intermedios	110.928,63	31.046,32	6.368,69
Costes estructurales	964.830,53	1.223.851,3	189.750,05
<b>Total</b>	<b>4.292.981,21</b>	<b>5.252.206,22</b>	<b>959.690,76</b>
<b>Total</b>	<b>10.504.878,19</b>		

Fuente: Sistema de información Cantonera - SCS

\* Func.: funcionamiento

CHUIMI - 2015	UIB	UME	UCYR	USMC	HD IJ
Personal		4.941.994,26		3.933.704,38	729.038,76
Func. capítulo II		315.153,16		138.674,32	60.495,79
Func. resto		---		2.299,11	1063,17
Costes intermedios		945.297,05		48.826,71	119.305,17
Costes estructurales		131.315,58		210.465,20	48.301,83
<b>Total</b>		<b>6.333.760,05</b>		<b>4.333.969,72</b>	<b>958.204,72</b>
<b>Total</b>		<b>11.625.934,49</b>			

Fuente: Sistema de información Cantonera - SCS  
\* Func.: funcionamiento

HUGCDN - 2015	UIB	UME	UCYR	USMC
Personal	2.543.204,34	1.287.083,10	4.280.937,55	2.930.056,27
Func. capítulo II	252.753,77	95.812,41	609.139,36	25.301,37
Func. resto	1.806,63	---	1.563,47	592,23
Costes intermedios	469.652,44	22.283,71	83.111,36	60.543,84
Costes estructurales	234.921,40	57.714,56	202.556,33	108.139,80
<b>Total</b>	<b>3.502.338,58</b>	<b>1.462.893,78</b>	<b>5.177.308,07</b>	<b>3.124.633,51</b>
<b>Total</b>	<b>13.267.173,94</b>			

Fuente: Sistema de información Cantonera - SCS  
\* Func.: funcionamiento

ISLAS NO CAP. - 2015	LANZAROTE	FUERTEVENTURA	LA PALMA	LA GOMERA	EL HIERRO
Personal	2.547.271,88	2.506.332,56	2.192.542,55	261.412,84	187.487,51
Func. capítulo II	19.883,42	77.869,89	12.988,15	11.189,04	1.390,62
Func. resto	2.897,33	375,55	---	---	306,94
Costes intermedios	364.070,14	536.770,78	788.446,08	40.838,44	20.787,00
Costes estructurales	213.038,07	367.748,74	234.576,96	55.620,27	43.616,09
<b>Total</b>	<b>3.147.160,84</b>	<b>3.489.097,52</b>	<b>3.228.553,74</b>	<b>369.060,59</b>	<b>253.588,16</b>
<b>Total</b>	<b>10.487.460,85</b>				

Fuente: Sistema de información Cantonera - SCS  
\* Func.: funcionamiento

TOTAL CANARIAS	
Costes de personal, funcionamiento, intermedios y estructurales	58.806.970,01

Fuente: Sistema de información Cantonera - SCS

#### 5.4.2. Gasto farmacéutico

ANTIPSICÓTICOS (2015)	ATENCIÓN ESPECIALIZADA		ATENCIÓN PRIMARIA	
	GASTO (€)	VAR. 2015/2014	GASTO (€)	VAR. 2015/2014
Tenerife Norte	300.611,85	-14,80 %	11.855.819,56	-0,32 %
Tenerife Sur	588.665,72	23,71 %		
Gran Canaria Norte	617.423,97	1,22 %	11.640.435,67	0,24 %
Gran Canaria Sur	518.517,50	-8,84 %		
Lanzarote	93.900,90	81,08 %	960.417,81	-1,55 %
Fuerteventura	67.057,11	10,84 %	536.146,46	1,02 %
La Palma	157.087,61	23,30 %	1.616.733,74	-5,42 %
La Gomera	19.839,76	1,95 %	212.301,96	3,97 %
El Hierro	2.374,81	-41,42 %	57.033,58	-13,63 %
<b>Total</b>	<b>2.365.479,23</b>	<b>---</b>	<b>26.878.888,78</b>	<b>---</b>
<b>Total AE + AP</b>	<b>29.244.368,01</b>			

Fuentes: FarmaCanarias y Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación, de la DGPPAA

ANTIDEPRESIVOS (2015)	ATENCIÓN ESPECIALIZADA		ATENCIÓN PRIMARIA	
	GASTO (€)	VAR. 2015/2014	GASTO (€)	VAR. 2015/2014
Tenerife Norte	102.660,99	8,79 %	7.494.667,74	-11,33 %
Tenerife Sur	87.072,19	15,40 %		
Gran Canaria Norte	76.118,70	-13,28 %	8.190.119,45	-6,93 %
Gran Canaria Sur	81.971,94	3,93 %		
Lanzarote	18.096,21	149,66 %	493.660,67	-9,87 %
Fuerteventura	17.512,61	0,40 %	358.916,47	-8,24 %
La Palma	31.928,96	0,31 %	1.178.514,72	-14,96 %
La Gomera	8.616,98	51,75 %	126.042,46	-14,57 %
El Hierro	2.484,45	3,90 %	53.761,49	-12,43 %
<b>Total</b>	<b>426.463,03</b>	<b>---</b>	<b>17.895.683</b>	<b>---</b>
<b>Total AE + AP</b>	<b>18.322.146,03</b>			

Fuentes: FarmaCanarias y Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación, de la DGPPAA

ANSIOLÍTICOS (2015)	ATENCIÓN ESPECIALIZADA		ATENCIÓN PRIMARIA	
	GASTO (€)	VAR. 2015/2014	GASTO (€)	VAR. 2015/2014
Tenerife Norte	11.187,63	14,26 %	1.687.837,64	-1,88 %
Tenerife Sur	9.667,85	7,81 %		
Gran Canaria Norte	10.544,25	8,19 %	1.880.975,16	-2,21 %
Gran Canaria Sur	10.512,96	-6,68 %		
Lanzarote	3.797,93	66,87 %	121.867,71	3,69 %
Fuerteventura	2.380,04	37,73 %	91.249,71	0,15 %
La Palma	2.573,57	28,25 %	183.228,97	-3,39 %
La Gomera	821,61	70,80 %	27.979,39	-2,57 %
El Hierro	864,33	54,00 %	16.844,25	-1,41 %
<b>Total</b>	<b>52.350,17</b>	<b>---</b>	<b>4.009.982,83</b>	<b>---</b>
<b>Total AE + AP</b>	<b>4.062.333</b>			

Fuentes: FarmaCanarias y Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación, de la DGPPAA

HIPNÓTICOS (2015)	ATENCIÓN ESPECIALIZADA		ATENCIÓN PRIMARIA	
	GASTO (€)	VAR. 2015/2014	GASTO (€)	VAR. 2015/2014
Tenerife Norte	7.716,06	58,27 %	753.486,77	1,94 %
Tenerife Sur	5.288,57	26,71 %		
Gran Canaria Norte	7.946,10	18,98 %	988.312,46	0,68 %
Gran Canaria Sur	10.129,68	36,14 %		
Lanzarote	989,95	53,40 %	60.387,02	3,55 %
Fuerteventura	1.035,34	43,00 %	41.464,46	5,80 %
La Palma	1.038,79	20,02 %	67.748,22	-4,15 %
La Gomera	359,63	52,67 %	12.557,92	7,67 %
El Hierro	246,45	38,42 %	8.079,17	17,28 %
<b>Total</b>	<b>34.750,57</b>	<b>---</b>	<b>1.932.036,02</b>	<b>---</b>
<b>Total AE + AP</b>	<b>1.966.786,59</b>			

Fuentes: FarmaCanarias y Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación, de la DGPPAA

<b>GASTO (2015)</b>	<b>GASTO TOTAL (€)</b>
<b>Antipsicóticos</b>	29.244.368,01
<b>Antidepresivos</b>	18.322.146,03
<b>Ansiolíticos</b>	4.062.333
<b>Hipnóticos</b>	1.966.786,59
<b>Total</b>	<b>53.595.633,63</b>

Fuentes: FarmaCanarias y Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación, de la DGPPAA

<b>GASTO - CONCEPTO</b>	<b>CANARIAS - 2015</b>
<b>Costes de personal, funcionamiento, intermedios y estructurales</b>	58.806.970,01
<b>Gasto farmacéutico</b>	53.595.633,63
<b>Total</b>	<b>112.402.603,64</b>

Fuentes: FarmaCanarias y Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación, de la DGPPAA. Sistema de información Cantonera - SCS



# 06 Actividad asistencial

## 6.1. ACTIVIDAD DE LA RED DE RECURSOS SANITARIOS ESPECIALIZADOS DE SALUD MENTAL. INDICADORES

Actividad asistencial. Unidades de Salud Mental. Canarias. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>1º Consulta</b>	19.916	20.039	18.993	17.460	16.721
<b>Sucesivas Consultas</b>	336.670	352.939	341.414	330.473	330.155
<b>Total Consultas</b>	356.586	372.978	360.407	347.933	346.876
<b>Sucesivas / 1ª Consulta</b>	16,90	17,61	17,98	18,93	19,74
<b>Pacientes Atendidos</b>	52.330	54.846	56.325	55.073	55.867
<b>Tasa de Incidencia</b>	10	10	9	8	8
<b>Tasa de Prevalencia</b>	20	21	23	23	23
<b>Tasa de Frecuentación</b>	152	157	154	149	147

En el periodo de 2012 a 2016, el número de consultas de pacientes atendidos en las USMC de Canarias ha mostrado oscilaciones. Respecto a 2012, durante el 2016 el nº de 1<sup>as</sup> consultas ha disminuido (19.916 vs. 16.721 respectivamente), así como el de consultas sucesivas (336.670 vs. 330.155 respectivamente). El ascenso de consultas totales, 1<sup>as</sup> y sucesivas solo se produjo entre el 2012 y 2013.

## Actividad asistencial. Unidades de Salud Mental. Tenerife. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>1º Consulta</b>	10.331	10.337	9.154	8.312	7.540
<b>Sucesivas Consultas</b>	122.134	133.338	128.893	124.881	123.910
<b>Total Consultas</b>	132.465	143.675	138.047	133.193	131.450
<b>Sucesivas / 1ª Consulta</b>	11,82	12,90	14,08	15,02	16,43
<b>Pacientes Atendidos</b>	23.140	24.826	25.108	24.250	24.287
<b>Tasa de Incidencia</b>	12	12	10	9	8
<b>Tasa de Prevalencia</b>	19	22	23	23	24
<b>Tasa de Frecuentación</b>	130	138	132	127	124

En el periodo de 2012 a 2016, el número de consultas de pacientes atendidos en las USMC de Tenerife ha mostrado oscilaciones. Respecto a 2012, durante el 2016 se produjo un ligero descenso de las consultas totales (132.465 vs. 131.450 respectivamente). En esta misma comparativa, el nº de 1<sup>as</sup> consultas ha disminuido considerablemente (10.331 vs. 7.540 respectivamente), mientras que el de consultas sucesivas aumentó ligeramente (122.134 vs. 123.910 respectivamente).

## Actividad asistencial. Unidades de Salud Mental. Gran Canaria. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>1º Consulta</b>	5.623	5.794	5.713	5.144	5.353
<b>Sucesivas Consultas</b>	150.458	152.442	147.355	139.164	141.629
<b>Total Consultas</b>	156.081	158.236	153.068	144.308	146.982
<b>Sucesivas / 1ª Consulta</b>	26,76	26,31	25,79	27,05	26,46
<b>Pacientes Atendidos</b>	18.971	19.705	20.194	19.521	20.174
<b>Tasa de Incidencia</b>	7	7	7	6	6
<b>Tasa de Prevalencia</b>	19	20	21	21	21
<b>Tasa de Frecuentación</b>	162	164	162	155	156

En el periodo de 2012 a 2016, el número de consultas de pacientes atendidos en las USMC de Gran Canaria ha mostrado oscilaciones. Respecto a 2012, durante el 2016 se produjo un descenso de las consultas totales (156.081 vs. 146.982 respectivamente). En esta misma comparativa, el nº de 1<sup>as</sup> consultas ha disminuido (5.623 vs. 5.353 respectivamente), así como el de consultas sucesivas (150.458 vs. 141.629 respectivamente).

## Actividad asistencial. Unidades de Salud Mental. La Palma. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>1º Consulta</b>	1.001	996	955	959	873
<b>Sucesivas Consultas</b>	15.197	15.471	15.128	14.958	15.131
<b>Total Consultas</b>	16.198	16.467	16.083	15.917	16.004
<b>Sucesivas / 1ª Consulta</b>	15,18	15,53	15,84	15,60	17,33
<b>Pacientes Atendidos</b>	2.955	3.074	3.202	3.170	3.023
<b>Tasa de Incidencia</b>	13	13	12	13	11
<b>Tasa de Prevalencia</b>	31	33	34	35	34
<b>Tasa de Frecuentación</b>	191	193	193	191	189

En el periodo de 2012 a 2016, el número de consultas de pacientes atendidos en las USMC de La Palma ha mostrado oscilaciones. Respecto a 2012, durante el 2016 se produjo un ligero descenso de las consultas totales (16.198 vs. 16.004 respectivamente). En esta misma comparativa, el nº de 1<sup>as</sup> consultas disminuyó (1.001 vs. 873 respectivamente), así como el de consultas sucesivas (15.197 vs. 15.131 respectivamente), en este caso, de forma ligera.

## Actividad asistencial. Unidades de Salud Mental. Lanzarote. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>1º Consulta</b>	1.614	1.386	1.583	1.529	1.428
<b>Sucesivas Consultas</b>	26.386	25.996	25.100	27.683	26.797
<b>Total Consultas</b>	28.000	27.382	26.683	29.212	28.225
<b>Sucesivas / 1ª Consulta</b>	16,35	18,76	15,86	18,11	18,77
<b>Pacientes Atendidos</b>	3.543	3.540	3.800	4.036	4.198
<b>Tasa de Incidencia</b>	12	10	12	11	10
<b>Tasa de Prevalencia</b>	19	20	21	23	24
<b>Tasa de Frecuentación</b>	191	186	182	199	190

En el periodo de 2012 a 2016, el número de consultas de pacientes atendidos en las USMC de Lanzarote ha mostrado oscilaciones. Respecto a 2012, durante el 2016 se produjo un ligero aumento de las consultas totales (28.000 vs. 28.225 respectivamente). En esta misma comparativa, el nº de 1<sup>as</sup> consultas disminuyó (1.614 vs. 1.428 respectivamente), mientras que aumentó el de las sucesivas (26.386 vs. 26.797 respectivamente).

## Actividad asistencial. Unidades de Salud Mental. Fuerteventura. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>1º Consulta</b>	975	1.082	1.122	1.072	1.096
<b>Sucesivas Consultas</b>	15.715	17.991	17.769	16.967	15.666
<b>Total Consultas</b>	16.690	19.073	18.891	18.039	16.762
<b>Sucesivas / 1ª Consulta</b>	16,12	16,63	15,84	15,83	14,29
<b>Pacientes Atendidos</b>	2.711	2.700	2.949	2.993	3.057
<b>Tasa de Incidencia</b>	10	11	11	11	10
<b>Tasa de Prevalencia</b>	24	23	23	23	23
<b>Tasa de Frecuentación</b>	160	178	180	171	151

El número de pacientes atendidos en las USMC de Fuerteventura ha mostrado un ascenso progresivo desde el año 2012 hasta el 2016 (de 2.711 hasta 3.057). Por su parte, el número de consultas ha tenido oscilaciones durante este mismo periodo. Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1<sup>as</sup> consultas ha aumentado (975 vs. 1.096 respectivamente), mientras que el de consultas sucesivas ha disminuido mínimamente (15.715 vs. 15.666 respectivamente).

## Actividad asistencial. Unidades de Salud Mental. La Gomera. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>1º Consulta</b>	200	252	258	268	242
<b>Sucesivas Consultas</b>	4.245	5.049	4.863	4.791	5.052
<b>Total Consultas</b>	4.445	5.301	5.121	5.059	5.294
<b>Sucesivas / 1ª Consulta</b>	21,23	20,04	18,85	17,88	20,88
<b>Pacientes Atendidos</b>	682	669	735	748	735
<b>Tasa de Incidencia</b>	12	15	15	16	14
<b>Tasa de Prevalencia</b>	33	27	31	32	33
<b>Tasa de Frecuentación</b>	214	285	282	271	283

El número de pacientes atendidos en las USMC de La Gomera ha mostrado una tendencia ascendente entre el 2012 y el 2016. Asimismo, el número de consultas ha tenido oscilaciones durante este mismo periodo. Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1<sup>as</sup> consultas ha aumentado (200 vs. 242 respectivamente), al igual que el de consultas sucesivas (4.245 vs. 5.052 respectivamente), con un aumento considerable.

## Actividad asistencial. Unidades de Salud Mental. El Hierro. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>1º Consulta</b>	172	192	208	176	189
<b>Sucesivas Consultas</b>	2.535	2.652	2.036	2.029	1.970
<b>Total Consultas</b>	2.707	2.844	2.514	2.205	2.159
<b>Sucesivas / 1ª Consulta</b>	14,74	13,81	11,09	11,53	10,42
<b>Pacientes Atendidos</b>	438	455	473	455	495
<b>Tasa de Incidencia</b>	18	21	23	19	21
<b>Tasa de Prevalencia</b>	32	32	34	35	39
<b>Tasa de Frecuentación</b>	279	277	241	211	198

El número de pacientes atendidos en la USMC de El Hierro ha aumentado entre 2012 y 2016 (438 vs. 495 respectivamente). El número de consultas ha tenido oscilaciones durante este mismo periodo. Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1<sup>as</sup> consultas ha aumentado ligeramente (172 vs. 189 respectivamente), mientras que el de consultas sucesivas ha disminuido considerablemente (2.535 vs. 1.970 respectivamente).

## Actividad asistencial. Adultos. Unidades de Salud Mental. Canarias. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>1º Consulta</b>	15.140	15.394	14.703	14.295	13.499
<b>Sucesivas Consultas</b>	293.317	307.112	299.170	297.209	299.308
<b>Total Consultas</b>	308.457	322.506	313.873	311.504	312.807
<b>Sucesivas / 1ª Consulta</b>	19,37	19,95	20,35	20,79	22,17
<b>Pacientes Atendidos</b>	42.560	44.632	46.081	46.658	47.372
<b>Tasa de Incidencia</b>	9	9	9	8	8
<b>Tasa de Prevalencia</b>	21	22	23	24	25
<b>Tasa de Frecuentación</b>	165	169	166	166	164

El número de pacientes adultos atendidos en las USMC de Canarias ha mostrado un ascenso progresivo desde el año 2012 hasta el 2016. Por su parte, el número de consultas ha tenido oscilaciones durante este mismo periodo. Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1<sup>as</sup> consultas ha disminuido (15.140 vs. 13.499 respectivamente), mientras que el de consultas sucesivas ha aumentado (293.317 vs. 299.308 respectivamente).

## Actividad asistencial. Adultos. Unidades de Salud Mental. Tenerife. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>1º Consulta</b>	8.030	8.187	7.329	7.310	6.555
<b>Sucesivas Consultas</b>	106.440	116.301	113.407	116.710	119.071
<b>Total Consultas</b>	114.470	124.488	120.736	124.020	125.626
<b>Sucesivas / 1ª Consulta</b>	13,26	14,21	15,47	15,97	18,16
<b>Pacientes Atendidos</b>	18.827	20.291	20.726	21.398	21.607
<b>Tasa de Incidencia</b>	12	12	10	10	9
<b>Tasa de Prevalencia</b>	21	23	25	25	26
<b>Tasa de Frecuentación</b>	143	151	146	149	150

El número de pacientes adultos atendidos en las USMC de Tenerife ha mostrado un ascenso progresivo desde el año 2012 hasta el 2016. Por su parte, el número de consultas ha tenido oscilaciones durante este mismo periodo. Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1<sup>as</sup> consultas ha disminuido (8.030 vs. 6.555 respectivamente) mientras que el de consultas sucesivas ha aumentado considerablemente (106.440 vs. 119.071 respectivamente).

## Actividad asistencial. Adultos. Unidades de Salud Mental. Gran Canaria. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>1º Consulta</b>	4.120	4.269	4.219	3.759	3.759
<b>Sucesivas Consultas</b>	134.320	135.455	130.889	124.181	125.829
<b>Total Consultas</b>	138.440	139.714	135.108	127.940	129.588
<b>Sucesivas / 1ª Consulta</b>	32,60	31,73	31,02	33,04	33,47
<b>Pacientes Atendidos</b>	15.765	16.372	16.791	16.277	16.685
<b>Tasa de Incidencia</b>	6	6	6	5	5
<b>Tasa de Prevalencia</b>	20	21	22	22	22
<b>Tasa de Frecuentación</b>	176	177	175	167	167

El número de pacientes adultos atendidos en las USMC de Gran Canaria ha mostrado un ascenso progresivo desde el año 2012 hasta el 2016. Por su parte, el número de consultas ha mostrado una tendencia descendente. Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1<sup>as</sup> consultas ha disminuido (4.120 vs. 3.759 respectivamente), así como el de consultas sucesivas (134.320 vs. 125.829 respectivamente).

## Actividad asistencial. Adultos. Unidades de Salud Mental. La Palma. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>1º Consulta</b>	750	756	742	723	634
<b>Sucesivas Consultas</b>	12.696	13.178	13.179	13.291	12.671
<b>Total Consultas</b>	13.446	13.934	13.921	14.014	13.305
<b>Sucesivas / 1ª Consulta</b>	16,93	17,43	17,76	18,38	19,99
<b>Pacientes Atendidos</b>	2.439	2.554	2.694	2.652	2.479
<b>Tasa de Incidencia</b>	12	12	12	11	10
<b>Tasa de Prevalencia</b>	32	34	36	37	35
<b>Tasa de Frecuentación</b>	195	197	200	202	188

El número de pacientes adultos atendidos en las USMC de La Palma ha mostrado oscilaciones entre 2012 y 2016. Su número es similar en 2016 respecto al 2012 (2.479 vs. 2.439). Por su parte, el número de consultas ha mostrado también oscilaciones durante este mismo periodo. Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1<sup>as</sup> consultas ha disminuido (750 vs. 634 respectivamente); mientras que el de consultas sucesivas ha sido similar (12.696 vs. 12.671 respectivamente).

## Actividad asistencial. Adultos. Unidades de Salud Mental. Lanzarote. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>1º Consulta</b>	1.208	986	1.150	1.047	1.019
<b>Sucesivas Consultas</b>	22.055	21.418	20.892	22.556	21.887
<b>Total Consultas</b>	23.263	22.404	22.042	23.603	22.906
<b>Sucesivas / 1ª Consulta</b>	18,26	21,72	18,17	21,54	21,48
<b>Pacientes Atendidos</b>	2.689	2.637	2.783	2.881	3.003
<b>Tasa de Incidencia</b>	12	9	10	9	9
<b>Tasa de Prevalencia</b>	18	20	20	21	22
<b>Tasa de Frecuentación</b>	204	194	191	204	194

El número de pacientes adultos atendidos en las USMC de Lanzarote ha mostrado un ascenso progresivo desde el año 2012 hasta el 2016 (de 2.689 hasta 3.003). Por su parte, el número de consultas ha tenido un descenso progresivo en este mismo periodo (desde 23.263 hasta 22.906). Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1<sup>as</sup> consultas ha disminuido (1.208 vs. 1.019 respectivamente), así como el de consultas sucesivas (22.055 vs. 21.887 respectivamente).

## Actividad asistencial. Adultos. Unidades de Salud Mental. Fuerteventura. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>1º Consulta</b>	736	831	889	837	847
<b>Sucesivas Consultas</b>	11.761	13.777	14.282	13.325	12.230
<b>Total Consultas</b>	12.497	14.608	15.171	14.162	13.077
<b>Sucesivas / 1ª Consulta</b>	15,98	16,58	16,07	15,92	14,44
<b>Pacientes Atendidos</b>	1.965	1.892	2.130	2.163	2.152
<b>Tasa de Incidencia</b>	10	11	12	11	10
<b>Tasa de Prevalencia</b>	22	20	20	21	21
<b>Tasa de Frecuentación</b>	153	172	186	170	147

El número de pacientes adultos atendidos en las USMC de Fuerteventura ha mostrado un ascenso progresivo desde el año 2012 hasta el 2016 (de 1.965 hasta 2.152). Por su parte, el número de consultas ha tenido oscilaciones durante este mismo periodo. Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1<sup>as</sup> consultas ha aumentado (736 vs. 847 respectivamente), al igual que el de consultas sucesivas (11.761 vs. 12.230 respectivamente).

## Actividad asistencial. Adultos. Unidades de Salud Mental. La Gomera. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>1º Consulta</b>	162	212	209	217	202
<b>Sucesivas Consultas</b>	3.652	4.542	4.437	4.404	4.625
<b>Total Consultas</b>	3.814	4.754	4.646	4.621	4.827
<b>Sucesivas / 1ª Consulta</b>	22,54	21,42	21,23	20,29	22,90
<b>Pacientes Atendidos</b>	592	592	653	665	652
<b>Tasa de Incidencia</b>	12	15	15	15	14
<b>Tasa de Prevalencia</b>	35	30	35	35	36
<b>Tasa de Frecuentación</b>	225	310	310	299	312

El número de pacientes adultos atendidos en las USMC de La Gomera ha mostrado un aumento entre el 2012 y el 2016. Por su parte, el número de consultas ha aumentado considerablemente (desde 3.814 hasta 4.827). Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1<sup>as</sup> consultas ha aumentado (162 vs. 202 respectivamente), al igual que el de consultas sucesivas (3.652 vs. 4.625 respectivamente).

## Actividad asistencial. Adultos. Unidades de Salud Mental. El Hierro. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>1º Consulta</b>	134	152	151	139	152
<b>Sucesivas Consultas</b>	2.393	2.452	1.971	1.780	1.772
<b>Total Consultas</b>	2.527	2.604	2.122	1.919	1.924
<b>Sucesivas / 1ª Consulta</b>	17,86	16,13	13,05	12,81	11,66
<b>Pacientes Atendidos</b>	377	395	393	395	431
<b>Tasa de Incidencia</b>	17	20	20	18	20
<b>Tasa de Prevalencia</b>	35	36	36	38	42
<b>Tasa de Frecuentación</b>	316	308	249	222	213

El número de pacientes adultos atendidos en la USMC de El Hierro ha aumentado entre 2012 y 2016. Por su parte, el número de consultas ha descendido notablemente durante este mismo periodo. Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1<sup>as</sup> consultas ha aumentado (134 vs. 152 respectivamente), mientras que el de consultas sucesivas ha disminuido (2.393 vs. 1.772 respectivamente).

## Actividad asistencial. Infanto-juvenil. Unidades de Salud Mental. Canarias. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>1º Consulta</b>	4.778	4.656	4.574	4.024	4.028
<b>Sucesivas Consultas</b>	43.372	45.871	43.331	39.301	38.030
<b>Total Consultas</b>	48.150	50.527	47.905	43.325	42.058
<b>Sucesivas / 1ª Consulta</b>	9,08	9,85	9,47	9,77	9,44
<b>Pacientes Atendidos</b>	9.924	10.409	10.745	9.858	10.174
<b>Tasa de Incidencia</b>	12	12	12	10	10
<b>Tasa de Prevalencia</b>	17	18	20	19	20
<b>Tasa de Frecuentación</b>	102	108	103	93	92

El número de pacientes infanto-juveniles atendidos en las USMC de Canarias ha mostrado oscilaciones desde el año 2012 hasta el 2016, con un aumento en la comparación de estos dos años (9.924 vs. 10.174 respectivamente). Por su parte, el número de consultas ha tenido oscilaciones durante este mismo periodo. Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1<sup>as</sup> consultas ha disminuido (4.778 vs. 4.028 respectivamente), al igual que el de consultas sucesivas (43.372 vs. 38.030 respectivamente).

## Actividad asistencial. Infanto-juvenil. Unidades de Salud Mental. Tenerife. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>1º Consulta</b>	2.301	2.149	2.102	2.069	2.000
<b>Sucesivas Consultas</b>	15.694	17.038	16.674	17.636	17.879
<b>Total Consultas</b>	17.995	19.187	18.776	19.705	19.879
<b>Sucesivas / 1ª Consulta</b>	6,82	7,93	7,93	8,52	8,94
<b>Pacientes Atendidos</b>	4.364	4.603	4.792	4.821	4.999
<b>Tasa de Incidencia</b>	13	12	12	11	11
<b>Tasa de Prevalencia</b>	15	18	20	20	23
<b>Tasa de Frecuentación</b>	83	87	85	90	89

El número de pacientes infanto-juveniles atendidos en las USMC de Tenerife ha mostrado un ascenso progresivo desde el año 2012 hasta el 2016 (4.364 vs. 4.999). Por su parte, el número de consultas ha mostrado una tendencia ascendente durante este mismo periodo. Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1<sup>as</sup> consultas ha disminuido (2.301 vs. 2.000 respectivamente) mientras que el de consultas sucesivas ha aumentado (15.694 vs. 17.879 respectivamente).

## Actividad asistencial. Infanto-juvenil. Unidades de Salud Mental. Gran Canaria. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>1º Consulta</b>	1.503	1.525	1.494	1.388	1.612
<b>Sucesivas Consultas</b>	16.138	16.997	16.477	15.003	15.882
<b>Total Consultas</b>	17.641	18.522	17.971	16.391	17.494
<b>Sucesivas / 1ª Consulta</b>	10,74	11,15	11,03	10,81	9,85
<b>Pacientes Atendidos</b>	3.258	3.397	3.447	3.299	3.581
<b>Tasa de Incidencia</b>	10	10	10	10	12
<b>Tasa de Prevalencia</b>	15	15	16	17	18
<b>Tasa de Frecuentación</b>	98	105	104	94	104

El número de pacientes infanto-juveniles atendidos en las USMC de Gran Canaria ha mostrado un ascenso desde el año 2012 hasta el 2016 (3.258 vs. 3.581). Por su parte, el número de consultas ha tenido oscilaciones durante este mismo periodo. Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1<sup>as</sup> consultas ha aumentado (1.503 vs. 1.612 respectivamente), mientras que el de consultas sucesivas ha disminuido (16.138 vs. 15.882 respectivamente).

## Actividad asistencial. Infanto-juvenil. Unidades de Salud Mental. La Palma. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>1º Consulta</b>	227	232	204	230	239
<b>Sucesivas Consultas</b>	1.905	1.852	1.713	1.502	2.460
<b>Total Consultas</b>	2.132	2.084	1.917	1.750	2.699
<b>Sucesivas / 1ª Consulta</b>	8,39	7,98	8,40	6,61	10,29
<b>Pacientes Atendidos</b>	440	460	468	494	553
<b>Tasa de Incidencia</b>	17	18	16	19	20
<b>Tasa de Prevalencia</b>	20	22	24	26	30
<b>Tasa de Frecuentación</b>	133	141	137	124	194

El número de pacientes infanto-juveniles atendidos en las USMC de La Palma ha aumentado progresivamente entre 2012 y 2016 (440 vs. 553). Por su parte, el número de consultas ha tenido oscilaciones durante este mismo periodo. Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1<sup>as</sup> consultas ha aumentado ligeramente (227 vs. 239 respectivamente), y el de consultas sucesivas ha aumentado notablemente (1.905 vs. 2.460 respectivamente).

## Actividad asistencial. Infanto-juvenil. Unidades de Salud Mental. Lanzarote. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>1º Consulta</b>	406	400	433	482	409
<b>Sucesivas Consultas</b>	4.331	4.578	4.208	5.127	4.910
<b>Total Consultas</b>	4.737	4.978	4.641	5.609	5.319
<b>Sucesivas / 1ª Consulta</b>	10,67	11,45	9,72	10,64	12,00
<b>Pacientes Atendidos</b>	872	928	1.035	1.173	1.219
<b>Tasa de Incidencia</b>	14	12	15	17	14
<b>Tasa de Prevalencia</b>	21	23	26	30	34
<b>Tasa de Frecuentación</b>	142	154	147	180	175

El número de pacientes infanto-juveniles atendidos en las USMC de Lanzarote ha mostrado un ascenso progresivo y notable desde el año 2012 hasta el 2016 (desde 872 hasta 1.219). Asimismo, el número de consultas ha tenido un aumento progresivo y notable en este mismo periodo (desde 4.737 hasta 5.319). Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1<sup>as</sup> consultas se ha mantenido similar (406 vs. 409 respectivamente), mientras que el número de consultas sucesivas ha aumentado considerablemente (4.331 vs. 4.910 respectivamente).

### Actividad asistencial. Infanto-juvenil. Unidades de Salud Mental. Fuerteventura. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>1º Consulta</b>	241	262	252	253	270
<b>Sucesivas Consultas</b>	3.973	4.259	3.557	3.716	3.520
<b>Total Consultas</b>	4.214	4.521	3.809	3.969	3.790
<b>Sucesivas / 1ª Consulta</b>	16,49	16,26	14,12	14,69	13,04
<b>Pacientes Atendidos</b>	769	837	855	878	958
<b>Tasa de Incidencia</b>	10	12	12	12	13
<b>Tasa de Prevalencia</b>	33	33	33	34	35
<b>Tasa de Frecuentación</b>	185	202	166	177	172

El número de pacientes infanto-juveniles atendidos en las USMC de Fuerteventura ha mostrado un ascenso progresivo desde el año 2012 hasta el 2016 (de 769 hasta 958). Por su parte, el número de consultas ha tenido oscilaciones durante este mismo periodo. Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1<sup>as</sup> consultas ha aumentado (241 vs. 270 respectivamente), mientras que el de consultas sucesivas ha disminuido (3.973 vs. 3.520 respectivamente).

### Actividad asistencial. Infanto-juvenil. Unidades de Salud Mental. La Gomera. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>1º Consulta</b>	38	40	49	51	40
<b>Sucesivas Consultas</b>	593	507	426	387	427
<b>Total Consultas</b>	631	547	475	438	467
<b>Sucesivas / 1ª Consulta</b>	15,61	12,68	8,69	7,59	10,68
<b>Pacientes Atendidos</b>	93	79	86	84	83
<b>Tasa de Incidencia</b>	13	14	18	19	15
<b>Tasa de Prevalencia</b>	25	17	17	18	20
<b>Tasa de Frecuentación</b>	160	159	140	126	130

El número de pacientes infanto-juveniles atendidos en las USMC de La Gomera ha mostrado oscilaciones entre el 2012 y el 2016. Por su parte, el número de consultas ha disminuido (desde 631 hasta 467). Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1<sup>as</sup> consultas ha aumentado ligeramente (38 vs. 40 respectivamente), mientras que el de consultas sucesivas ha disminuido notablemente (593 vs. 427 respectivamente).

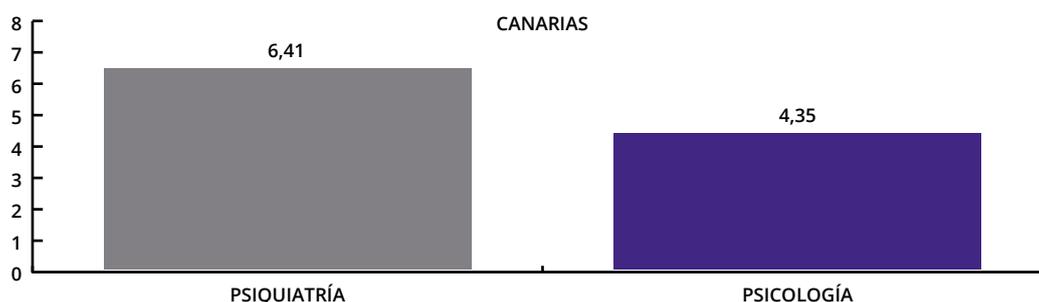
## Actividad asistencial. Infanto-juvenil. Unidades de Salud Mental. El Hierro. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>1º Consulta</b>	38	40	57	38	37
<b>Sucesivas Consultas</b>	142	200	335	278	198
<b>Total Consultas</b>	180	240	392	316	235
<b>Sucesivas / 1ª Consulta</b>	3,74	5,00	5,88	7,32	5,35
<b>Pacientes Atendidos</b>	61	61	80	63	65
<b>Tasa de Incidencia</b>	23	26	38	25	25
<b>Tasa de Prevalencia</b>	18	17	21	20	25
<b>Tasa de Frecuentación</b>	99	124	202	173	119

El número de pacientes infanto-juveniles atendidos en la USMC de El Hierro se ha mantenido similar entre 2012 y 2016. Por su parte, el número de consultas ha aumentado notablemente (de 180 hasta 235). Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1<sup>as</sup> consultas se ha mantenido similar (38 vs. 37 respectivamente), mientras que el de consultas sucesivas ha aumentado notablemente (142 vs. 198 respectivamente).

## Índice de consultas sucesivas / primeras consultas. Psiquiatría y Psicología. Canarias. Año 2016

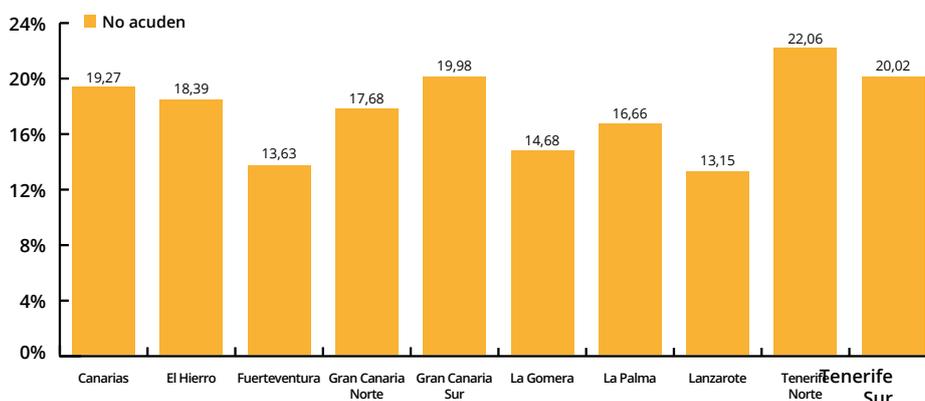
SUCESIVA / 1ª CONSULTA		
Año	Psiquiatría	Psicología
2016	6,41	4,35



Los índices de consultas sucesivas / 1<sup>as</sup> consultas fueron de 6,41 para Psiquiatría y 4,35 para Psicología.

## Nivel de asistencia a consulta por área - Canarias - Año 2016

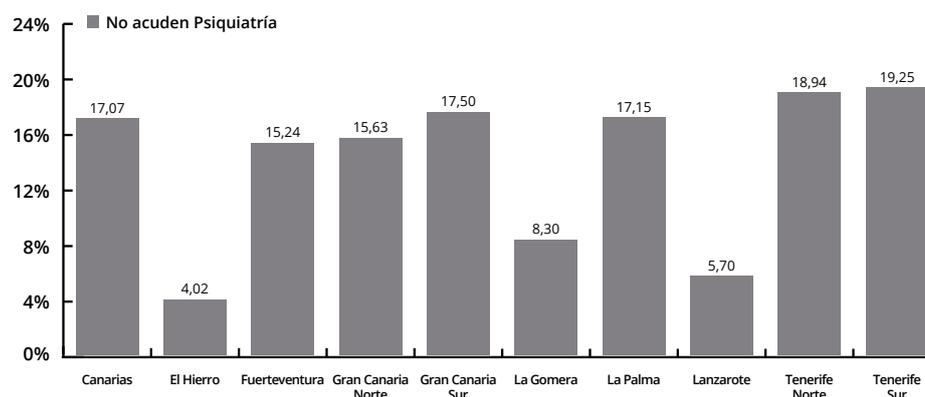
	CANARIAS	EL HIERRO	FUERTEVENTURA	GRAN CANARIA NORTE	GRAN CANARIA SUR	LA GOMERA	LA PALMA	LANZAROTE	TENERIFE NORTE	TENERIFE SUR
<b>NO ACUDEN</b>	19,27%	18,39%	13,63%	17,68%	19,98%	14,68%	16,66%	13,15%	22,06%	20,02%
<b>NO ACUDEN SUCESIVAS</b>	15,94%	15,71%	11,53%	15,51%	17,29%	14,16%	14,57%	10,23%	17,00%	16,39%
<b>NO ACUDEN 1ªCONSULTA</b>	3,36%	2,68%	2,10%	2,17%	2,69%	0,52%	2,09%	2,91%	5,15%	3,64%



La inasistencia a consultas en Canarias en 2016 fue del 19,27%. La inasistencia a las consultas sucesivas fue del 15,94%, y la de las 1<sup>as</sup> consultas, del 3,36%. La mayor inasistencia se produjo en Tenerife (Norte y Sur: 22,06% y 20,02% respectivamente), y la menor, en Lanzarote (13,15%).

## Nivel de asistencia a consulta por área - Psiquiatría - Año 2016

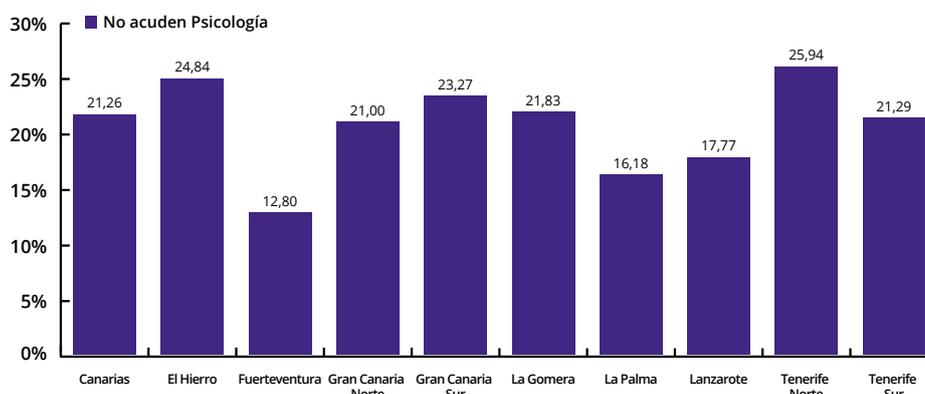
	CANARIAS	EL HIERRO	FUERTEVENTURA	GRAN CANARIA NORTE	GRAN CANARIA SUR	LA GOMERA	LA PALMA	LANZAROTE	TENERIFE NORTE	TENERIFE SUR
<b>NO ACUDEN</b>	17,07%	4,02%	15,24%	15,63%	17,50%	8,30%	17,15%	5,70%	18,94%	19,25%
<b>NO ACUDEN SUCESIVAS</b>	2,18%	0,00%	0,33%	1,41%	2,17%	0,90%	0,05%	0,90%	3,91%	2,12%
<b>NO ACUDEN 1ªCONSULTA</b>	14,89%	4,02%	14,92%	14,22%	15,33%	7,40%	17,10%	4,80%	15,08%	17,13%



La inasistencia a consultas de Psiquiatría en Canarias en 2016 fue del 17,07%. La inasistencia a las consultas sucesivas fue del 2,18%, y la de las 1<sup>as</sup> consultas, del 14,89%. La mayor tasa de inasistencia a las consultas de psiquiatría se produjo en Tenerife (Sur y Norte: 19,25% y 18,94% respectivamente) y la menor en El Hierro (4,02%). La mayor tasa de inasistencia de consultas sucesivas se produjo en Tenerife Sur (17,13%) y la mayor de 1<sup>as</sup> consultas, en Tenerife Norte (3,91%).

## Nivel de asistencia a consulta por área - Psicología - Año 2016

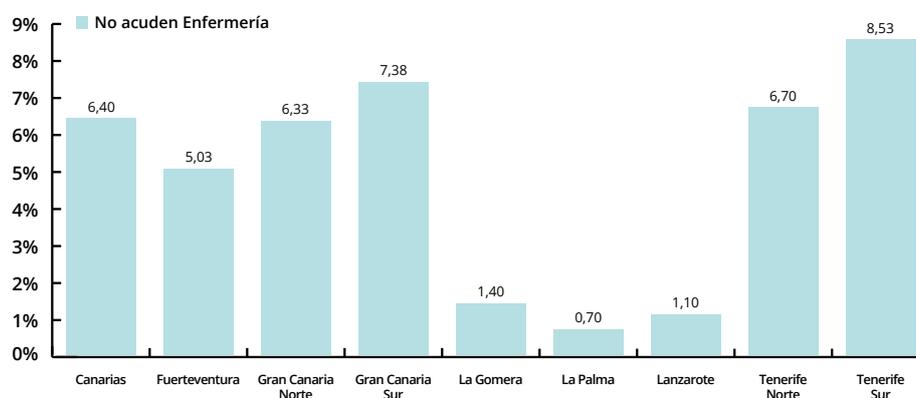
	CANARIAS	EL HIERRO	FUERTEVENTURA	GRAN CANARIA NORTE	GRAN CANARIA SUR	LA GOMERA	LA PALMA	LANZAROTE	TENERIFE NORTE	TENERIFE SUR
<b>NO ACUDEN</b>	21,60%	24,84%	12,80%	21,00%	23,27%	21,83%	16,18%	17,77%	25,94%	21,29%
<b>NO ACUDEN SUCESIVAS</b>	4,69%	3,89%	3,01%	3,41%	3,38%	0,10%	4,07%	4,16%	6,71%	6,12%
<b>NO ACUDEN 1ªCONSULTA</b>	16,95%	20,96%	9,79%	17,59%	19,89%	21,73%	12,11%	13,60%	19,39%	15,18%



La inasistencia a consultas de Psicología en Canarias en 2016 fue del 21,6%. La inasistencia a las consultas sucesivas fue del 16,95%, y la de las 1<sup>as</sup> consultas, del 4,96%. La mayor tasa de inasistencia a consultas de psicología se produjo en Tenerife Norte y El Hierro (25,94% y 24,84% respectivamente) y la menor, en Fuerteventura (12,8%). La mayor tasa de inasistencia de consultas sucesivas se produjo en La Gomera (21,73%) y la de 1<sup>as</sup> consultas, en Tenerife (Norte y Sur: 6,71% y 6,12% respectivamente).

## Nivel de asistencia a consulta por área - Enfermería - Año 2016

	CANARIAS	FUERTEVENTURA	GRAN CANARIA NORTE	GRAN CANARIA SUR	LA GOMERA	LA PALMA	LANZAROTE	TENERIFE NORTE	TENERIFE SUR
<b>NO ACUDEN</b>	6,40%	5,03%	6,33%	7,38%	1,40%	0,70%	1,10%	6,70%	8,53%
<b>NO ACUDEN SUCESIVAS</b>	0,06%	0,28%	0,04%	0,07%	0,00%	0,00%	0,07%	0,11%	0,02%
<b>NO ACUDEN 1ªCONSULTA</b>	6,33%	4,75%	6,30%	7,31%	1,40%	0,70%	1,03%	6,59%	8,51%



La inasistencia a consultas de Enfermería en Canarias en 2016 fue del 6,4%. La inasistencia a las consultas sucesivas fue del 6,33%, y la de las 1<sup>as</sup> consultas, del 0,06%. La mayor tasa de inasistencia a consultas de enfermería se produjo en Tenerife Sur (8,53%) y la menor, en La Palma (0,7%). La mayor tasa de inasistencia de consultas sucesivas se produjo en Tenerife Sur (8,51%) y la de 1<sup>as</sup> consultas, en Fuerteventura (0,28%).

## Nº de consultas con asistencia por grupo diagnóstico. Psiquiatría. Canarias. Año 2016

DIAGNÓSTICO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	SUMA TOTAL
<b>F0</b>	180	214	213	235	233	242	213	190	180	209	208	168	<b>2.485</b>
<b>F1</b>	149	184	236	179	193	212	186	168	181	154	193	161	<b>2.196</b>
<b>F2</b>	1.897	2.326	2.462	2.300	2.314	2.595	2.248	1.981	2.096	2.148	2.274	1.899	<b>26.540</b>
<b>F3</b>	2.045	2.471	2.618	2.550	2.535	2.715	2.421	2.118	2.375	2.273	2.503	2.016	<b>28.640</b>
<b>F4</b>	1.445	1.651	1.833	1.804	1.699	2.055	1.681	1.599	1.564	1.556	1.778	1.419	<b>20.084</b>
<b>F5</b>	57	59	78	68	75	83	63	67	65	59	69	61	<b>804</b>
<b>F6</b>	378	470	569	499	468	540	437	425	428	434	499	370	<b>5.517</b>
<b>F7</b>	214	300	297	311	301	329	261	227	311	271	285	231	<b>3.338</b>
<b>F8</b>	195	284	296	304	270	345	294	257	306	308	327	280	<b>3.466</b>
<b>F9</b>	529	659	625	753	526	652	632	534	658	676	674	568	<b>7.486</b>
<b>F99</b>	8	8	8	6	3	2	6	4	4	8	3	4	<b>64</b>
<b>Z6</b>	38	45	39	39	41	50	34	46	36	41	42	38	<b>489</b>
<b>Z5</b>	4	9	3	4	8	6	2	6	6	3	2	4	<b>57</b>
<b>Z9</b>	14	24	25	29	19	38	27	30	18	14	18	20	<b>276</b>
<b>Z0</b>	25	14	14	20	17	23	24	17	18	31	25	9	<b>237</b>
<b>Sin Diag.</b>	233	329	343	375	387	455	342	321	320	378	393	275	<b>4.151</b>
<b>Total</b>	<b>7.411</b>	<b>9.047</b>	<b>9.659</b>	<b>9.476</b>	<b>9.089</b>	<b>10.342</b>	<b>8.871</b>	<b>7.990</b>	<b>8.566</b>	<b>8.563</b>	<b>9.293</b>	<b>7.523</b>	<b>105.830</b>

En las consultas de Psiquiatría en Canarias durante el 2016, los grupos diagnósticos mayoritarios fueron el F3 (28.640 consultas), F2 (26.540 consultas) y F4 (20.084 consultas).

## Nº de consultas con asistencia por grupo diagnóstico. Psicología. Canarias. Año 2016

DIAGNÓSTICO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	SUMA TOTAL
<b>F0</b>	23	32	23	25	35	38	31	35	25	34	31	17	<b>349</b>
<b>F1</b>	45	55	73	54	50	54	60	53	40	51	43	53	<b>631</b>
<b>F2</b>	220	292	252	289	251	294	271	217	245	254	331	215	<b>3.131</b>
<b>F3</b>	969	1.204	1.326	1.333	1.187	1.261	1.142	1.023	1.047	1.096	1.284	897	<b>13.769</b>
<b>F4</b>	2.362	3.043	3.022	3.372	2.914	3.120	2.797	2.478	2.636	2.758	3.343	2.364	<b>34.209</b>
<b>F5</b>	85	98	113	137	129	122	115	83	93	119	144	85	<b>1.323</b>
<b>F6</b>	323	415	393	431	368	409	399	310	370	354	412	309	<b>4.493</b>
<b>F7</b>	50	69	70	61	49	54	44	42	48	48	61	38	<b>634</b>
<b>F8</b>	184	236	213	245	273	315	271	222	260	298	248	232	<b>2.997</b>
<b>F9</b>	554	693	668	760	746	762	663	520	628	754	648	565	<b>7.961</b>
<b>F99</b>		2	3	3	4	1	1	1		2	1	2	<b>20</b>
<b>Z6</b>	103	164	165	190	148	183	153	106	186	157	165	108	<b>1.828</b>
<b>Z5</b>	12	18	15	28	25	14	19	8	25	23	20	15	<b>222</b>
<b>Z9</b>	12	29	29	29	31	37	29	28	23	26	20	17	<b>310</b>
<b>Z0</b>	21	26	36	47	37	24	20	20	30	32	24	26	<b>343</b>
<b>Sin Diag.</b>	378	529	509	520	432	465	455	342	366	442	449	363	<b>5.250</b>
<b>Total</b>	<b>5.341</b>	<b>6.905</b>	<b>6.910</b>	<b>7.524</b>	<b>6.679</b>	<b>7.153</b>	<b>6.470</b>	<b>5.488</b>	<b>6.022</b>	<b>6.448</b>	<b>7.224</b>	<b>5.306</b>	<b>77.470</b>

En las consultas de Psicología en Canarias durante el 2016, los grupos diagnósticos mayoritarios fueron el F4 (34.209 consultas), F3 (13.769 consultas) y a mayor distancia, el F9 (7.961 consultas).

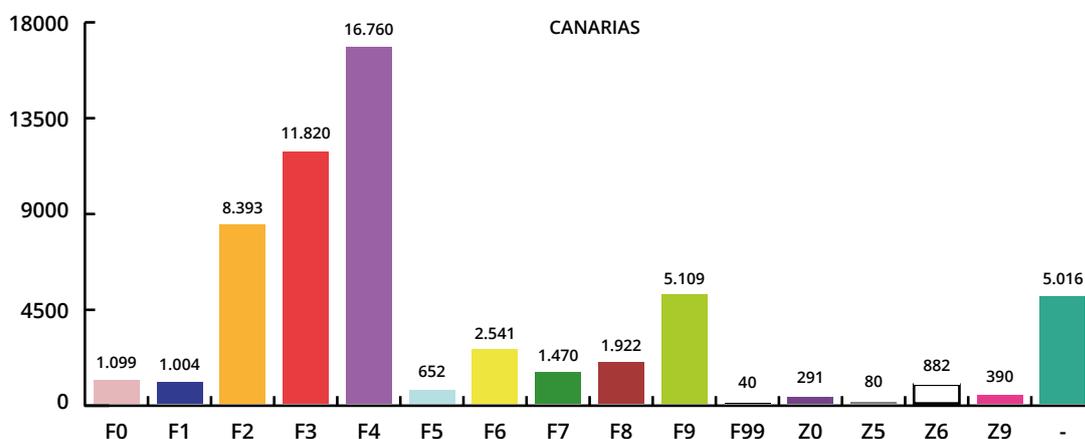
### Nº de consultas con asistencia por grupo diagnóstico. Enfermería. Canarias. Año 2016

DIAGNÓSTICO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	SUMA TOTAL
F0	39	71	58	62	48	61	52	44	52	55	39	39	620
F1	129	163	147	157	139	132	116	126	127	111	134	104	1.585
F2	4.090	4.548	4.648	4.758	4.548	4.714	4.407	4.131	4.588	4.200	4.482	4.032	53.146
F3	785	932	948	953	927	988	893	766	931	812	878	737	10.550
F4	229	348	419	417	430	392	329	331	402	272	346	230	4.145
F5	19	30	34	46	37	42	32	26	36	30	43	24	399
F6	146	166	164	154	140	155	142	110	129	116	143	109	1.674
F7	132	158	146	155	149	185	156	154	149	147	158	121	1.810
F8	20	57	45	55	56	48	42	46	37	27	89	41	563
F9	97	187	188	186	171	163	163	184	192	113	230	143	2.017
F99			1	3	2	4	3	3	3	2	1	2	24
Z6	10	15	17	24	11	8	15	13	15	11	12	11	162
Z5	5	6	4	2	7	4	2	4	1	2	1	1	39
Z9	3	8	2	5	2	2	4	2	1	0	1	3	33
Z0	7	4	5	14	8	4	4	5	1	3	5	7	67
Sin Diag.	131	166	167	183	171	204	131	152	193	158	178	125	1.959
<b>Total</b>	<b>5.839</b>	<b>6.851</b>	<b>6.991</b>	<b>7.169</b>	<b>6.844</b>	<b>7.104</b>	<b>6.487</b>	<b>6.095</b>	<b>6.856</b>	<b>6.059</b>	<b>6.739</b>	<b>5.726</b>	<b>78.760</b>

En las consultas de Enfermería en Canarias durante el 2016, el grupo diagnóstico claramente mayoritario fue el F2 (53.146 consultas). Los otros dos grupos diagnósticos mayoritarios, pero con unas cifras notablemente menores, fueron el F3 (10.550 consultas) y el F4 (4.145 consultas).

### Nº de pacientes con asistencia por grupo diagnóstico. Canarias. Año 2016

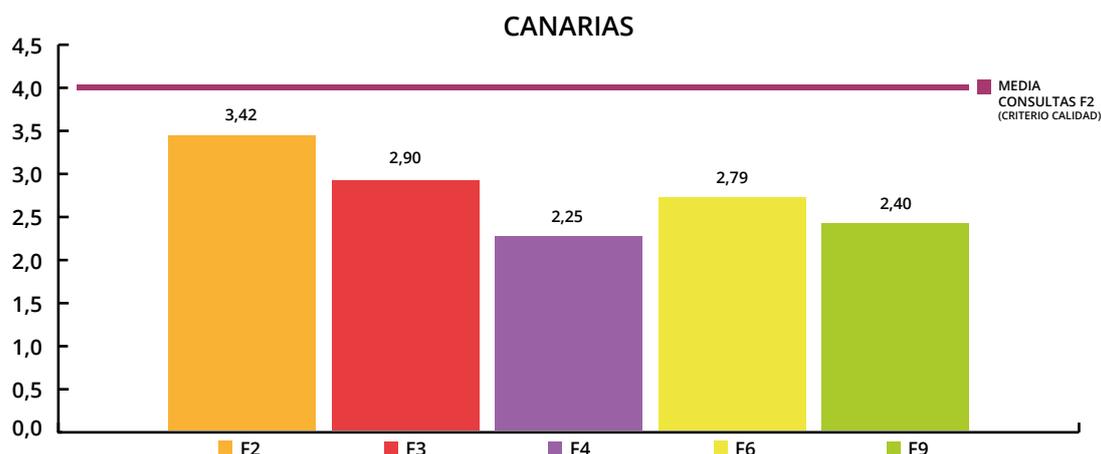
UNIDAD	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F99	Z0	Z5	Z6	Z9	-
Canarias	1.099	1.004	8.393	11.820	16.760	652	2.541	1.470	1.922	5.109	40	291	80	882	390	5.016



Según el grupo diagnóstico, en Canarias durante el 2016, el mayor número de pacientes con asistencia correspondió al grupo F4 (16.760). Otros dos grupos mayoritarios fueron el F3 (11.820 pacientes) y el F2 (8.393 pacientes).

### Media de consultas por diagnóstico. Psiquiatría. Canarias. Año 2016

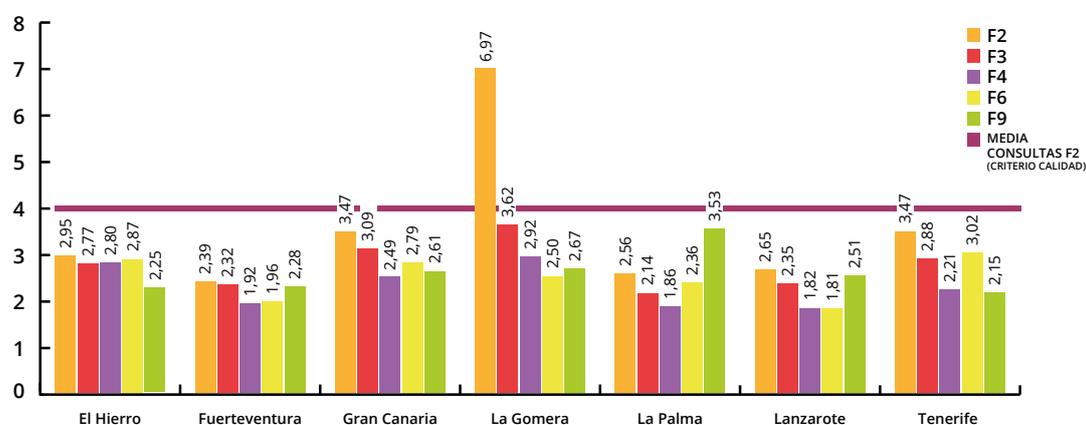
HOSPITAL USM	F2	F3	F4	F6	F9
Canarias	3,42	2,90	2,25	2,79	2,40



La mayor media de consultas de Psiquiatría por diagnóstico en Canarias durante el 2016 correspondió al grupo F2 (3,42), seguida por el grupo F3 (2,90) y el F6 (2,79).

### Media de consultas por diagnóstico. Psiquiatría. Islas. Año 2016

	EL HIERRO	FUERTEVENTURA	GRAN CANARIA	LA GOMERA	LA PALMA	LANZAROTE	TENERIFE
<b>F2</b>	2,95	2,39	3,47	6,97	2,56	2,65	3,47
<b>F3</b>	2,77	2,32	3,09	3,62	2,14	2,35	2,88
<b>F4</b>	2,80	1,92	2,49	2,92	1,86	1,82	2,21
<b>F6</b>	2,87	1,96	2,79	2,50	2,36	1,81	3,02
<b>F9</b>	2,25	2,28	2,61	2,67	3,53	2,51	2,15

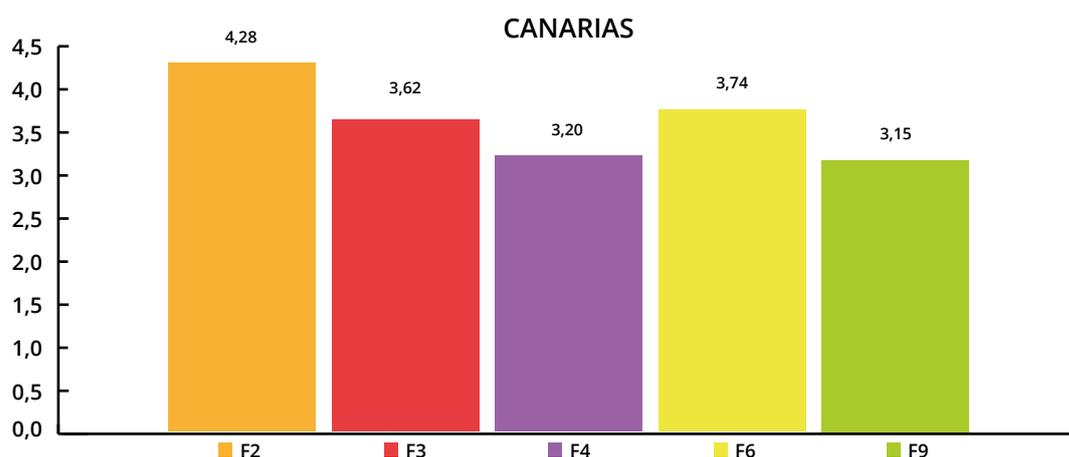


En todas las islas la mayor media de consultas de Psiquiatría por diagnóstico en Canarias durante el 2016 correspondió al grupo F2, excepto en La Palma, donde lo fue el grupo F9. Teniendo en

consideración que el estándar de calidad establecido en nuestra Comunidad Autónoma para la atención a las personas con diagnóstico F2 es de al menos 4 consultas al año para Psiquiatría y 12 para Enfermería, puede apreciarse que en conjunto no se alcanza, a excepción de La Gomera.

### Media de consultas por diagnóstico. Psicología. Canarias. Año 2016

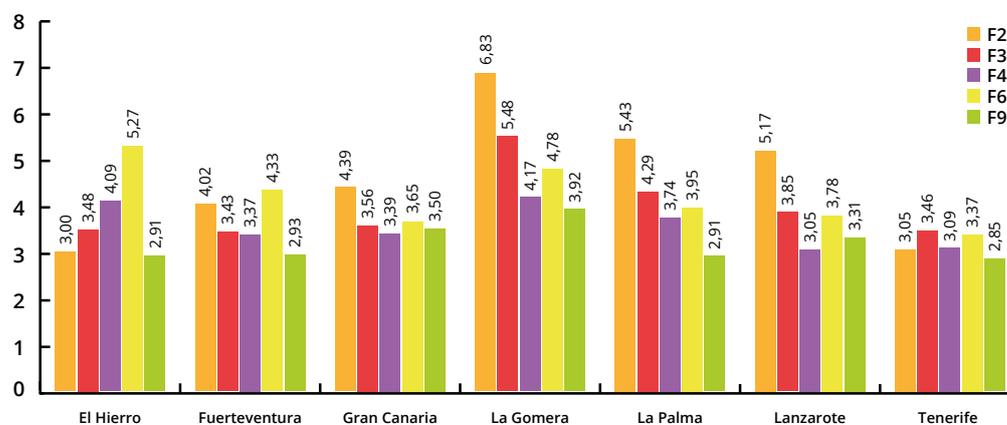
HOSPITAL USM	F2	F3	F4	F6	F9
Canarias	4,28	3,62	3,20	3,74	3,15



La mayor media de consultas de Psicología por diagnóstico en Canarias durante el 2016 correspondió al grupo F2 (4,28), seguida por el grupo F6 (3,74) y el F3 (3,62).

### Media de consultas por diagnóstico. Psicología. Islas. Año 2016

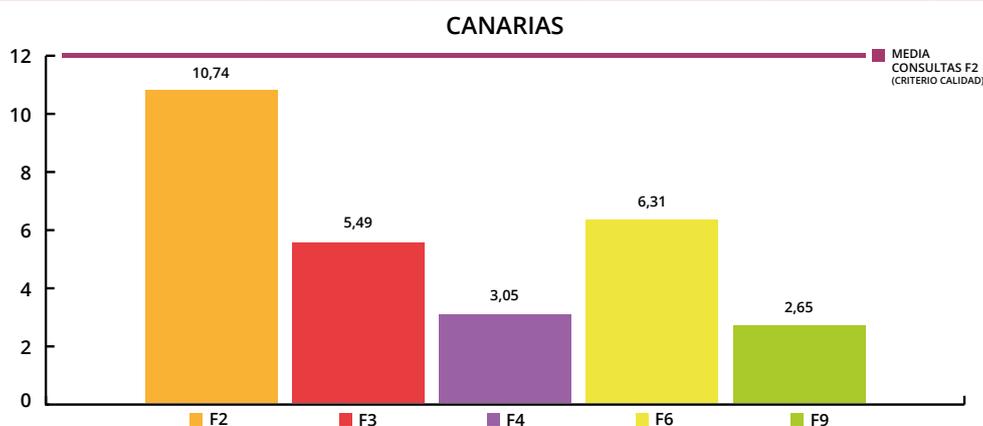
	EL HIERRO	FUERTEVENTURA	GRAN CANARIA	LA GOMERA	LA PALMA	LANZAROTE	TENERIFE
F2	3,00	4,02	4,39	6,83	5,43	5,17	3,05
F3	3,48	3,43	3,56	5,48	4,29	3,85	3,46
F4	4,09	3,37	3,39	4,17	3,74	3,05	3,09
F6	5,27	4,33	3,65	4,78	3,95	3,78	3,37
F9	2,91	2,93	3,50	3,92	2,91	3,31	2,85



En la mayoría de las islas la mayor media de consultas de Psicología por diagnóstico en Canarias durante el 2016 correspondió al grupo F2, excepto en El Hierro, Fuerteventura y Tenerife, donde lo fue el grupo F6 (El Hierro y Fuerteventura) y el F3 (Tenerife).

## Media de consultas por diagnóstico. Enfermería. Canarias. Año 2016

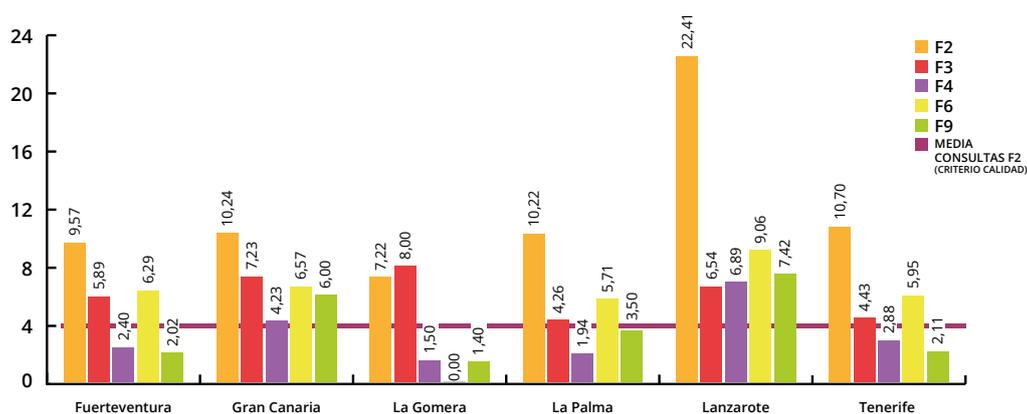
HOSPITAL USM	F2	F3	F4	F6	F9
Canarias	10,74	5,49	3,05	6,31	2,65



La mayor media de consultas de Enfermería por diagnóstico en Canarias durante el 2016 correspondió al grupo F2 (10,74), seguida por los grupos F6 (6,31) y F3 (5,49). Teniendo en consideración que el estándar de calidad establecido en nuestra Comunidad Autónoma para la atención a las personas con diagnóstico F2 es de al menos 12 consultas para Enfermería, puede apreciarse que no se alcanza.

## Media de consultas por diagnóstico. Enfermería. Islas. Año 2016

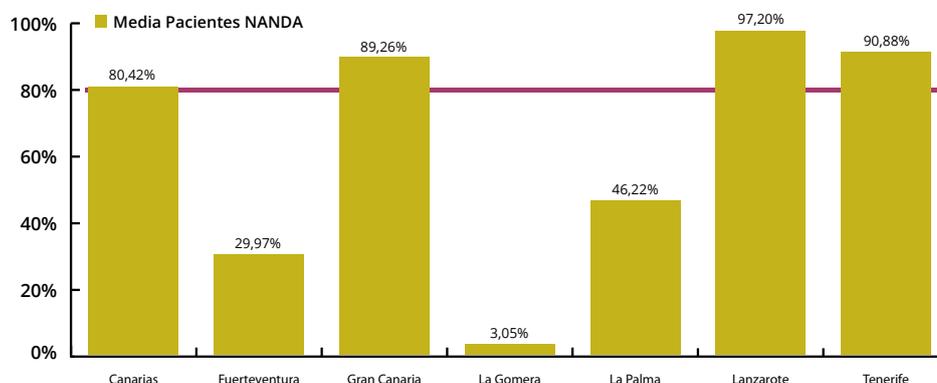
	FUERTEVENTURA	GRAN CANARIA	LA GOMERA	LA PALMA	LANZAROTE	TENERIFE
F2	9,57	10,24	7,22	10,22	22,41	10,70
F3	5,89	7,23	8,00	4,26	6,54	4,43
F4	2,40	4,23	1,50	1,94	6,89	2,88
F6	6,29	6,57	0,00	5,71	9,06	5,95
F9	2,02	6,00	1,40	3,50	7,42	2,11



En todas las islas la mayor media de consultas de Enfermería por diagnóstico en Canarias durante el 2016 correspondió al grupo F2, excepto en La Gomera, donde correspondió al grupo F3. En cuanto a la media de consultas a los pacientes con diagnóstico F2, en Lanzarote se produce la mayor, con 22,41 consultas, sobrepasando marcadamente el estándar de calidad y doblando la media que se da en otras islas.

## Nº de pacientes atendidos por enfermería con diagnóstico NANDA. Canarias. Año 2016

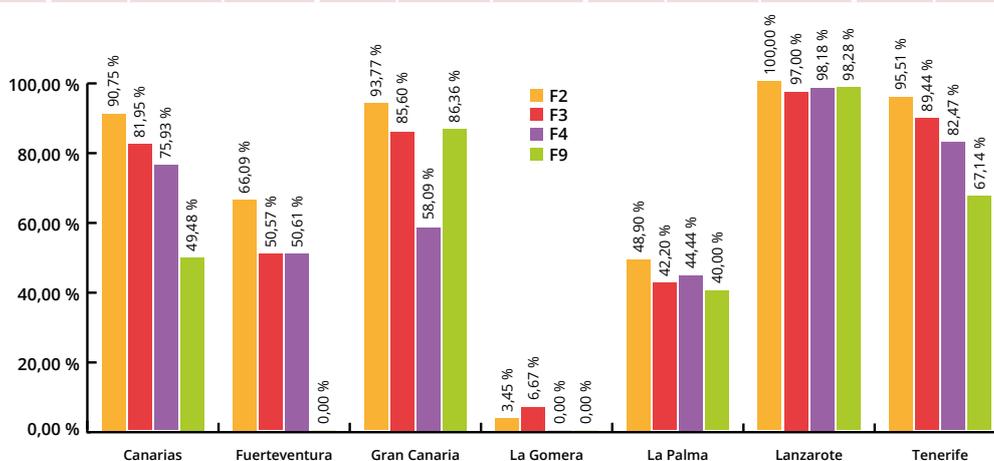
	CANARIAS	FUERTEVENTURA	GRAN CANARIA	LA GOMERA	LA PALMA	LANZAROTE	TENERIFE
<b>PACIENTES CON NANDA</b>	9.448	291	3.509	4	263	486	4.293
<b>TOTAL PACIENTES</b>	11.749	971	3.931	131	569	500	4.724
<b>MEDIA PACIENTES NANDA</b>	80,42%	29,97%	89,26%	3,05%	46,22%	97,20%	90,88%



El 80,42% de los pacientes atendidos por Enfermería tienen diagnóstico NANDA. La isla con menor porcentaje de pacientes con diagnóstico NANDA es La Gomera (3,05%) y la de mayor, Lanzarote (97,2%).

## Nº de pacientes por diagnóstico NANDA. Canarias. Año 2016

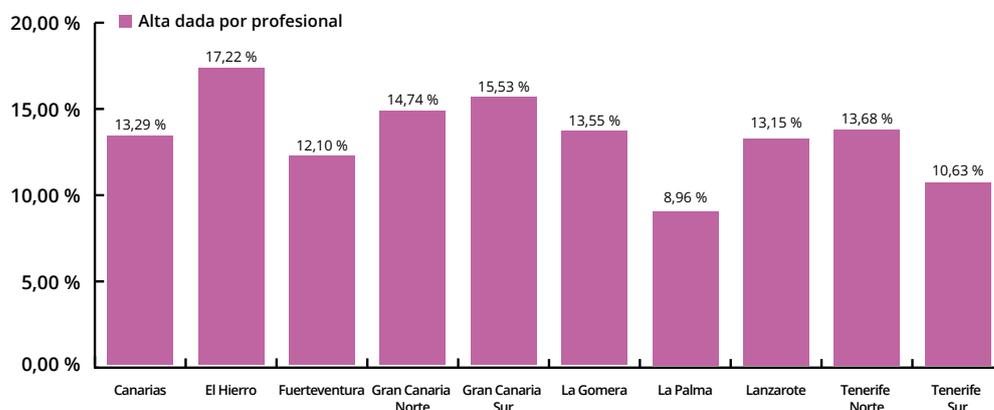
	F2			F3			F4			F9		
	% NANDA	USUARIOS NANDA	USUARIOS									
<b>CANARIAS</b>	90,75%	4.641	5.114	81,95%	1.716	2.094	75,93%	1.167	1.537	49,48%	430	869
<b>FUERTEVENTURA</b>	66,09%	115	174	50,57%	44	87	50,61%	83	164	0,00%	0	260
<b>GRAN CANARIA</b>	93,77%	2.424	2.585	85,60%	535	625	58,09%	79	136	86,36%	38	44
<b>LA GOMERA</b>	3,45%	2	58	6,67%	2	30	0,00%	0	4	0,00%	0	5
<b>LA PALMA</b>	48,90%	111	227	42,20%	73	173	44,44%	24	54	40,00%	4	10
<b>LANZAROTE</b>	100,00%	148	148	97,00%	97	100	98,18%	54	55	98,28%	57	58
<b>TENERIFE</b>	95,51%	1.849	1.936	89,44%	966	1.080	82,47%	927	1.124	67,14%	331	493



El grupo diagnóstico con menor porcentaje de pacientes con diagnóstico NANDA en Canarias es el F9, con un 49,48%; y el mayor, el F2, con un 90,75%.

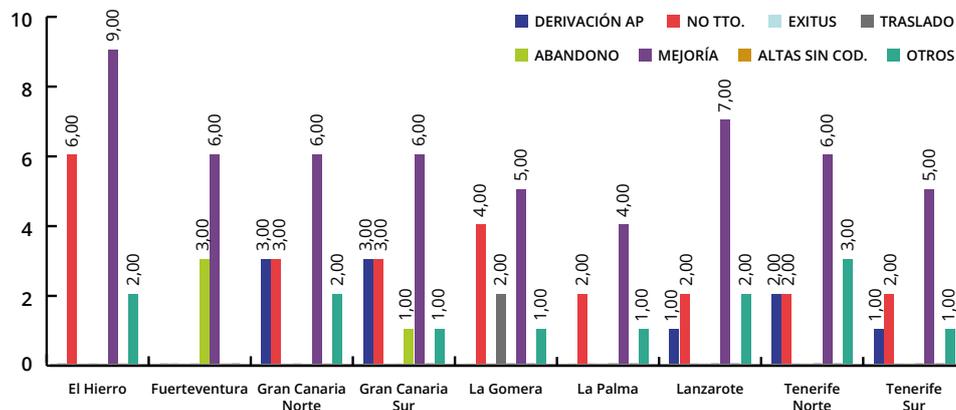
## Nº de pacientes con alta dada por profesional. Áreas. Año 2016

	CANARIAS	EL HIERRO	FUERTEVENTURA	GRAN CANARIA NORTE	GRAN CANARIA SUR	LA GOMERA	LA PALMA	LANZAROTE	TENERIFE NORTE	TENERIFE SUR
%	13,29%	17,22%	12,10%	14,74%	15,53%	13,55%	8,96%	13,15%	13,68%	10,63%



El alta por parte del profesional se produjo en el 13,29% de los pacientes en Canarias durante el 2016. El área con el mayor porcentaje fue El Hierro (17,22%) y el de menor, La Palma (8,96%).

## Nº de pacientes por tipo de alta. Áreas. Año 2016

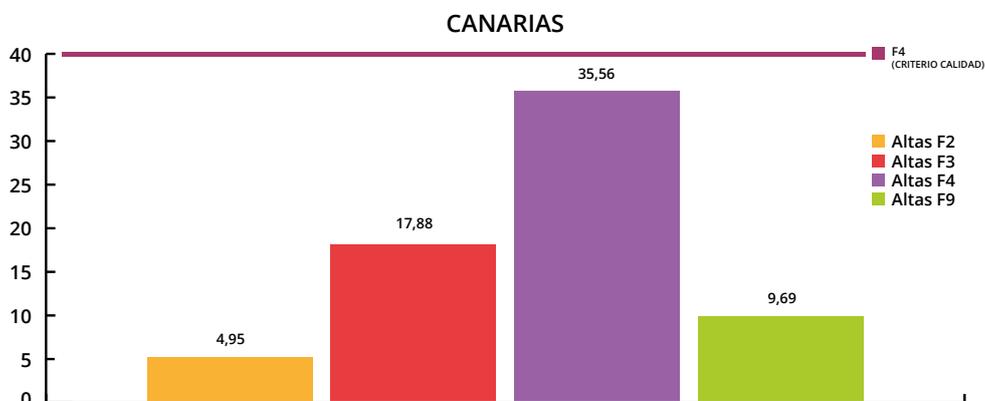


El principal motivo de alta en todas las islas durante el 2016 fue la mejoría.

*Nota:* En cuanto a los abandonos, en esta gráfica figuran solo los codificados por los profesionales, y no los codificados por el sistema.

## Altas por diagnóstico. Canarias. Año 2016

UNIDAD	ALTAS F2	ALTAS F3	ALTAS F4	ALTAS F9	TOTAL PACIENTES CON ALTA
Canarias	4,95	17,88	35,56	9,69	22.118



El grupo diagnóstico mayoritario entre los pacientes con alta en Canarias durante el 2016 fue el F4 (35,56%) seguido del F3 (17,88%).

## Altas por abandono. Áreas. Año 2016

AÑO	ABANDONOS	% ABANDONOS	ABANDONOS POR EL PROFESIONAL	ABANDONOS POR EL SISTEMA
2015	14.838	21,61 %	527	14.311
2016	14.579	20,86 %	446	14.133



**Abandono por el sistema:** No asistencia a consulta con profesional sanitario (psiquiatra, psicólogo o enfermero) seguida de un periodo de al menos 6 meses sin nueva consulta en la USM con asistencia. El haber sido dado de alta por criterios clínicos, el fallecimiento o haberse mudado a otra área no se considera abandono.

**Abandono codificado por el profesional:** Abandono codificado como tal por el profesional, a raíz de tener conocimiento sobre este.

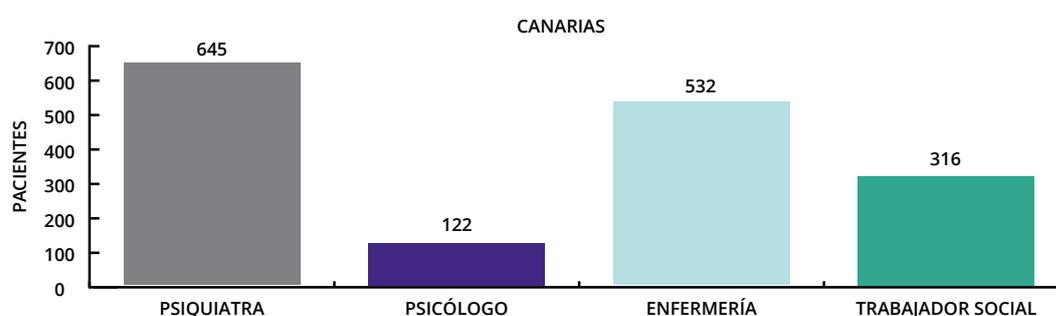
El 20,86% de las altas en Canarias durante el 2016 correspondió a abandonos.

## Lugar de intervenciones por profesional. Canarias. Año 2016

TIPO PROFESIONAL	% PROPIO CENTRO	% DOMICILIO	% OTRA INSTITUCIÓN
Auxiliar de Enfermería	72,17%	23,19%	4,64%
DUE	97,02%	1,82%	1,17%
Logopeda	100,00%	0,00%	0,00%
Psicólogo	99,97%	0,02%	0,02%
Psiquiatra	99,55%	0,31%	0,13%
Trabajador Social	96,15%	0,00%	3,85%

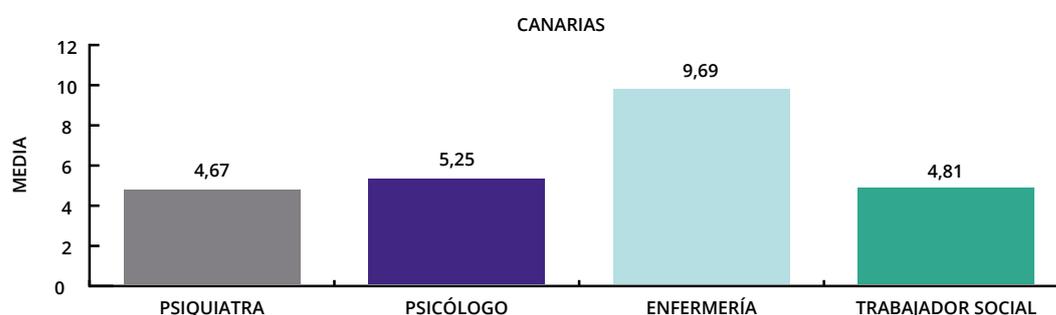
El centro asistencial es el lugar mayoritario donde se realizaron las consultas, con más de un 96% de estas. En el caso de los Auxiliares de Enfermería, aunque el centro asistencial también es el mayoritario, representa el 72,17% de las consultas, y las consultas domiciliarias, un 23,19%.

## Pacientes con diagnóstico F2 ingresados en 2016, con consultas en USM. Canarias



De los pacientes ingresados en 2016 con diagnóstico F2, 645 tuvieron consultas en la USM durante ese año por Psiquiatría, 532 por Enfermería, 316 por Trabajo Social y solo 122 por Psicología.

## Media de consultas en USM a pacientes con diagnóstico F2 ingresados en 2016. Canarias



En cuanto a los pacientes con diagnóstico F2 que tuvieron ingreso durante el 2016, Enfermería tuvo una media de 9,69 consultas durante ese año, Psicología 5,25 y Trabajo Social 4,81. La menor media correspondió a Psiquiatría, con 4,67 consultas durante el año.

## Consultas Ambulatorias Hospitalarias - Canarias - 2016

PACIENTES NUEVOS	REINICIO	1ª CONSULTA	CONSULTAS SUCESIVAS	TOTAL CONSULTAS
934	398	1.332	6.808	<b>8.140</b>

En Canarias se atendieron a 934 pacientes nuevos en las consultas ambulatorias hospitalarias durante el 2016. Se realizaron un total de 8.140 consultas. La mayor proporción correspondió al CHUC.

## Consultas Ambulatorias Hospitalarias - CHUC - 2016

UNIDAD	PACIENTES NUEVOS	REINICIO	1ª CONSULTA	CONSULTAS SUCESIVAS	TOTAL CONSULTAS
CAH CHUC	22	13	35	267	<b>302</b>
Cirug. Bariátrica CHUC	16	41	57	287	<b>344</b>
Fibromialgia CHUC	0	6	6	49	<b>55</b>
Pretrasplante CHUC	3	1	4	4	<b>8</b>
Prev. Tabaquismo CHUC	0	0	0	24	<b>24</b>
Prevención de TCA CHUC	0	0	0	1	<b>1</b>
Prog. Enf. Infecciosas CHUC	8	24	32	188	<b>220</b>
Psicooncología CHUC	100	62	162	998	<b>1.160</b>
Rehabil. Cardíaca CHUC	93	9	102	1.266	<b>1.368</b>
UAT CHUC	12	10	22	10	<b>32</b>
Unidad de TCA CHUC	55	105	160	1.724	<b>1.884</b>
<b>Suma Total</b>	<b>309</b>	<b>271</b>	<b>580</b>	<b>4.818</b>	<b>5.398</b>

## Consultas Ambulatorias Hospitalarias - HUGCDN - 2016

UNIDAD	PACIENTES NUEVOS	REINICIO	1ª CONSULTA	CONSULTAS SUCESIVAS	TOTAL CONSULTAS
CAH CHUC	70	36	106	98	<b>204</b>
Cirug. Bariátrica CHUC	55	2	57	49	<b>106</b>
Consulta Seguimiento Terapia Familiar CHUC	4	11	15	53	<b>68</b>
Patología Dual CHUC	185	17	202	580	<b>782</b>
Psicooncología CHUC	83	4	87	217	<b>304</b>
UAT CHUC	99	36	135	55	<b>190</b>
<b>Suma Total</b>	<b>496</b>	<b>106</b>	<b>602</b>	<b>1052</b>	<b>1654</b>

### Consultas Ambulatorias Hospitalarias - CHUNSC - 2016

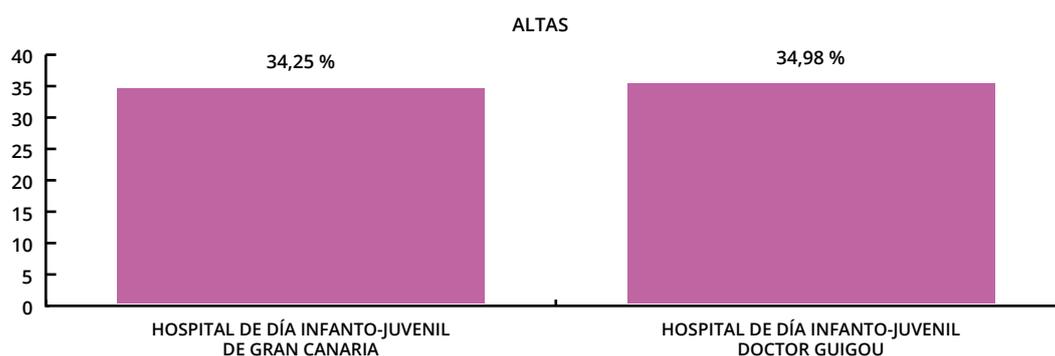
UNIDAD	PACIENTES NUEVOS	REINICIO	1ª CONSULTA	CONSULTAS SUCESIVAS	TOTAL CONSULTAS
CAH CHUNSC	12	1	13	70	83
Consulta TEC CHUNSC	19	12	31	536	567
Psicooncología CHUNSC	77	7	84	249	333
<b>Suma Total</b>	<b>108</b>	<b>20</b>	<b>128</b>	<b>855</b>	<b>983</b>

### Consultas Ambulatorias Hospitalarias - HGF - 2016

UNIDAD	PACIENTES NUEVOS	REINICIO	1ª CONSULTA	CONSULTAS SUCESIVAS	TOTAL CONSULTAS
Cirug. Bariátrica HGF	21	1	22	83	105
<b>Suma Total</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	<b>22</b>	<b>83</b>	<b>105</b>

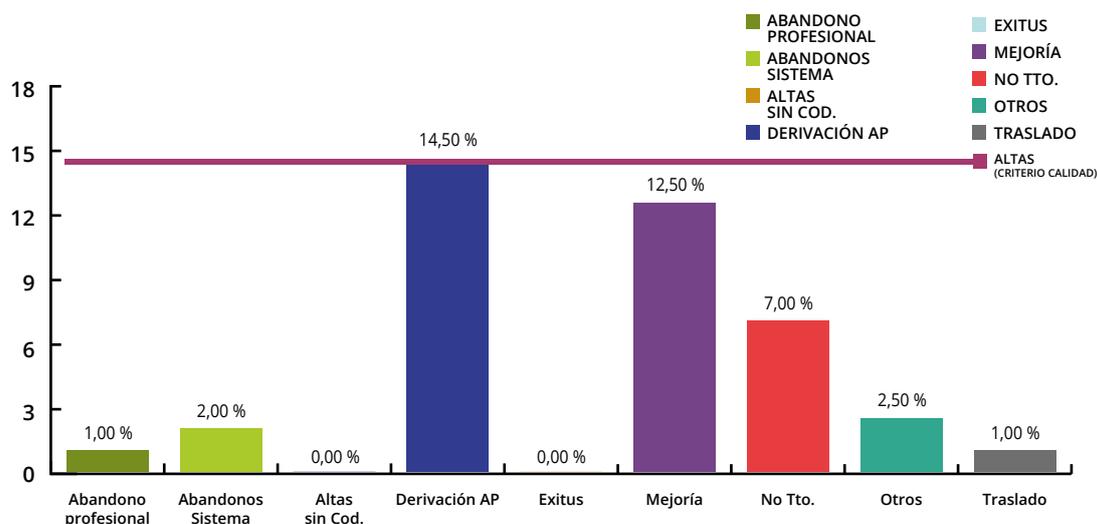
### Altas en Hospitales de Día Infanto-juveniles. Año 2016

UNIDAD	ALTAS
Hospital de Día Infanto-Juvenil de Gran Canaria	34,25 %
Hospital de Día Infanto-Juvenil Doctor Guigou	34,98 %



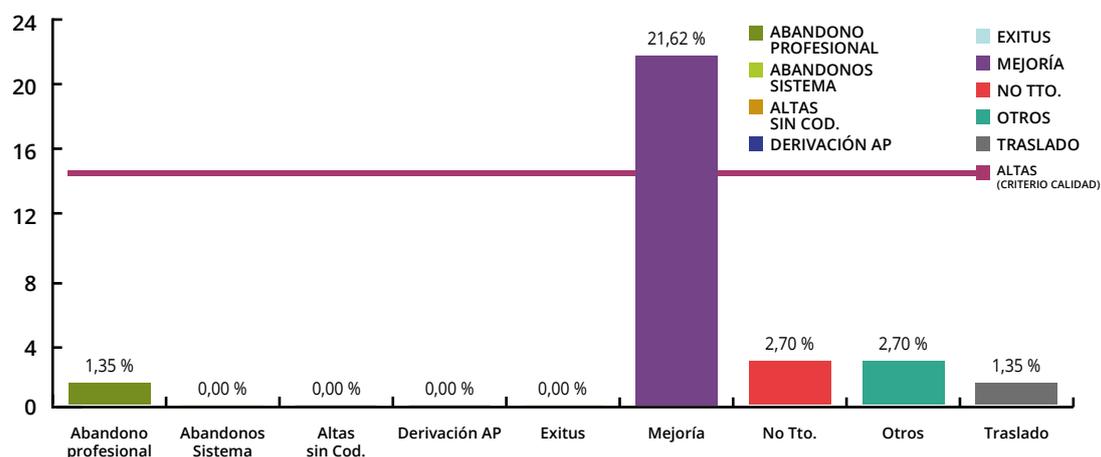
Durante el 2016 el porcentaje de altas en los Hospitales de Día Infanto-juveniles de Canarias fue similar: 34,98% en el de Tenerife, y 34,25% en el de Gran Canaria.

## Tipos de altas en Hospital de Día Infanto-juvenil. Tenerife. Año 2016



Los motivos principales de alta en el Hospital de Día Infanto-juvenil de Tenerife fueron la derivación a Atención Primaria (14,5%) y la mejoría (12,5%).

## Tipos de altas en Hospital de Día Infanto-juvenil. Gran Canaria. Año 2016

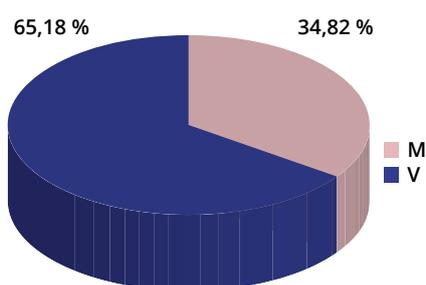


El motivo principal de alta en el Hospital de Día Infanto-juvenil de Gran Canaria fue la mejoría (21,6%).

## 6.2. ACTIVIDAD DE LA RED DE RECURSOS SOCIALES Y SOCIOSANITARIOS

Pacientes por sexo en dispositivos de rehabilitación psicosocial. Canarias. Año 2016

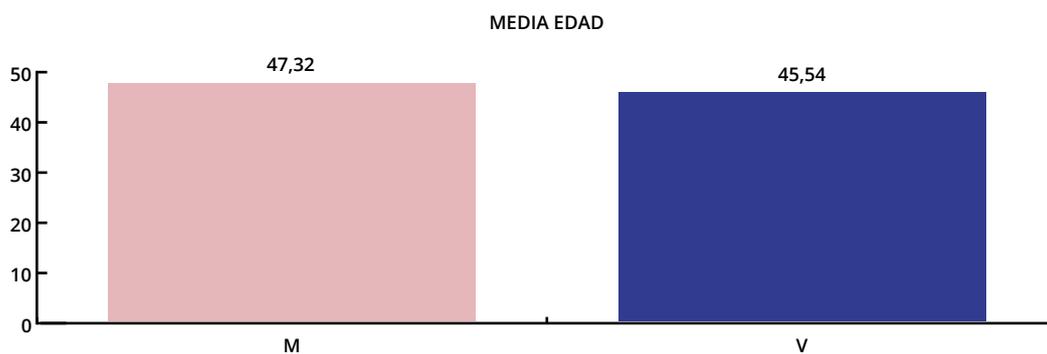
SEXO	NÚMERO DE PACIENTES
M	617
V	1.155



Casi dos tercios de los pacientes atendidos en los dispositivos de rehabilitación psicosocial son hombres (65,18%).

Pacientes por edad en dispositivos de rehabilitación psicosocial. Año 2016

SEXO	MEDIA EDAD
M	47,32
V	45,54

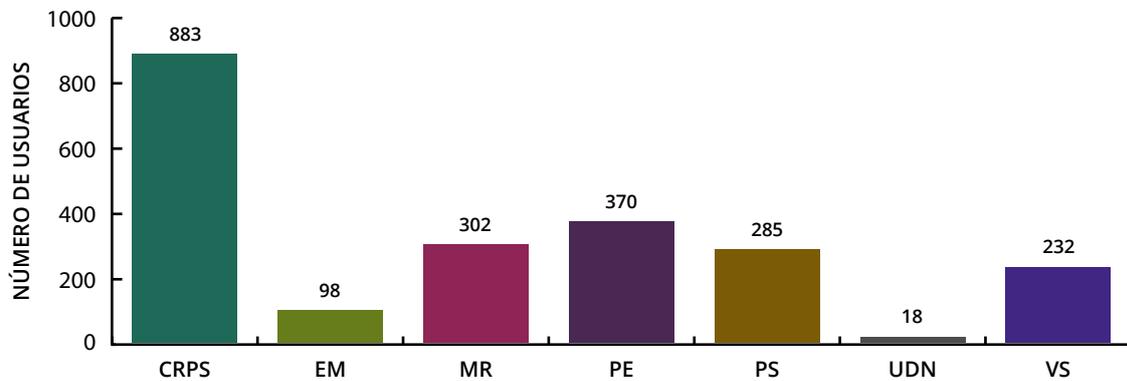


La media de edad de los pacientes atendidos en los dispositivos de rehabilitación psicosocial se sitúa entre los 45,5 años (hombres) y 47,3 años (mujeres).

## Nº de usuarios en dispositivos de rehabilitación psicosocial (DRPS). Canarias. Año 2016

EM: Equipo móvil / MR: Mini-residencia / PE: Programa de empleo / PS: Plaza supervisada / UDN: Unidad de noche / VS: Vivienda supervisada

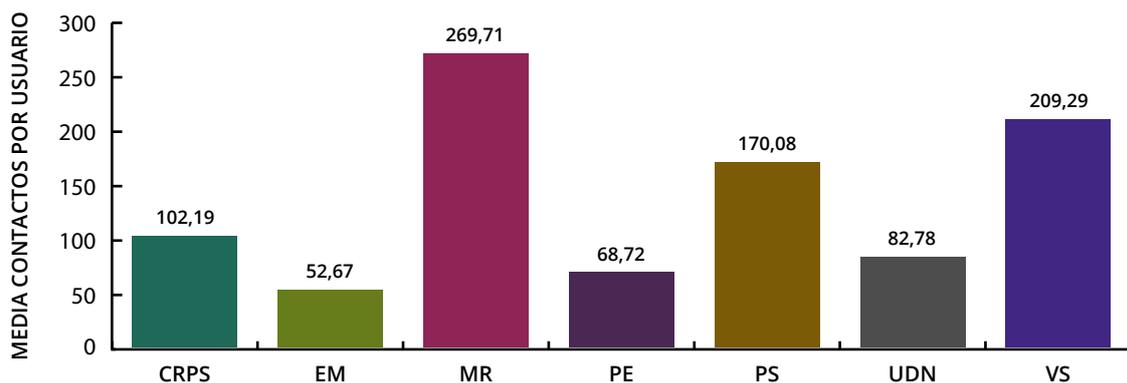
Total: 1.772



El mayor número de usuarios de los dispositivos de rehabilitación psicosocial corresponde a los Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial.

## Media anual de contactos por usuario. Canarias. Año 2016

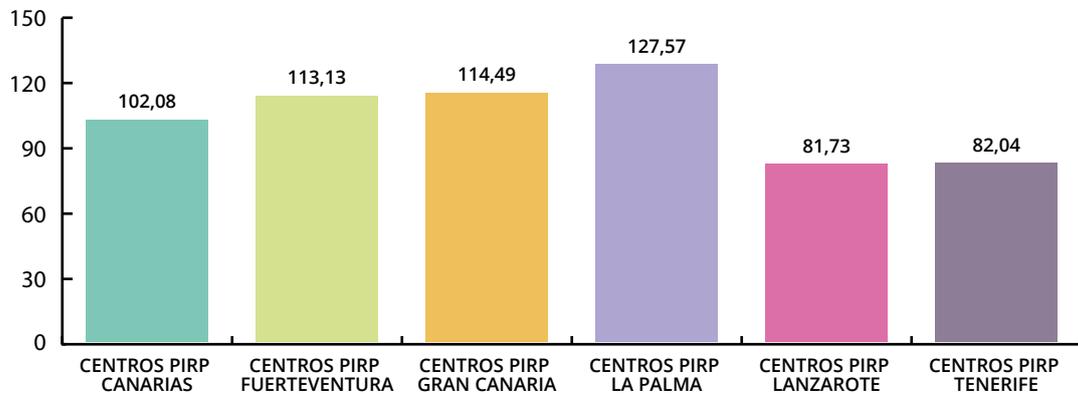
EM: Equipo móvil / MR: Mini-residencia / PE: Programa de empleo / PS: Plaza supervisada / UDN: Unidad de noche / VS: Vivienda supervisada



Las mayores medias anuales de contactos por usuario en los dispositivos de rehabilitación psicosocial corresponden a las Mini-residencias, Viviendas supervisadas y Plazas supervisadas.

## Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial (CDRPS). Media anual de contactos de usuarios. Canarias y Áreas. Año 2016

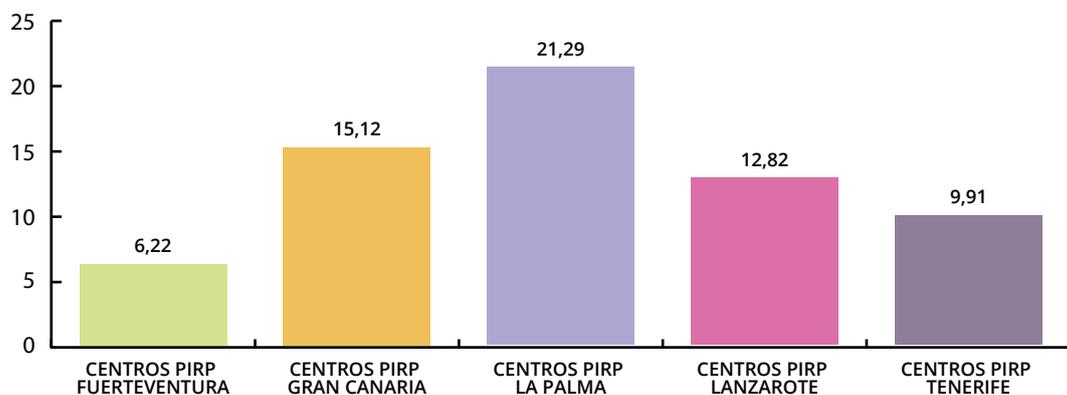
---



La mayor media anual de contactos en los CDRPS correspondió a La Palma (127,6), y la menor, a Lanzarote (81,7).

## CDRPS. Media de usuarios por día. Áreas. Año 2016

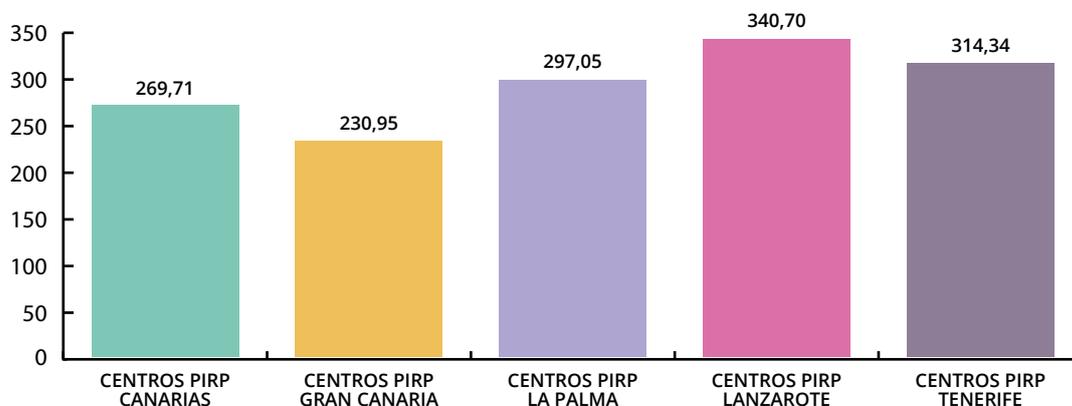
---



Existe heterogeneidad en el número medio de usuarios por día entre las islas. La mayor media de usuarios por día en los CDRPS correspondió a la Palma (21,3) y la menor, a Fuerteventura (6,2).

## Mini-residencias. Media anual de contactos de usuarios. Áreas. Año 2016

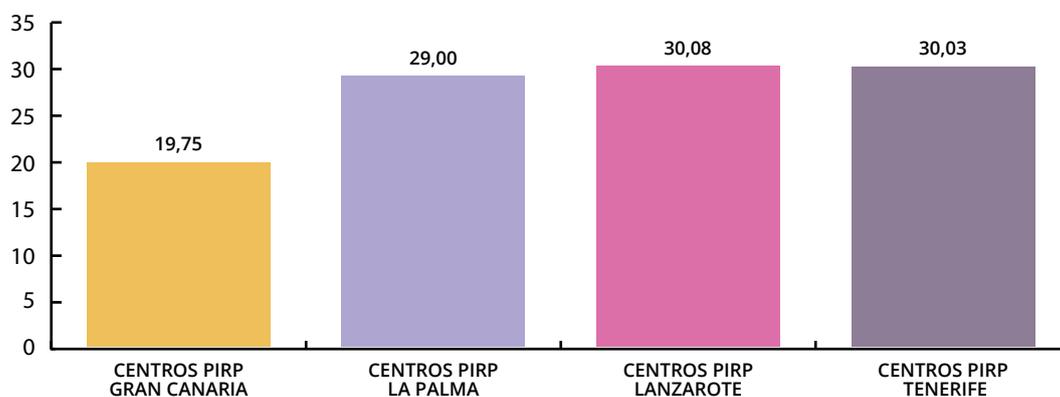
---



La mayor media anual de contactos de usuarios en las Mini-residencias se produjo en Lanzarote (340,7) y la menor, en Gran Canaria (231).

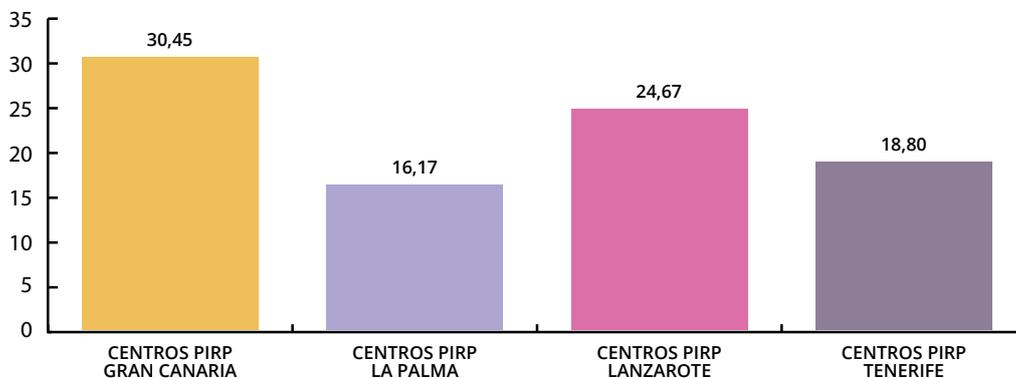
## Mini-residencias. Media de contactos mensuales por usuarios. Áreas. Año 2016

---



Frente a unas medias similares de contactos mensuales por usuarios en las Mini-Residencias de Tenerife, Lanzarote y La Palma (entre 29 y 30), la media en Gran Canaria fue menor, de 19,75.

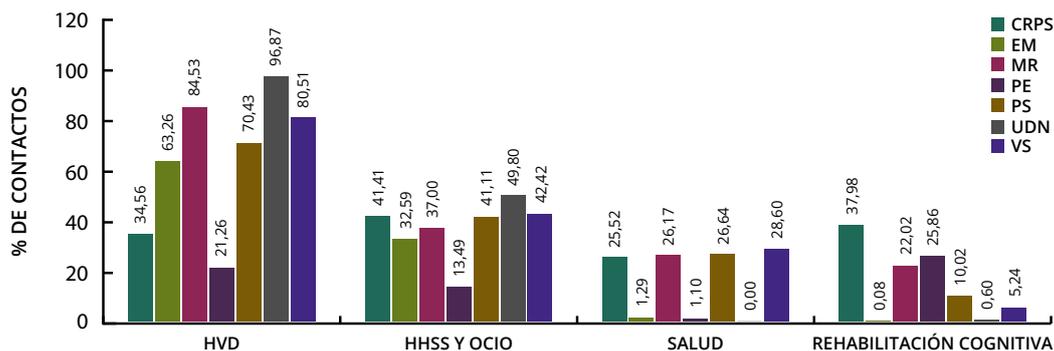
## Mini-residencias. Media de usuarios por día. Áreas. Año 2016



La media de usuarios por día más elevada se produce en Gran Canaria (30,45), y la menor, en La Palma (16,2).

## Tipo de intervenciones en programas de rehabilitación. Canarias. Año 2016

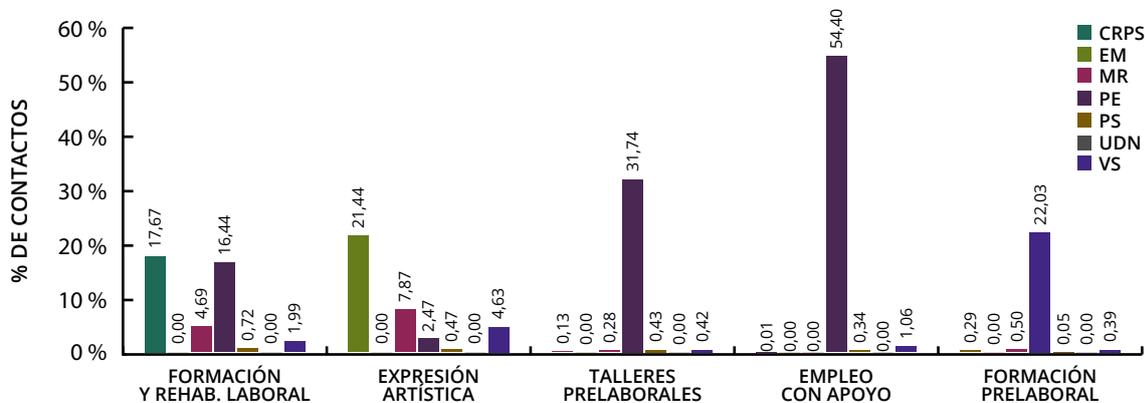
EM: Equipo móvil / MR: Mini-residencia / PE: Programa de empleo / PS: Plaza supervisada / UDN: Unidad de noche / VS: Vivienda supervisada / HVD: Autocuidado; autonomía; habilidades de la vida diaria / HHSS y Ocio: Habilidades sociales y ocio / Salud: Actividad física y deporte



Los tipos de intervenciones más realizadas varían según la naturaleza de los dispositivos y programas.

## Tipo de intervenciones en talleres y programas de empleo. Canarias. Año 2016

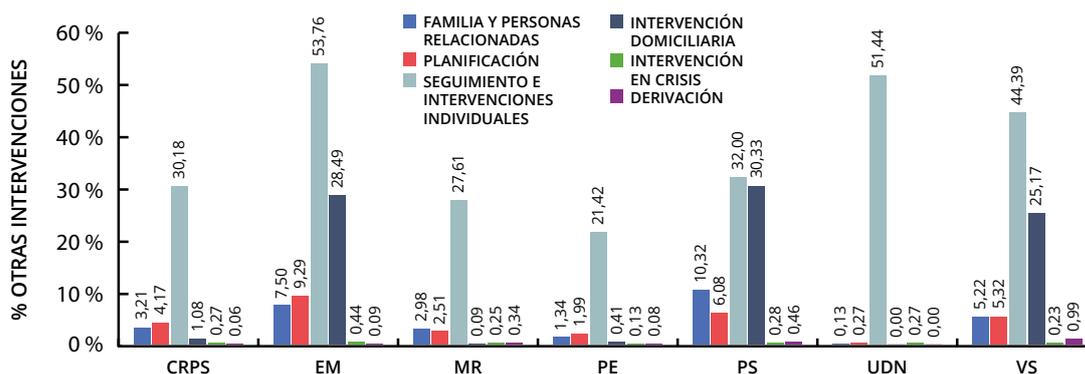
EM: Equipo móvil / MR: Mini-residencia / PE: Programa de empleo / PS: Plaza supervisada / UDN: Unidad de noche / VS: Vivienda supervisada



Los tipos de intervenciones más realizadas en talleres y programas de empleo varían según la naturaleza de estos. Como era de esperar, la formación prelaboral, los talleres prelaborales y el empleo con apoyo se realizan en el contexto del Programa de empleo.

## Otras intervenciones en dispositivos de rehabilitación psicosocial. Canarias. Año 2016

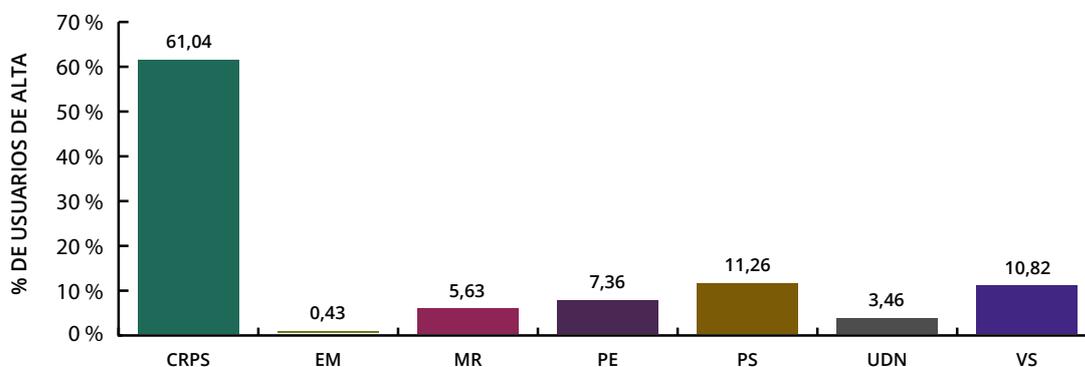
EM: Equipo móvil / MR: Mini-residencia / PE: Programa de empleo / PS: Plaza supervisada / UDN: Unidad de noche / VS: Vivienda supervisada



Dentro de "otras intervenciones" en los dispositivos de rehabilitación psicosocial, destacan la intervención en crisis y la intervención en domicilio.

## Altas por tipo de dispositivos de rehabilitación psicosocial. Canarias. Año 2016

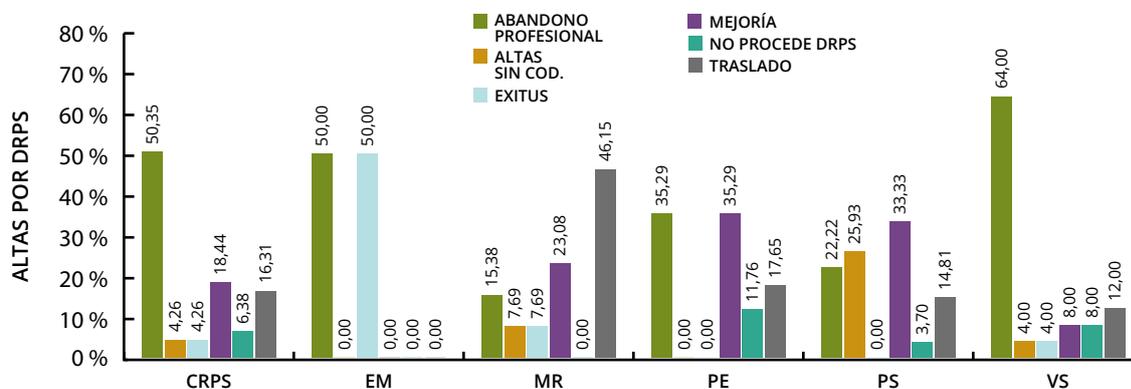
EM: Equipo móvil / MR: Mini-residencia / PE: Programa de empleo / PS: Plaza supervisada / UDN: Unidad de noche / VS: Vivienda supervisada



La mayor proporción de las altas en rehabilitación psicosocial se producen en los CDRPS (61%).

## Tipo de altas por dispositivos de rehabilitación psicosocial. Canarias. Año 2016

EM: Equipo móvil / MR: Mini-residencia / PE: Programa de empleo / PS: Plaza supervisada / UDN: Unidad de noche / VS: Vivienda supervisada



La naturaleza de las altas varía considerablemente según el tipo de dispositivo o programa de rehabilitación psicosocial.

## 6.3. TRAYECTORIAS ASISTENCIALES DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL

En este apartado se describen los diferentes dispositivos en los que pueden ser atendidas las personas con trastornos mentales. Se señalan los diferentes perfiles clínicos más propios de cada uno de estos dispositivos, las actuaciones que se llevan a cabo en estos y los objetivos básicos. Los aspectos relacionados con la coordinación en mayor detalle no se abordan, ya que se desarrollan en el siguiente apartado específico de este análisis de la situación.

### 6.3.1. Adultos

#### ATENCIÓN PRIMARIA

Los Centros de Atención Primaria tienen una gran importancia en diversos aspectos clave en la atención a la salud mental: prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y derivación a las Unidades de Salud Mental Comunitaria de aquellos casos en los que esté indicado. La demanda de atención en Atención Primaria (AP) puede proceder del propio paciente, familiares, vecinos, agentes sociales o Servicios de Urgencias. La derivación desde AP es la “puerta de entrada” en la red de salud mental. La mayor proporción de los pacientes derivados desde AP a las USMC provienen de valoraciones propias desde AP, mientras que una menor proporción corresponden a derivaciones indicadas desde otras instancias, como los Servicios de Urgencias hospitalarios o las consultas de Atención Especializada. En cualquier caso, el médico de AP realiza siempre una evaluación de la necesidad o no de derivación a la red de salud mental. El médico de AP y otros profesionales de estos Centros tienen capacitación profesional para diagnosticar y tratar múltiples trastornos mentales, siempre que no existan características o factores que indiquen la necesidad de derivación a una USMC. De hecho, como se refleja en la literatura científica y como puede observarse en los datos de morbilidad asistida en AP en nuestra Comunidad, una gran proporción de los pacientes recibe la atención en los Centros de AP y nunca requieren una atención especializada en la red de salud mental.

#### SERVICIOS DE URGENCIAS

Los pacientes sobre los cuales existe una demanda de atención inmediata, por considerar que la evaluación médica deba producirse en ese mismo día, acuden a los Servicios de Urgencias, o son conducidos a estos. La demanda atención en estos Servicios puede ser por parte del propio paciente, familiares, fuerzas del orden público, la autoridad judicial, etc. Existe atención de urgencia en los Centros de AP. En aquellos casos en los que se estima que la atención requiere unas prestaciones que exceden a las que se pueden ofrecer en estos Centros, se realiza la derivación del paciente al Servicio de Urgencias del hospital de referencia. En otras ocasiones, el paciente acude directamente al Servicio de Urgencias hospitalario, sea por iniciativa propia, de familiares, o de otras instancias. Una vez en el Servicio de Urgencias, los pacientes son evaluados por los profesionales sanitarios (enfermería y médicos). Tras la evaluación, el médico puede realizar el diagnóstico y tratamiento e indicar la derivación que estime necesaria. Si el médico estima que resulta necesaria la evaluación urgente por un profesional de salud mental, realiza la solicitud de evaluación. Aunque en este procedimiento existe variabilidad entre las islas, según sus recursos y organización, en general la evaluación la realiza el psiquiatra de guardia (en conjunción o no con un médico residente de psiquiatría de guardia), o bien, si se produce en horario de mañana (de 8 a 15 horas), por profesionales del equipo funcional de interconsulta y enlace. La evaluación en el Servicio de Urgencias, en general tiene tres desenlaces posibles:

- **Alta hospitalaria.** En este caso el profesional de salud mental ha realizado una evaluación que incluye un diagnóstico (si lo hubiera), una intervención terapéutica y una indicación de seguimiento ambulatorio, generalmente por AP o en una USMC.
- **Observación.** Generalmente se indica en aquellos pacientes que no cumplen criterios de alta tras la evaluación, pero en los cuales se estima que puede haber un cambio favorable en las siguientes horas, que permita un tratamiento y atención ambulatorias. También puede ser necesario en aquellos pacientes cuya valoración está dificultada por otras circunstancias (p.ej: efectos de medicamentos, alcohol, o poca colaboración). Tras un periodo razonable de observación, en una nueva valoración el profesional de salud mental realiza la indicación que estima indicada, sea alta o ingreso hospitalario.
- **Ingreso hospitalario.** Los pacientes con indicación de ingreso hospitalario ingresan en la Unidad de Internamiento Breve, ubicada en el hospital de referencia del paciente.

Otras situaciones posibles en el Servicio de Urgencias son la solicitud de alta voluntaria, o el abandono del Servicio sin un alta médica. La toma de decisiones apropiada para cada caso la determina el médico.

Recientemente se ha implantado la recogida de datos de los Servicios de Urgencias en el RECAP. Asimismo, se han instaurado una serie de indicadores. La combinación de ambos permitirán el análisis de la situación específico y la evaluación de la actividad asistencial de forma periódica.

## UNIDADES DE SALUD MENTAL COMUNITARIAS

Las USMC son un tipo de dispositivo que representa el eje de la Red de Salud Mental. En ellas desarrollan su actividad equipos multiprofesionales, lo que permite realizar evaluaciones e intervenciones integrales, adaptadas a las características y necesidades de cada paciente. Las USMC son dispositivos básicos para aspectos tan esenciales como el diagnóstico, el tratamiento, el plan de tratamiento a medio y largo plazo, la rehabilitación psicosocial, la relación terapéutica o la derivación a otros dispositivos cuando se estima necesario, entre otros. La demanda de atención en las USMC proviene, en esencia, desde Atención Primaria, los Servicio de Urgencias o las Unidades de Internamiento Breve. El equipo de las USMC debe prestar a las personas con trastornos mentales graves (TMG) una atención preferente y un seguimiento estrecho. Los pacientes en las USMC pueden recibir prestaciones de evaluación clínica, diagnóstico, tratamiento (farmacológico, psicoterapéutico, intervención en cuidados, rehabilitador, mixto), atención urgente, seguimiento, psicoeducación e intervenciones de trabajo social, entre otras.

## UNIDADES DE INTERNAMIENTO BREVE (UIB)

La hospitalización está indicada cuando la situación del paciente no sea compatible con el tratamiento y seguimiento ambulatorios. Los motivos de esta incompatibilidad pueden obedecer principalmente a razones de gravedad clínica, alteraciones de conducta, riesgo suicida y riesgo para la integridad de otras personas. Los contextos sociales desfavorables del paciente pueden influir en la necesidad de ingreso, cuando concurren con otros factores. La indicación de hospitalización se realizará siempre que sea posible de forma programada y se prolongará durante el tiempo indispensable para que los objetivos definidos se vean cumplidos. Los pacientes en las UIB pueden recibir prestaciones de evaluación clínica, diagnóstico, tratamiento (farmacológico, psicoterapéutico, intervención en cuidados, rehabilitador, mixto), atención urgente, seguimiento, psicoeducación e intervenciones de trabajo social, entre otras.

## **CENTROS DE DÍA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CDRP)**

Para las personas con trastorno mental con deterioro de diversas funciones, en los que se estima la necesidad de rehabilitación psicosocial que excede las posibilidades de los recursos de las USMC, se dispone de los dispositivos de rehabilitación psicosocial. Los Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial (CDRP) son recursos sociosanitarios que se encuadran en los Programas Insulares de Rehabilitación Psicosocial (PIRP), que tienen como objeto el desarrollo de programas de rehabilitación y reinserción a la comunidad de personas con trastorno mental grave. Los objetivos básicos de los CDRP son el mantenimiento y recuperación de habilidades personales y sociales necesarias para el funcionamiento en la comunidad, la potenciación y apoyo a la integración social, la recuperación y/o mantenimiento de la autonomía personal y la minimización del proceso de deterioro causado por la enfermedad. Para su consecución se realizan Planes Individualizados de Rehabilitación (PIR), de apoyo a la familia y de intervención comunitaria, todo ello en el marco de una continuidad asistencial, a través de la coordinación con la USMC de referencia y con la red de Servicios Sociales.

## **UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA**

Las Unidades de Media Estancia son Unidades de hospitalización completa, destinada a aquellos pacientes con trastornos mentales susceptibles de mejoría clínica cuya necesidad de tiempo de ingreso, por distintos motivos, es superior a la ofertada en las UIB. Los ingresos en estas Unidades se realizan a instancias de psiquiatras desde otros dispositivos: las USMC o las UIB. Estas Unidades están dotadas de un equipo y programas específicos, capaces de prestar una atención individualizada intensiva y destinada a la mejoría clínica y rehabilitación del paciente. Los pacientes pueden recibir prestaciones de evaluación clínica, diagnóstico, tratamiento (farmacológico, psicoterapéutico, intervención en cuidados, rehabilitador, mixto), atención urgente, seguimiento, psicoeducación (pacientes y familiares) e intervenciones de trabajo social, entre otras.

## **UNIDADES DE LARGA ESTANCIA**

Las Unidades Clínicas y de Rehabilitación son unidades hospitalarias para ingresos de larga estancia de personas con Trastorno Mental Grave. Su objetivo es lograr el mayor nivel de estabilización en la clínica y la mayor autonomía posible de cada uno de los pacientes, trabajando de forma individualizada con ellos y con su familia, con el fin de lograr una integración en la comunidad, bien sea su domicilio, un piso asistido, una pensión o una mini-residencia. El eje de sus actuaciones es el desarrollo de programas específicos y especializados de rehabilitación psicosocial atendiendo a las características del paciente y según lo establecido en el Plan Individualizado de Rehabilitación. Los pacientes pueden recibir principalmente prestaciones de evaluación clínica, intervención terapéutica (farmacológica, psicoterapéutica y principalmente rehabilitadoras, en múltiples esferas de actuación), seguimiento, psicoeducación (pacientes y familiares) e intervenciones de trabajo social.

## **DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y APOYO SOCIAL**

Los pacientes con TMG que pueden ir cumpliendo objetivos progresivos de rehabilitación psicosocial, con frecuencia necesitan un apoyo que va más allá del que puede prestarse en un entorno de los dispositivos asistenciales clínicos. Los dispositivos y programas de apoyo social aportan un apoyo fundamental para una integración real de los pacientes en la comunidad. Los ejes sobre los que se asienta el apoyo social son el programa de mini-residencias de salud mental, el programa de pensiones (residencia) de salud mental y el Programa de Acceso al Empleo (PAE).

Estos dispositivos y programas tienen como objetivos básicos la rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social, la rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mundo del trabajo, el alojamiento y atención residencial comunitaria, el apoyo económico, la protección y defensa de sus derechos, y la atención en crisis.

## **UNIDADES DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS Y UNIDADES DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA**

La evaluación y tratamiento ambulatorio de las personas con drogodependencia se realiza en las Unidades de Atención a las Drogodependencias (UAD), que cuentan con equipos multidisciplinares. Estas UAD no están integradas en la Red de Salud Mental en Canarias. Cuando se estima necesario el ingreso hospitalario con finalidad de desintoxicación, se realiza la derivación para ingreso en las Unidades de Desintoxicación Hospitalarias. La indicación se realiza por médicos de las UAD. Otro requisito básico es la voluntariedad en el ingreso. Cuando existe patología dual, los pacientes reciben un seguimiento de forma conjunta por las USMC y las UAD.

## **UNIDADES FUNCIONALES DE INTERCONSULTA Y ENLACE**

Si bien la mayor proporción de los pacientes siguen las vías asistenciales descritas previamente, en otros casos la detección de un trastorno mental, o su seguimiento, puede tener lugar en el entorno de trabajo de las Unidades Funcionales de Interconsulta y Enlace (UFIE). Estas Unidades están compuestas por equipos multiprofesionales, pertenecientes al Servicio de Psiquiatría del hospital correspondiente. Los pacientes atendidos por las UFIE pueden ser:

- Pacientes ingresados en servicios diferentes del de Psiquiatría, previa solicitud de los facultativos correspondientes.
- Pacientes ambulatorios que están siendo atendidos dentro de algún programa hospitalario específico que contemple algún tipo de valoración y/o intervención dentro del campo de la salud mental.

Los pacientes hospitalizados por causas somáticas pueden desarrollar trastornos psiquiátricos, o presentar síntomas desde antes del ingreso que hagan sospechar un trastorno mental. En estos casos, las UFIE son claves para el diagnóstico y tratamiento iniciales. En otras ocasiones se trata de pacientes con diagnóstico y tratamiento conocidos, que precisan seguimiento durante su ingreso hospitalario. En todos los casos, una vez que finaliza el ingreso hospitalario por causa somática, el psiquiatra realiza una indicación del tratamiento y régimen en que debe realizarse. Puede tratarse de un seguimiento ambulatorio (por AP o en las USMC) o bien ser necesario un ingreso hospitalario en la UIB.

Por su parte, los pacientes ambulatorios que están siendo atendidos dentro de algún programa hospitalario específico pueden ser objeto de evaluación, diagnóstico y recomendaciones terapéuticas y de seguimiento.

## **TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO**

Los pacientes con trastornos mentales graves cuya sintomatología les genera una gran discapacidad, son el objetivo de estos equipos multiprofesionales y encuadrados en el PIRP. Si bien la red de salud mental está organizada de forma que pueda abordar los problemas de asistencia y adherencia a los tratamientos y al seguimiento indicado (medidas varias, entre las que se incluyen las visitas domiciliarias), en ocasiones las dificultades o complejidad de algunos casos

requieren un mayor despliegue de recursos. Por otra parte, estos equipos pueden identificar a aquellas personas en situación de exclusión social que o bien no hayan sido nunca diagnosticadas ni tratadas, o bien estén desvinculadas de forma prolongada de cualquier tipo de atención médica o psiquiátrica. Por último, también pueden ser objeto de atención aquellos pacientes que, sin estar desvinculados de las USM, requieran este tipo de abordaje terapéutico. Las prestaciones básicas que reciben las personas atendidas por estos equipos son las de evaluación, diagnóstico, tratamiento (farmacológico, rehabilitador), psicoeducación, apoyo social, y enlace para el seguimiento en las USMC, en coordinación con estas. En otras ocasiones las personas atendidas requieren un ingreso hospitalario, que puede ser indicado por el psiquiatra de estos equipos.

### 6.3.2. Edad infanto-juvenil

#### NIVELES DE ATENCIÓN

Existen distintos niveles de atención en salud mental para la población infanto-juvenil (SCS, 2006).

- I Nivel de atención no especializada, realizada por Atención Primaria y otros Agentes no sanitarios: Educación (Equipos de Orientación Psicopedagógica), Servicios Sociales, ONGs, Asociaciones, etc. Estos dispositivos ofrecen atención a través de profesionales capacitados para identificar problemas de salud en su origen, apoyar y aconsejar algunos casos y tratar problemas leves, reconocer las necesidades que requieran intervenciones complejas, valorar situaciones graves que requieren derivación a un segundo nivel de tratamiento, identificar situaciones de riesgo y/o de gravedad patológica para ser derivadas a las USMC con carácter preferente o urgente, promover la salud mental y realizar prevención en la población infanto-juvenil.
- II Nivel de actividad asistencial especializada en salud mental infanto-juvenil. Se desarrolla de forma ambulatoria en las USMC. En ellas, se atienden patologías más graves.
- III Nivel de atención en salud mental infanto-juvenil, de tercer nivel. En este nivel se incluyen hospitalización total y parcial en Hospitales de Día.

#### CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA - PEDIATRÍA

Al igual que en el caso de los pacientes adultos, los Centros de Atención Primaria tienen una gran importancia en diversos aspectos clave en la atención a la salud mental infanto-juvenil: prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y derivación a las Unidades de Salud Mental Comunitaria de aquellos casos en los que esté indicado. La derivación desde AP es la “puerta de entrada” en la red de salud mental infanto-juvenil, independientemente de que la demanda inicial pueda provenir de otras instancias. La demanda asistencial a las USMC ha de venir siempre canalizada a través de Atención Primaria (pediatra o médico de familia).

Las funciones básicas del Equipo de Atención Primaria en lo relativo a la salud mental infanto-juvenil son:

1. Prevención y promoción de la salud mental, según lo establecido en el Programa de Salud Infantil (SCS, 2007).
2. Detección temprana de factores de riesgo y de señales de alerta.
3. Valoración y seguimiento de los casos detectados.
4. Tratamiento.

5. Solicitud de interconsulta a la USMC para los pacientes que lo precisen.
6. Derivación de los pacientes a la correspondiente USMC.
7. Colaboración terapéutica con las USMC en el tratamiento de los pacientes.

## UNIDADES DE SALUD MENTAL COMUNITARIAS INFANTO-JUVENILES

Al igual que en el caso de los adultos, las USMC infanto-juveniles representan el eje de la red de salud mental infanto-juvenil. En la actualidad, tras años de progresivo desarrollo de esta red, existen USMC infanto-juveniles específicas, así como Equipos funcionales dedicados a la atención a la salud mental infanto-juvenil, integrados en las USMC de adultos. En ellas desarrollan su actividad equipos multiprofesionales, lo que permite realizar evaluaciones e intervenciones integrales, adaptadas a las características y necesidades de cada paciente. Los pacientes en las USMC infanto-juveniles pueden recibir prestaciones de evaluación clínica, diagnóstico, tratamiento (farmacológico, psicoterapéutico, familiar, mixto), atención urgente, seguimiento, psicoeducación e intervenciones de trabajo social, entre otras. Tras la evaluación realizada y diagnóstico puede establecerse la necesidad de intervención terapéutica y seguimiento, o bien, alta y/o derivación a otros dispositivos de la Red Asistencial (sanitarios y/o no sanitarios).

## HOSPITALIZACIÓN TOTAL

Para los pacientes con cuadros graves, en los que en un momento determinado de su evolución puede resultar insuficiente el tratamiento ambulatorio, se dispone de la hospitalización. La indicación se realiza desde las USMC o desde el Hospital de Día infanto-juvenil. En algunos casos, se produce por indicación del psiquiatra de guardia o del equipo funcional de interconsulta y enlace tras la evaluación en un Servicio de Urgencias hospitalario. Hasta la edad de 14 años (edad pediátrica) se realiza en las Unidades de Pediatría de los Hospitales Generales. A partir de esta edad, se realiza en las Unidades de Internamiento Breve de los Hospitales Generales.

## HOSPITALIZACIÓN PARCIAL

El Hospital de Día para niños y adolescentes es un dispositivo asistencial para el tratamiento intensivo de los trastornos mentales graves que aparezcan en estos períodos de la vida. Es un recurso de hospitalización parcial que facilita conseguir la mejora clínica o la remisión sintomática sin separar al niño de su medio familiar, escolar y social. La hospitalización de día requiere una prescripción terapéutica específica desde las USMC o desde la hospitalización total. Sus objetivo básico es la consecución de un cambio emocional, cognitivo y sintomático de forma estable, que permita una mejor adaptación a la realidad y una mejora de las competencias relacionales que faciliten una reincorporación a la vida en la comunidad, donde se pueda continuar el tratamiento ambulatorio oportuno. Asimismo, el trabajo con la familia resulta esencial, mediante la psicoeducación, la mejora del manejo de las emociones y conductas, y la reducción de los factores familiares negativos que puedan influir en el trastorno mental.

## Bibliografía

Gobierno de Canarias. Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad de Canarias. Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad; 2006.

Gobierno de Canarias. Programa de Salud Infantil. Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad; 2007.

## 6.4. COORDINACIÓN

### 6.4.1. Coordinación intrainstitucional

En la coordinación intrainstitucional en Canarias se pueden distinguir diferentes ámbitos:

- Coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria.
- Coordinación entre dispositivos en la Red de Salud Mental.
- Coordinación entre Salud Mental y la Red de Atención a las Drogodependencias.
- Coordinación entre Salud Mental y otras especialidades médicas.

En líneas generales, la coordinación intrainstitucional en Canarias ha sido heterogénea. Es probable que el motivo principal sea la ausencia de un protocolo de coordinación general o específico para alguno/s de estos ámbitos. A su vez, esta ausencia de protocolos probablemente ha estado influida por la heterogeneidad y complejidad del objeto último de tal coordinación: la persona con un trastorno mental, de naturaleza, gravedad y necesidades muy diferentes entre sí, y cambiantes a lo largo de la evolución.

Las modalidades básicas de coordinación, hasta la fecha, han sido la escrita (informes de alta, informes clínicos o notas específicas), telefónica, y la presencial mediante reuniones. A continuación se describen los aspectos básicos de la coordinación existente entre diferentes dispositivos, que suponen los diferentes eslabones del circuito asistencial que pueden seguir los pacientes en la Red de Salud Mental, si bien debe tenerse en cuenta la mencionada heterogeneidad.

#### 6.4.1.1. Coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria

Si bien todos los dispositivos de la Red de Salud Mental pueden tener necesidad de comunicación con AP, en general se trata de contactos puntuales, a excepción de las USMC, que requieren una coordinación continua, dada la continuidad asistencial que prestan a los pacientes. Por ello este apartado se centra en la coordinación que se produce entre las USMC y AP.

La forma estándar y más frecuente de comunicación entre ambas redes es la escrita, principalmente mediante informes de derivación de AP a la USMC, informe clínico de tales valoraciones desde la USMC a AP, o notas clínicas acerca de aspectos concretos dirigidas a la otra parte. Otra forma de comunicación, menos frecuente, es la comunicación telefónica. La forma más habitual de coordinación son las reuniones entre ambos equipos, representados no al completo, por motivos organizativos y obligaciones asistenciales, sino parcialmente en ambos. Este tipo de coordinación se ve facilitada en aquellas USM que se encuentran ubicadas en el mismo centro que el Centro de Atención Primaria. En estas reuniones de coordinación se abordan tanto aspectos generales (p.ej: problemas detectados en las derivaciones, en el tiempo de espera, etc) o sobre pacientes en concreto. Sin embargo, no existe homogeneidad en Canarias en lo relativo a estas reuniones, en aspectos como la periodicidad, miembros que deben estar presentes, contenido, etc.

Estas necesidades de discutir sobre pacientes concretos, unido a las experiencias previas reflejadas en la literatura científica, ha llevado al desarrollo de la figura del “facultativo consultor”, quien realiza reuniones programadas con los equipos de AP. La función principal es dar respuesta a casos planteados por AP, proporcionando orientaciones, clarificaciones, sugerencias, etc. Al mismo tiempo, esta labor permite un ejercicio de formación continua mediante casos reales. En

óptimas condiciones, la actividad del facultativo consultor puede resultar en un mejor abordaje de los pacientes en AP, mejores derivaciones (tanto la derivación de quienes deben ser derivados, como la no derivación de quienes no), mejor formación de los médicos de AP, y en definitiva, una mejora de la calidad de la atención en salud mental en AP, que puede redundar a su vez en una menor presión asistencial en la red de salud mental. Aunque en Canarias existe esta figura de facultativo consultor, ha dependido de las iniciativas en las diferentes áreas y por tanto, su desarrollo ha sido heterogéneo.

En los últimos dos años se ha puesto en marcha la consultoría virtual, con óptimos resultados, según la valoración de ambas partes.

#### **6.4.1.2. Coordinación entre dispositivos en la red de salud mental**

Dado que las USMC son el eje de la asistencia al paciente con trastorno mental en la Red de Salud Mental, resultan asimismo el dispositivo clave a partir del cual se realizan actividades de coordinación, tanto de esta hacia otros dispositivos, como a la inversa.

- **Unidad de Salud Mental Comunitaria - Servicio de Urgencias**

Ante la indicación de ingreso hospitalario desde una USMC, resulta una práctica general la coordinación con el EFIE para comunicación de tal indicación y de las características del paciente. Esta comunicación tiende a realizarse por vía telefónica y mediante informe clínico. El informe clínico puede remitirse por diferentes vías según las circunstancias de cada paciente. En otras ocasiones, la comunicación se realiza a los profesionales sanitarios del Servicio de Urgencias, cuando se estima que deben conocer determinados aspectos para un adecuado proceder una vez que el paciente llegue al Servicio de Urgencias. Si bien se puede realizar la indicación de ingreso hospitalario desde la USM, la decisión final de ingreso la realiza el psiquiatra del EFIE o el psiquiatra de guardia, tras la evaluación o evaluaciones pertinentes.

- **Unidad de Salud Mental Comunitaria - Unidad de Internamiento Breve**

Dependiendo de los casos, puede ser necesaria o conveniente la comunicación telefónica entre los profesionales responsables del paciente de ambos dispositivos, sobre la historia del paciente y otros aspectos específicos. Esto resulta una práctica habitual cuando alguna de las partes lo estima necesario. Otra forma de coordinación han sido las reuniones presenciales periódicas de profesionales de las USMC en las UIB, para intercambio de información sobre los pacientes ingresados correspondientes a tal USMC. Sin embargo, esta práctica ha sido intermitente y heterogénea entre islas y en cada isla. Por último, sí es una práctica extendida que al alta hospitalaria desde la UIB se concierte con la USMC una primera cita, que por consenso verbal, se realiza no más allá de 15 días tras el alta. La información sobre el ingreso se transmite a las USMC por medio del informe de alta, que habitualmente aporta el paciente en la primera consulta. En cualquier caso, la USMC tiene acceso a este a través de la Historia Clínica Electrónica.

- **Unidad de Salud Mental Comunitaria - Unidad de Media Estancia y Unidad de Larga Estancia**

El tipo de coordinación que se realiza entre estos dispositivos es similar al descrito previamente entre USMC-UIB, resultando coincidente en las modalidades y en su heterogeneidad. La Unidad de Media Estancia y/o la Unidad de Larga Estancia reciben una información completa en el informe de derivación desde la USMC, si es el dispositivo origen de la derivación. Tras su evaluación, decide si el paciente se ajusta al perfil del dispositivo o no. A su vez, al alta las USMC disponen del informe de alta de la Unidad de Media Estancia o de la Unidad de Larga Estancia.

- **Unidad de Internamiento Breve - Unidad de Media Estancia y Unidad de Larga Estancia**

Además de la derivación desde la USMC a las UME y Unidades de Larga Estancia, en otras ocasiones la derivación se realiza a propuesta de la UIB, durante ingresos prolongados en los que la sintomatología persiste y se estima la necesidad de un ingreso en un dispositivo más acorde a lo que requiere el paciente. En tal caso se realiza la derivación entre dispositivos mediante un informe completo. La Unidad de Media Estancia o de Larga Estancia evalúa el informe y decide si el paciente se ajusta al perfil del dispositivo o no.

- **Unidad de Media Estancia - Unidad de Larga Estancia**

En aquellos casos en los que, durante el ingreso en la UME, se detecta un perfil clínico y necesidades susceptibles de ingresos más prolongados de lo establecido para la UME, se propone el ingreso en la Unidad de Larga Estancia. La derivación se realiza mediante un informe completo. Tras la evaluación del informe, la Unidad de Larga Estancia decide si el paciente se ajusta al perfil del dispositivo o no.

- **Unidad de Salud Mental Comunitaria - Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial**

Respecto a aquellos pacientes para los que la USMC estima que requieren un abordaje terapéutico rehabilitador que va más allá de las posibilidades de la propia USMC, se realiza un informe completo de derivación a los CDRPS. Los profesionales de salud mental de los CDRPS evalúan este informe y deciden si el paciente se ajusta al perfil del dispositivo o no. Tras el informe favorable de los profesionales de salud mental, la Comisión de Acceso es la que autoriza la admisión del paciente en el dispositivo. Las reuniones periódicas entre los equipos de las USMC y de los CDRPS son habituales. Estas constituyen un entorno ideal para la información sobre la evolución de los pacientes en el ámbito de la rehabilitación y el enriquecimiento mutuo de información y conocimiento de las particularidades de cada paciente, ya que se trata de dos dispositivos que realizan un tratamiento y seguimiento del paciente al mismo tiempo, desde perspectivas complementarias. Otra forma de coordinación es la telefónica, especialmente por parte de los CDRPS a las USMC, dado el seguimiento más continuo que realizan, ante observaciones clínicas que puedan ser sugestivas de descompensaciones.

- **Unidad de Salud Mental Comunitaria - Equipos de Tratamiento Comunitarios Asertivos**

Respecto a aquellos pacientes para los que la USMC estima que requieren un abordaje terapéutico por parte de un Equipo de Tratamiento Comunitario Asertivo se realiza un informe completo de derivación. El informe se evalúa para estimar si el paciente se ajusta al perfil del dispositivo o no. La comunicación entre estos dos dispositivos se realiza principalmente en estas situaciones:

- Las USMC con el ECA o ETAC cuando resulta necesaria su intervención.
- Del ETAC a las USM cuando se estima que el paciente está en condiciones de retomar el seguimiento por parte de la USMC (ETAC - Gran Canaria).
- Durante la evolución, para el intercambio de información entre ambos equipos sobre uno o más pacientes (ECA - Tenerife y ETAC - Gran Canaria).

Las vías principales de coordinación son la telefónica y las reuniones presenciales.

- **Equipos Funcionales de Interconsulta y Enlace - Unidad de Salud Mental Comunitaria**

Si bien la comunicación principal entre los EFIE y las USMC se realiza por escrito, con lo que consta en el informe de alta del paciente a partir de lo expuesto e indicado por el EFIE durante el ingreso, en algunos casos, el EFIE se comunica telefónicamente con las USMC

para poner en conocimiento aspectos importantes del paciente que es remitido para seguimiento en estas. Las derivaciones del EFIE a una USMC se realizan por escrito, con constancia en el informe de alta de tal indicación. Posteriormente el médico de AP realiza un informe de derivación a la USMC de referencia.

- **Unidad de Salud Mental Comunitaria Infanto-Juvenil - Servicio de Urgencias**

La comunicación ante la indicación de ingreso y las modalidades expuestas para el apartado de adultos son similares al caso de los pacientes en edad infanto-juvenil.

- **Unidad de Salud Mental Comunitaria Infanto-Juvenil - Hospitalización total**

La comunicación telefónica entre los profesionales responsables del paciente de ambos dispositivos es habitual, especialmente para el intercambio de información clínica relevante. Si bien se puede realizar la indicación de ingreso hospitalario desde la USM, la decisión final de ingreso la realiza el psiquiatra del EFIE o el psiquiatra de guardia, tras la evaluación o evaluaciones pertinentes. En el caso de ingreso en el Servicio de Pediatría, la comunicación se realiza básicamente con el EFIE, dado que son los profesionales responsables de las intervenciones terapéuticas de salud mental. Al igual que en el caso de los adultos, al alta hospitalaria se acuerda con la USMC una primera consulta en un periodo de tiempo breve, se realiza no más allá de 15 días. Los profesionales de la USM-IJ reciben la información relativa al ingreso en el informe de alta hospitalaria.

- **Unidad de Salud Mental Comunitaria Infanto-Juvenil - Hospitalización parcial**

Dado el carácter más grave de los pacientes, y la duración más prolongada de este régimen de hospitalización, son más habituales las acciones de coordinación mediante reuniones presenciales.

Para la derivación de un paciente es necesario realizar un informe completo. El informe se evalúa en el Hospital de Día Infanto-juvenil para estimar si el paciente se ajusta al perfil del dispositivo o no. Asimismo, pueden producirse intercambios de información telefónicamente según las necesidades. Al alta se realiza un informe de alta que reciben los profesionales de la USM-IJ en la consulta inicial tras este.

#### **6.4.1.3. Coordinación entre la Red de Salud Mental y la Red de Atención a las Drogodependencias**

Los pacientes con patología dual, en quienes coexisten un trastorno mental y un trastorno adictivo, suponen una realidad frecuente y compleja. La coordinación entre las redes de Salud Mental y de Atención a las Drogodependencias es deseable para una mejor atención a estos pacientes. En líneas generales, y teniendo en cuenta la heterogeneidad mencionada previamente, no existe una coordinación entre ambas redes mediante reuniones periódicas. Las principales vías de comunicación entre ambas se produce según las necesidades concernientes a pacientes concretos, mediante notas o informes clínicos, o en menor proporción, mediante contactos telefónicos.

#### **6.4.1.4. Coordinación entre Salud Mental y otras especialidades médicas**

No puede hablarse de una coordinación entre la Red de Salud Mental y otras especialidades médicas, sino de comunicación en función de las necesidades en casos concretos. Además de la interrelación evidente que se produce en los hospitales a través de los equipos funcionales de interconsulta y enlace, en el ámbito ambulatorio se restringe a la comunicación mediante notas o informes clínicos, y ocasionalmente, a la vía telefónica.

## 6.4.2. Coordinación interinstitucional

### 6.4.2.1. La coordinación con los servicios sociales: coordinación sociosanitaria

La coordinación sociosanitaria es un área compleja en la que intervienen múltiples agentes para un fin común. Existe coordinación interinstitucional a través de los Convenios que se firman entre el Gobierno de Canarias, representado por la Consejería de Sanidad, la Consejería de Empleo, Política Social y Vivienda; y los Cabildos Insulares.

Dada la complejidad de la coordinación sociosanitaria, además de la heterogeneidad existente entre las islas, se expondrán a continuación los aspectos generales comunes.

- **Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria para personas con enfermedad mental (CIRPAC)**

Estos órganos colegiados, existente uno en cada Área de Salud, fueron creados mediante Decreto 83/1998, de 28 de mayo, por el que se constituyen los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria para Enfermos Mentales (C.I.R.P.A.C.) (B.O.C. 75, de 19.6.1998; c.e. B.O.C. 122, de 25.9.1998). Dado el tiempo transcurrido desde su creación, la experiencia práctica acumulada así como las necesarias actualizaciones que precisa, aconsejan acometer ligeras modificaciones en su regulación que redundarán en la mejora en la realización de sus funciones y la consecución de sus objetivos. Estas innovaciones constan en el Proyecto de Decreto por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, aún en fase de tramitación.

Dada esta situación de proyección de cambios se expondrán los aspectos relevantes a destacar de su regulación vigente, haciendo referencia expresa a sobre si dichos extremos se pretende operar alguna modificación en el Proyecto de Decreto citado.

Una de las primeras modificaciones proyectadas es el propio nombre del órgano, que pasa de referirse a enfermos mentales para hacer referencia a personas con enfermedad mental.

En cuanto a su naturaleza, son órganos colegiados, en cada Área de Salud, adscritos al Servicio Canario de la Salud, que permiten complementar y coordinar recursos sanitarios y sociales que habrán de confluir en el colectivo de personas con enfermedad mental grave, a fin de evitar su marginación, y cuyo ámbito de actuación se coordina en la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental (COMASAM).

Los CIRPAC están presididos por la persona titular de la Dirección de Área de Salud correspondiente y en su composición figuran, en calidad de vocales, representantes de los servicios sanitarios de salud mental del Área de Salud, de las Direcciones Gerencias de Hospitales o en su caso de la Gerencia de Servicios Sanitarios, de los Servicios Sociales del Área de Salud y del Cabildo Insular correspondiente, de la Dirección General de Programas Asistenciales, así como de las Consejerías del Gobierno de Canarias con competencias en materia de empleo y de educación, así como una importante representación de los municipios, cuyos representantes han de ser coincidentes con los representantes municipales del Consejo de Salud de Área correspondiente, y de las Asociaciones de Familiares de enfermos mentales.

En cuanto a su composición el Proyecto de Decreto introduce algunas sustanciales modificaciones, entre ellas, cabe destacar la ampliación de las representaciones de las Consejerías del Gobierno de Canarias, introduciendo a un representante de la Consejería con competencias en materia de política social, así como la ampliación de la representación

de las Asociaciones vinculadas, dando cabida además de las de familiares de enfermos mentales, a la representación de las Asociaciones de personas con enfermedad mental (usuarios), así como introduciendo igualmente a la persona responsable del PIRP (Programas Insulares de Rehabilitación Psicosocial para personas con enfermedad mental grave), cuya presencia hasta ahora en las sesiones de los CIRPAC se ha considerado prácticamente inexcusable por la indiscutible relación con los asuntos a tratar, pero que sin embargo no figura como vocal, asistiendo solo en calidad de invitado, con voz y sin voto.

El Pleno del CIRPAC debe reunirse, al menos, una vez al semestre y de manera extraordinaria cuando resulte necesario a criterio de la Presidencia o a solicitud de la mitad de sus miembros.

Sus funciones son:

- 1.** Elaboración, a partir de los datos disponibles en los dispositivos asistenciales de Atención a la Salud Mental, Unidades de Salud Mental Comunitarias, Unidades de Media y Larga Estancia y de Rehabilitación y otros, de un censo de pacientes con enfermedad mental grave, ordenándolo según el nivel de necesidades. A dicha función el Proyecto de Decreto añade también la referencia a los datos disponibles en el Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RECAP).
- 2.** Diseño de Programas Insulares de Rehabilitación Psicosocial para personas con enfermedad mental grave (P.I.R.P.), asegurándose de que sus diferentes subprogramas sean los más adecuados para los correspondientes niveles de necesidades, y enviándolos para su aprobación a la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental.

Dicho P.I.R.P. deberá incluir entre sus líneas programáticas, al menos las de:

- a)** Seguimiento de las personas con enfermedad mental grave, por medio de las Unidades de Salud Mental Comunitarias.
  - b)** Desarrollo y promoción de Dispositivos Rehabilitadores Comunitarios (Centros de día, Unidades de noche).
  - c)** Desarrollo y promoción de una Red de Apoyo Social y Comunitario, con subprogramas de empleo, alojamiento alternativo, apoyo coyuntural y de tiempo libre; el Proyecto de Decreto añade también entre los subprogramas, los de apoyo domiciliario y atención a personas con enfermedad mental grave sin hogar.
- 3.** Actualmente la normativa vigente señala también como una función del CIRPAC la propuesta a la Dirección General de Programas Asistenciales del nombramiento de un responsable o responsables de cada uno de los PIRP. El Proyecto de Decreto suprime esta función al considerar que el responsable del PIRP debe ser miembro del CIRPAC, por lo que su designación debe correr la misma suerte que la de los demás miembros del CIRPAC, reservándose la propuesta a la Dirección de Área de Salud ratificada por la Dirección General de Programas Asistenciales, entre el personal del Servicio Canario de la Salud del Área de Salud correspondiente con responsabilidades en el ámbito de personas con enfermedad mental.
  - 4.** Poner a disposición del responsable o responsables de los P.I.R.P., un inventario de recursos y prestaciones sociosanitarias, públicas o privadas que puedan contribuir a la rehabilitación psicosocial de las personas con enfermedad mental grave.
  - 5.** Asesorar a los responsables de los servicios sanitarios y sociales, públicos o privados, sobre la correcta utilización de todos los recursos y prestaciones así como de los diferentes

procedimientos para acceder a ellos. En este extremo, el Proyecto de Decreto, puntualiza que ese asesoramiento que realiza el CIRPAC debe hacerse siguiendo los criterios de coordinación establecidos por la Dirección General de Programas Asistenciales, para conseguir la necesaria uniformidad y homogeneidad de criterios en todas las Áreas de Salud.

6. Supervisar mediante el análisis y evaluación, las memorias y planes anuales que conllevan los P.I.R.P., dando cuenta de las conclusiones con carácter anual, a la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental.
  7. Proponer criterios y procedimientos de control de calidad para los diferentes subprogramas del P.I.R.P., promoviendo aquellos que beneficien a los pacientes, en coordinación con el resto de los C.I.R.P.A.C., a través de la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental.
  8. Informar con carácter periódico a la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental acerca de la actividad desarrollada para la realización del P.I.R.P.
  9. Emitir informe previo al plan de formación del personal de los centros y servicios concertados con la Administración para el caso de la asistencia a personas con trastornos mentales graves, así como cualquier otro que la normativa vigente le atribuya. El Proyecto de Decreto incorpora esta otra función, que si bien no aparece contemplada en el vigente Decreto 83/98, hay que entender que se ejerce en la actualidad, al serle atribuida mediante el artículo 14. 1.4.3 del Decreto 67/2012, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento regulador de los centros y servicios que actúen en el ámbito de la promoción de la autonomía personal y la atención a personas en situación de dependencia en Canarias (BOC 158, de 13.8.2012).
  10. Cuantas otras funciones sean precisas para lograr los objetivos que se fijan en el P.I.R.P.
- **Procedimiento de derivación de personas con trastorno mental a dispositivos sociosanitarios**

En este procedimiento se pueden distinguir las siguientes etapas:

1. *Identificación de necesidades.* Las Unidades de Salud Mental (USM), de acuerdo a los programas individuales de atención a personas con enfermedad mental grave, identifican las necesidades que presentan aquellos pacientes susceptibles de ser atendidos en los distintos dispositivos sociosanitarios específicos coordinados por el Programa Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP): Centro de Rehabilitación Psicosocial, Alojamiento alternativo, Mini-residencia para personas con enfermedad mental y cualquier otro destinado a la población con discapacidad por enfermedad mental. El perfil básico del paciente susceptible de derivación es el de personas entre los 18 y 64 años de edad que sufren ciertos trastornos mentales graves y cumplan los criterios específicos para el recurso propuesto.
2. *Remisión a valoración de Dependencia.* Las USM se ocupan de gestionar con el paciente la solicitud de la valoración de la situación de dependencia en los órganos competentes.
3. *Derivación al PIRP.* Basándose en los criterios establecidos, las USM realizan un informe de derivación al responsable del PIRP indicando el recurso de rehabilitación propuesto.
4. *Coordinación y gestión de prioridades.* El responsable del PIRP gestiona la recepción de las solicitudes y en coordinación con las USM, establece las prioridades de acceso a las plazas disponibles en cada momento. A tal efecto tiene constancia de las plazas ocupadas, reservadas y vacantes en cada dispositivo, a través de la intranet del IASS, cuyos datos se

actualizan desde el PIRP. En las islas no capitalinas, la constancia de las plazas se obtiene a partir de la intranet de la Consejería competente de los Cabildos correspondientes, cuyos datos también se actualizan desde el PIRP. En cuanto al establecimiento de las prioridades de acceso, con el fin de una mejora en el procedimiento, en la actualidad se están desarrollando baremos, en un contexto de colaboración con Cabildos y la Dirección General de Dependencia.

5. *Comisión Sociosanitaria Insular de Acceso y Seguimiento del Plan de Atención a la Discapacidad.* Su función es determinar, tras su valoración y con el informe preceptivo de Sanidad, el acceso a las plazas y servicios sociosanitarios para posteriormente emitir la resolución con asignación del derecho. A tal efecto, se utilizan baremos que ayuden a ordenar la lista de candidatos. El listado de candidatos se remite a la Comisión, la cual cuenta con representación del Servicio Canario de la Salud, a través de la persona responsable del PIRP, así como con representación del Cabildo y representación de Dependencia, a efectos de que se proceda a la preceptiva resolución de ingreso, sin la cual no se puede adjudicar ninguna plaza; además, simultáneamente se informa al Servicio de Dependencia, identificando a los usuarios que ocupan las plazas (altas y bajas), siendo este el que la financia. En los Convenios de Cooperación entre la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias y los Cabildos Insulares, para la prestación de servicios en recursos sociosanitarios de rehabilitación psicosocial se reconoce que el criterio de acceso a tales recursos se realiza en base al informe preceptivo, emitido por los profesionales de las Unidades de Salud Mental, para la prestación de los servicios, tanto en aquellos casos en los que tengan reconocida la situación de dependencia como en aquellos que no la tengan. En la actualidad, generalmente, para que se produzca un alta de un paciente, debe darse de baja a otro, ya que habitualmente la ocupación es del 100%. Cuando no hay plaza se genera lista de espera. En las islas no capitalinas, el procedimiento es similar, pero la Comisión de Acceso corresponde a la Consejería competente en cada Cabildo.
6. *Resolución de la concesión de plaza.* La resolución de la concesión de plaza se remite al dispositivo de recepción.

El procedimiento se muestra en el siguiente esquema:



En el caso de las islas no capitalinas, la gestión del acceso se realiza por las Consejerías competentes en cada Cabildo, siguiendo este procedimiento. En las islas capitalinas, se realiza por el IASS.

- **Procedimiento de derivación de personas con discapacidad por trastorno mental a dispositivos sociosanitarios**

La Comisión Sociosanitaria Insular de Acceso y Seguimiento del Plan de Atención a la Discapacidad, o en su caso, de la Consejería competente del Cabildo que corresponda, se reúne con periodicidad mensual para resolver la indicación y gestión de plazas sociosanitarias para personas con discapacidad. Participan representantes del Cabildo, Dependencia y responsable del PIRP. La relación remitida por el responsable del PIRP de usuarios de salud mental se aprueba de oficio, en tanto la gestión de estas plazas se realiza desde la coordinación del PIRP. En la comisión se estudian asimismo otros expedientes de personas con discapacidad intelectual que presentan alteraciones conductuales y se establece la coordinación con la USM de referencia.

Como se aprecia, esta Comisión de Acceso es de discapacidad, asumiendo dos funciones, una de discapacidad y otra de salud mental.

- **Coordinación del responsable del PIRP con la Comisión de Acceso y con la Unidad Técnica (UTEC)**

Por una parte, se realizan reuniones por parte del responsable del PIRP con la jefatura encargada de la Comisión Sociosanitaria Insular de Acceso y Seguimiento del Plan de Atención a la Discapacidad para coordinar aspectos relativos al acceso y adjudicación de plazas (altas, bajas, traslados).

Por otra parte, el responsable del PIRP mantiene reuniones con la jefatura encargada de la UTEC, encargada de planificar y supervisar el funcionamiento de los dispositivos sociosanitarios; así por ejemplo, periódicamente realizan visitas de seguimiento y vigilancia de cumplimiento a los CDRPS, a las MR o a los pisos de alojamiento alternativo. Por ello, las reuniones con la UTEC tienen como objeto el seguimiento del funcionamiento de los dispositivos.

En dichas reuniones del responsable del PIRP con uno y otro tipo de Jefaturas, dentro del cometido de cada una de ellas, se pueden fijar criterios generales, traslados a otros recursos sociosanitarios, gestión de casos complejos y reclamaciones, entre otras cuestiones.

- **Coordinación del responsable del PIRP con prestadores de servicios (Ayuntamientos, Empresas, Asociaciones)**

Al igual que en el caso de las reuniones con la UTEC, estas reuniones tienen como objeto el seguimiento del funcionamiento de los dispositivos, pudiendo tratarse en ellas distintos asuntos como incidencias, material necesario, equipos de profesionales, actividades, entre otras.

- **Coordinación Dispositivos de Salud Mental con recursos sociosanitarios**

Las Unidades de Salud Mental Comunitarias y otros dispositivos de la Red de Salud Mental se coordinan periódicamente con los recursos sociosanitarios para asegurar la continuidad asistencial, y establecen coordinaciones a demanda cuando se considera necesario. Es necesario compartir información entre la Red de Salud Mental (USM y PIRP), conforme a la norma de protección de datos, con los profesionales que intervengan de las entidades prestadoras de servicios en los servicios y recursos sociosanitarios, cuando sea necesario para la elaboración conjunta del Plan Individual de Atención (PIA). Se propone que sea el usuario (con el asesoramiento que sea necesario), quien autorice el uso del contenido de su expediente.

#### 6.4.2.2. La coordinación interinstitucional para la salud mental infanto-juvenil

- **Convenio con la Consejería con competencias en materia de educación**

El 2 de febrero de 2011 se firmó un Convenio específico de colaboración entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias para la realización de actuaciones conjuntas en relación al alumnado con patologías psíquicas.

En este convenio se exponen, entre otros, aspectos relativos a:

- La respuesta educativa para este alumnado, que viene determinada por las necesidades educativas derivadas de la evaluación psicopedagógica realizada por los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógicos de la Consejería de Educación.
- La necesidad de una estrecha coordinación y colaboración entre los servicios sanitarios y educativos, que facilite la identificación así como el tratamiento y seguimiento de cada caso.
- La necesidad de una coordinación y colaboración entre los servicios sanitarios y educativos para poder detectar cualquier patología psíquica susceptible de tratamiento y poder dar la respuesta educativa más adecuada a esta población.

Este convenio incluye nueve cláusulas que estipulan sobre el objeto, descripción de las actuaciones objeto del convenio, obligaciones de la Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes y obligaciones de la Consejería de Sanidad, actuaciones conjuntas de las partes, financiación, comisión de seguimiento, efectos, duración y causas de resolución del Convenio y su naturaleza jurídica.

- **Acuerdo. Jóvenes con medidas judiciales**

El 31 de julio de 2012 se firmó un acuerdo entre la Consejería de Cultura, Deportes, Políticas Sociales y Vivienda y la Consejería de Sanidad para la coordinación en materia de asistencia sanitaria a menores y jóvenes que se encuentren cumpliendo medidas judiciales impuestas por los Juzgados de Menores de Canarias.

El acuerdo "tiene como objeto, en primer término, establecer las condiciones e instrumentos de coordinación para garantizar el acceso de los menores y jóvenes que cumplen una medida judicial de internamiento en Canarias al Sistema Canario de Salud de acuerdo con lo dispuesto en la legislación estatal y autonómica en la materia".

Este convenio incluye ocho cláusulas: Objeto; Población destinataria; Lugar de prestación; Adscripción de recursos sanitarios; Protocolo de coordinación e información; Comisión de seguimiento; Financiación; Vigencia.

El Anexo incluye un *Protocolo de coordinación para la asistencia sanitaria a menores y jóvenes que se encuentren cumpliendo medidas judiciales impuestas por los Juzgados de Menores de Canarias*, que distingue las siguientes partes:

- Parte Primera: Consideraciones generales.
- Parte Segunda: Asistencia sanitaria primaria y especializada a menores y jóvenes que cumplen medida judicial de internamiento.

- Parte Tercera: Atención especializada en salud mental.
- Parte Cuarta: Programas sanitarios en los Centros de internamiento educativo para menores infractores.
- Parte Quinta: Atención a las drogodependencias.
- **Protocolo de colaboración con Consejería de Bienestar Social, Juventud y Vivienda**

El 16 de abril de 2010 se firmó un Protocolo general de colaboración entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Bienestar Social, Juventud y Vivienda del Gobierno de Canarias, que nace en el marco del Plan Integral del Menor, aprobado en el Parlamento de Canarias el 15 de abril de 1999, y que establecía en el objetivo general intermedio nº 10 la creación de un Centro Convivencial para Menores con Graves Trastornos de Conducta (CMTC) en el que se desarrollen actuaciones de carácter terapéutico y rehabilitadoras. Las características especiales de los menores a atender requieren una atención educativa específica mientras dure su estancia en el Centro.

Dicho Acuerdo se estructura en siete cláusulas: Objeto; Perfil de los menores (incluye criterios de ingreso y de alta); Características del CMTC; Acceso; Actuaciones de colaboración específica; Vigencia; Régimen jurídico.



# 07 Sistemas de información en salud mental

## 7.1. INTRODUCCIÓN. LA INFORMATIZACIÓN EN EL SCS

Con el progresivo proceso de informatización el SCS pretende:

1. Que los profesionales sanitarios puedan acceder a la información básica necesaria para la asistencia de los usuarios en cualquier punto de la red sanitaria pública (Servicios de Urgencia, Hospitales, Centros de Salud, Centros de Atención Especializada, etc).
2. Que los profesionales tengan herramientas de apoyo que les faciliten el tomar las decisiones más eficientes y adaptadas a la mejor evidencia científica disponible.
3. Que disminuyan los errores clínicos gracias a la existencia de protocolos de actuación, sistemas de alarma y procedimientos expertos de análisis de la información.
4. Que los sanitarios puedan dedicar más tiempo a la atención clínica al quedar liberados de procedimientos burocráticos y que los trámites a realizar por el ciudadano sean los mínimos posibles.
5. Disminución en el número de exposiciones/analíticas al paciente por pérdida o necesidad de repetición de pruebas diagnósticas.
6. Que se disponga de la información necesaria y de calidad, que facilite la toma de decisiones.

## 7.2. DEFINICIÓN

Un sistema de información de salud mental (SISM) es “un sistema que permite recoger, procesar, analizar, difundir y utilizar la información sobre un servicio de salud mental y las necesidades de salud mental de la población a la que atiende” (OMS, 2010). El SISM “aspira a mejorar la eficacia y la eficiencia de un servicio de salud mental y a asegurar prestaciones más equitativas, por permitir a los gestores y proveedores de servicios tomar decisiones más informadas para mejorar la calidad de la atención. En resumidas cuentas, un SISM es un sistema para la actuación: existe no sólo con el objeto de recoger datos, sino también para permitir la toma de decisiones en todos los terrenos del sistema de salud mental” (OMS, 2010).

### 7.3. LOS REGISTROS DE CASOS PSIQUIÁTRICOS

Los registros de casos psiquiátricos se han definido como ‘un sistema de información longitudinal, centrado en los pacientes, que recoge los contactos que se establecen con un conjunto de servicios de salud mental en un área geográfica delimitada’ (WHO, 1983). Los registros de casos proveen datos importantes para la planificación de servicios, epidemiología, administración e investigación (Ten Horn, 1986).

Sus características son (Pons et al., 1992):

- Se centra en los pacientes y no en los sucesos.
- Se basa en una población bien definida.
- La información es longitudinal y acumulable.
- Está orientado a los servicios.

Más allá de los elementos que definen a un registro de casos psiquiátricos, recientemente se han señalado las características que debería tener para su implementación y funcionamiento adecuados (Moreno, 2012):

1. Sistema centrado en el paciente.
2. Información longitudinal, acumulable y exhaustiva.
3. Sistema de información integrado.
4. Definición de un conjunto mínimo básico de datos necesarios.
5. Aplicación de medidas para garantizar la confidencialidad de la información.
6. Establecer medidas para garantizar la calidad de los datos.
7. Diseñar una explotación de los datos útil.
8. Contar con la opinión de los clínicos.
9. Creación de unidades intermedias para su mantenimiento.
10. Necesidad de apoyo institucional.

En España, en el contexto de la reforma psiquiátrica, se planteó la necesidad de contar con instrumentos que permitieran la evaluación de los objetivos de la reforma. Un grupo de expertos de Salud Mental, tras varias reuniones de trabajo entre 1985-1988, concluyó que un registro acumulativo de casos psiquiátricos sería el método más idóneo (Pons et al., 1992). Los primeros registros fueron los de la Comunidad Autónoma Vasca, en marcha desde 1983, y el de Asturias, desde 1986 (MSC, 2007). Sin embargo, en la última Estrategia en Salud Mental del SNS (2009-2013), sólo 9 CC.AA. aportaron información sobre la morbilidad atendida, hallándose una alta variabilidad que llevó a recomendar el desarrollo de un sistema de registro generalizado y homologable entre las CC.AA. (MSPSI, 2011). Por tanto, no existe un sistema de información en salud mental que recoja la actividad asistencial en cada Comunidad Autónoma y esté agregado a nivel nacional. El único sistema centralizado es la información sobre el proceso de hospitalización en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria (MSC, 2007).

Una de las líneas estratégicas básicas de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud es el desarrollo de sistemas de información y evaluación (MSC, 2007), mantenida en la última Estrategia vigente (MSPSI, 2011).

## 7.4. EL REGISTRO DE CASOS PSIQUIÁTRICOS DE CANARIAS (RECAP)

### 7.4.1. Historia y situación actual

La historia del RECAP se remonta a finales de los años 90, tras la iniciativa de profesionales de la Red de Salud Mental, que estimaron conveniente y necesario ir recogiendo la información sobre la actividad asistencial, como las características básicas de los pacientes y el tipo de intervenciones realizadas. Para el diseño de este sistema de información se ha contado desde un primer momento con la opinión y las sugerencias de los profesionales sanitarios. Los profesionales son los protagonistas, ya que alimentan la base de datos con su actividad asistencial y además son los principales usuarios de la información para fines asistenciales.

La Orden de 4 marzo de 2002, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se amplía la relación de ficheros de datos de carácter personal existentes en el Servicio Canario de la Salud, supuso la inclusión del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RECAP) como un registro oficial en Canarias.

En el 2003 se puso en marcha un proyecto piloto, realizado en cuatro USM del área norte de Gran Canaria, con el objetivo de unificar el formato de recogida de datos.

En el 2004 se realizó la evaluación de este proyecto piloto, y en el 2005 se implanta de forma oficial el RECAP.

En el periodo comprendido entre 2006 y 2009 se produce una generalización progresiva del RECAP a las USM de Canarias.

En el 2010 se realizó la ampliación del RECAP a las USM de infanto-juvenil.

En el 2011 se integraron en el RECAP los Hospitales de Día Infanto-juveniles y los Dispositivos de Rehabilitación Psicosocial, abarcando ya la práctica totalidad de la asistencia ambulatoria que se realiza en Canarias.

En el 2014 se integraron asimismo las Consultas Ambulatorias Hospitalarias específicas (patología dual, Psicooncología, TEC, Unidad de Transexualidad, etc) realizadas en el ámbito hospitalario.

En el 2016 se incluyó en el RECAP la información sobre las urgencias psiquiátricas hospitalarias.

Desde el año 2011 comienza de forma paralela la recogida de información del RECAP a través de la Historia Clínica Electrónica alojada en la plataforma informática DRAGO AE. En marzo de este año se inicia un estudio piloto en las USM de la isla de La Palma. Tras los resultados satisfactorios que arrojó su evaluación se decidió generalizar el registro informatizado a los dispositivos asistenciales de La Gomera, El Hierro y Lanzarote. En el año 2013 se implantó en Fuerteventura y parcialmente en Tenerife y Gran Canaria (Hospital Universitario de Ntra. Sra. de La Candelaria y el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria). Posteriormente a medida que se ha ido implantando la Historia Clínica Electrónica en los hospitales se ha incorporado el RECAP de forma conjunta.

Según los datos de 2015, el RECAP incluyó información sobre la actividad asistencial de 348 profesionales de la Red de Salud Mental, 175.188 pacientes, 2.641.750 episodios asistenciales y 1.556.358 Intervenciones en los DRPS.

## 7.4.2. Objetivos y utilidad

El Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias responde a la necesidad de disponer de un sistema unificado de información en Atención a la Salud Mental que permita conocer de forma periódica la utilización y actividades de la Red de Atención a la Salud Mental en Canarias. El registro tiene un carácter regional (Comunidad Autónoma de Canarias) y está diseñado como un fichero longitudinal de pacientes afectados de trastornos mentales en el que se recogen todos y cada uno de los contactos que éstos tienen con los diferentes dispositivos asistenciales en Salud Mental. Al estar centrado en pacientes, el registro evita la doble contabilidad de los mismos. Al estar referido a una población definida, posibilita las comparaciones con los datos del censo de ésta, la extracción de tasas y la comparación con otras. Al ser longitudinal y acumulativo permite un seguimiento continuo. Al estar orientado a los servicios, proporciona datos sobre su uso.

Los objetivos del RECAP son los siguientes:

- En relación con la política de gestión y planificación, permite conocer las tendencias temporales de los distintos patrones de contacto que dibujan la trayectoria de cada paciente a través de los diferentes servicios. Esta política ayuda a valorar el efecto derivado de la reorganización de los recursos en un área y a fomentar una política descentralizadora e integradora que facilita la accesibilidad a los servicios.
- En la política de evaluación de los rendimientos ayuda a conocer el funcionamiento y la demanda de los servicios de salud mental.
- En la política de adopción de decisiones clínicas, suministra la información de acuerdo con el nivel administrativo en el que se toma la decisión. También implica que la información se aporta de forma sencilla y fácilmente comprensible y con la rapidez necesaria para influir en la decisión.
- En relación con la política de investigación, evita los sesgos que se originan si se consideran sólo unos servicios asistenciales; permite comparar los datos obtenidos con relación a la población total, así como la iniciación de estudios longitudinales en la búsqueda de factores etiológicos, de pronóstico y/o tratamiento y contribuye a un banco de datos en salud mental para la extracción de muestras complejas. Por su parte, al contar con diversas variables, permite realizar análisis en función de ellas. Así, es posible, por ejemplo, realizar análisis de actividad asistencial y características de las personas atendidas en función del sexo o la edad, con la importancia que ello conlleva.

En resumen, el RECAP suministra información precisa y puntual de calidad, imprescindible para unas adecuadas políticas de gestión, planificación, evaluación de rendimientos, adopción de decisiones e investigación.

La utilidad de la explotación de datos la podemos enmarcar en tres grandes apartados, si bien la utilidad de su contenido no es exclusivo de los apartados en los que se encuadran, sino que se extiende a las demás y se interrelacionan.

- **Gestión y Planificación**
  - Cómputo unívoco de los usuarios atendidos.
  - Actividad asistencial ambulatoria realizada en Salud Mental.
  - Comparación de la población atendida con la población general.
  - Obtención de muestras poblacionales.

- Comparación de la población atendida entre las distintas áreas sanitarias.
  - Observación de las pautas asistenciales y patrones de utilización de los servicios ambulatorios.
  - Elaboración de hipótesis de investigación.
  - Evaluación de las necesidades para la población.
  - Evaluación de las necesidades de recursos según áreas.
- **Para los Dispositivos**
    - Análisis de actividad asistencial.
    - Análisis de patologías atendidas.
    - Puesta en marcha de intervenciones según trastornos de mayor prevalencia.
    - Evaluación de calidad asistencial mediante indicadores.
    - Evaluación de la evolución en los parámetros asistenciales.
    - Evaluación de la efectividad de programas realizados.
- **Para los profesionales**
    - Evaluación de su actividad asistencial.
    - Disponibilidad de cuantificación rápida y fiable de datos varios para objetivos clínicos.
    - Investigación.

### 7.4.3. Características

La cumplimentación del registro en los dispositivos clínicos, Unidades de Salud Mental y Hospitales de Día, se realiza en la plataforma de Historia Clínica Electrónica (DRAGO AE). En los dispositivos de rehabilitación psicosocial el registro se hace vía web, directamente en la aplicación del RECAP. La informatización en la recogida de los datos ha supuesto un avance importante en la disponibilidad de la información y por tanto ha permitido una mayor rapidez y agilidad en la explotación de los datos.

El RECAP incluye datos de otros Sistemas de Información Sanitaria (SIS). Esta integración permite no perder información de los pacientes, al cruzarse bases de datos de diferentes ámbitos asistenciales y al mejorar la relación entre niveles asistenciales. El RECAP se nutre de datos recogidos en otros Sistemas de Información, como el Sistema de Información Hospitalaria (SIH), la base de datos de tarjeta sanitaria y la Historia Clínica Electrónica, entre otros.

El análisis de los datos y el desarrollo de indicadores y cuadros de mando se realiza con el Programa Oracle Business Intelligence. La explotación de los datos permite obtener una visión integral de todos los episodios asistenciales en los distintos dispositivos de Salud Mental, en los que está inmerso el paciente.

Tanto la aplicación RECAP como la Historia Clínica Electrónica en DRAGO AE se ajustan al marco establecido por la normativa de protección de datos. Para ello, ambas aplicaciones se integran con un registro corporativo de accesos que constituye la herramienta de control que permite auditar el cumplimiento de las normas.

#### 7.4.4. Calidad e indicadores

Para garantizar la **calidad** de la información registrada se han establecidos controles de calidad en todos los niveles del proceso, desde el primer momento con el registro de la información hasta la explotación de datos. Asimismo, se han diseñado programas con controles de errores lógicos.

Por su parte, el diseño de los **indicadores** facilita una visión global de los servicios y los usuarios. A continuación, a modo ilustrativo, se presentan tablas que contienen relaciones de indicadores desarrollados para el análisis de la actividad asistencial de las Unidades de Salud Mental, Hospitales de día y Dispositivos de Rehabilitación Psicosocial.

##### Relación de Indicadores para Unidades de Salud Mental y Hospitales de Día

- Frecuentación por 1.000 habitantes.
- Media diaria de consultas (programadas, no programadas, urgentes) por perfil profesional
- Índice de consultas sucesivas / primeras consultas por perfil profesional.
- Porcentaje del tipo de consulta (programadas, no programadas, urgentes) por perfil profesional.
- Nivel de asistencia a consulta por perfil profesional.
- Porcentaje intervenciones realizadas en dispositivo, domicilio y otras instituciones por perfil profesional.
- Media anual de consultas por diagnóstico CIE 10 y perfil profesional.
- Número de consultas por grupo diagnóstico CIE 10.
- Número de pacientes por grupo diagnóstico CIE 10.
- Porcentaje de pacientes con más de tres consultas sin diagnóstico CIE 10.
- Incidencia y Prevalencia tratada por diagnóstico CIE 10.
- Porcentaje de pacientes con diagnóstico NANDA.
- Porcentaje de pacientes con diagnóstico NANDA de pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Grave.
- Tasa de tentativa de suicidio comunicada por 1.000 habitantes.
- Media de psicoterapia por paciente y diagnóstico CIE 10.
- Altas (número, porcentaje y tasa por 1.000 habitantes).
- Tipo de altas (número, porcentaje y tasa por 1.000 habitantes).
- Altas por diagnóstico CIE 10.
- Porcentaje de pacientes con indicación de ingreso.
- Tareas (informes, coordinación, atención a personas relacionadas): número y media diaria por perfil profesional.

##### Relación de Indicadores para Dispositivos de Rehabilitación Psicosocial

- Número de usuarios por DRPS.
- Media mensual de contactos por usuarios y por DRPS.
- Porcentaje intervenciones referidas a Programas de Rehabilitación Cognitiva.

- Porcentaje intervenciones referidas a Autocuidado.
- Porcentaje intervenciones referidas a Autonomía.
- Porcentaje intervenciones referidas a Habilidades Sociales.
- Porcentaje intervenciones referidas a Habilidades para la vida diaria.
- Porcentaje intervenciones referidas a Actividad física y deporte.
- Porcentaje intervenciones referidas a Programas de Intervención Familiar.
- Porcentaje intervenciones referidas a Programas de ocio.
- Porcentaje intervenciones referidas a Rehabilitación laboral.
- Porcentaje intervenciones referidas a Talleres Prelaborales.
- Porcentaje intervenciones referidas a Empleo con apoyo.
- Altas por tipo de DRPS (número y porcentaje).
- Tipo de altas por DRPS (número y porcentaje).

Periódicamente tanto los gestores como los profesionales reciben informes que contienen datos de la actividad asistencial. El desarrollo de indicadores ha permitido evaluar el rendimiento asistencial y por ende, establecer en base a esos resultados **criterios de calidad** negociados y pactados con los profesionales. A continuación se muestra una relación de ejemplos, a modo ilustrativo, con criterios de calidad.

### **Ejemplos de criterios de calidad pactados con los profesionales sanitarios**

- Número de consultas diarias citadas por perfil profesional.
- Mejorar la adherencia a las consultas, con establecimiento de un máximo del 15% de consultas a las que los pacientes no acuden.
- Aumentar el cociente diferencial del número de consultas entre los pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) y Trastorno Mental Común.
- Alcanzar una media establecida de consultas / año con psiquiatría en los pacientes con TMG.
- Alcanzar una media establecida de consultas/año con enfermería en los pacientes con TMG.
- Reducir la Prevalencia e Incidencia asistida en el Trastorno Mental Común.
- Reducir el porcentaje de pacientes sin diagnóstico CIE 10 a un 5%, en aquellos que han tenido un mínimo de 3 consultas.
- Alcanzar un determinado porcentaje de altas desde las USMC cuyo motivo principal sea 'mejoría', 'no requiere tratamiento' o 'derivación a Atención Primaria.'
- Alcanzar un determinado porcentaje de altas desde las USMC para el Trastorno Mental Común.
- Disminuir el porcentaje de altas por abandono.

## 7.5. HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN SALUD MENTAL: ESTACIÓN CLÍNICA DRAGO AE

La estación clínica Drago-AE es la aplicación informática corporativa que gestiona el proceso asistencial completo dentro de Atención Especializada en el SCS y refleja cada una de las relaciones del paciente con el sistema sanitario.

Sus objetivos son:

1. Mejorar los flujos de trabajo.
2. Ofrecer un servicio más eficiente.
3. Ofrecer un servicio de mayor calidad y más apreciado por la población.

Permite la revisión de los procesos asistenciales y no asistenciales, con un beneficio inmediato en la gestión, derivado de la mayor precisión de los datos. Un aspecto importante en su desarrollo ha sido la posibilidad de participación de todos los profesionales implicados, de forma que satisfaga sus necesidades.

El Servicio de Salud Mental de la DGPPAA junto con la Dirección de DRAGO AE coordinó el desarrollo de los contenidos de la Estación Clínica en SM. Todo el proceso se realizó en cinco fases:

- 1ª Incorporación de los formularios de RECAP a la Plataforma DRAGO AE. Realizada por los responsables de DRAGO AE y RECAP junto con los equipos de desarrollo de ambas aplicaciones.
- 2ª Presentación del entorno DRAGO AE a las Jefaturas de Servicio de los hospitales de Canarias. Solicitud de aportar formularios (junto con sus equipos) que consideraran importantes para incorporar en la Historia Clínica.
- 3ª Recogida de propuestas de formularios. En aquellos temas en los que había más de una propuesta se consensó con los profesionales un formulario único.
- 4ª Desarrollo, incorporación y validación de cada uno de los formularios en el entorno funcional de DRAGO AE.
- 5ª Presentación, formación e implantación de la estación clínica de Salud Mental en cada uno de los hospitales de Canarias.

Tras la puesta en marcha inicial en La Palma de la Historia Clínica Electrónica, en el año 2011 se incorporaron a la estación clínica de SM La Gomera, El Hierro y Lanzarote. A partir del año 2012 se incorporó el Hospital General de Fuerteventura con las USM de referencia. En el año 2013 el Hospital Universitario de Ntra. Sra. de La Candelaria y Hospital Universitario Materno Insular de Gran Canaria pusieron en marcha la Historia Clínica Electrónica en Salud Mental. Paulatinamente se fueron incorporando el resto de los hospitales, y en la actualidad todos trabajan con HCE.

### Bibliografía

MSC. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

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

Moreno B. ¿Por qué no funcionan los sistemas de información en salud mental? Diez requisitos necesarios para su implementación. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2012; 32(113): 29-38.

OMS. Organización Mundial de la Salud. *Sistemas de información en salud mental. (Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.

Pons I, Pedreira V, Lalucat L, Espinosa MI, Pedreira JL, Eguiagara M et al. Los registros acumulativos de casos psiquiátricos como sistema de información y evaluación dentro del marco de la reforma psiquiátrica. Documento del grupo de trabajo sobre registros de casos psiquiátricos. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría.* 1992; 12: 115-24.

Ten Horn GHMM. A classification of different types of psychiatric case registers. In: Ten Horn GHMM, editors. *Psychiatric Case Registers in Public Health*. New York: Elsevier; 1986. p 388-401.

WHO. World Health Organization. *Psychiatric Case Registers. Report on a working group*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe;1983.



# 08

# Formación e investigación

## 8.1. FORMACIÓN

### 8.1.1. Bases

La formación del personal sanitario en materia de salud mental es uno de los objetivos básicos de la Consejería de Sanidad y del Servicio Canario de la Salud, y constituye una estrategia fundamental.

La formación especializada del personal sanitario tiene como objeto promover una atención sanitaria de calidad a las personas con trastornos mentales en Canarias, que sea coherente con el Modelo de Salud Mental Comunitaria, mediante el desarrollo personal y profesional de los distintos profesionales de la red asistencial de salud mental, fomentando una cultura de servicio, de innovación continuada y de compromiso con la organización sanitaria pública y con la excelencia profesional al servicio de los ciudadanos.

La Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias asume las recomendaciones de la OMS (WHO, 2005), que señalan que una política para la formación continuada debe tener en cuenta, entre otros, la existencia de un compromiso firme por parte de la Administración para facilitar la formación y desarrollar la carrera profesional; procedimientos de valoración, evaluación y reconocimiento de los progresos y, por otro lado, el empeño de los profesionales para hacer uso de las nuevas competencias.

### 8.1.2. Coordinación, colaboración y difusión

- Se han realizado cursos en **coordinación y colaboración** con la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias y la ESSSCAN, como institución oficial de formación sanitaria y sociosanitaria en Canarias.
- En cuanto a la **difusión**, para poder llegar al mayor número de profesionales, una herramienta básica ha sido la cuenta de correo electrónico del Programa de Formación en Salud Mental ([proforsame.scs@gobiernodecanarias.org](mailto:proforsame.scs@gobiernodecanarias.org)) y su lista de distribución asociada. Esta herramienta permite la rápida y extensa comunicación con los profesionales de la Comunidad, en todo lo relativo a la formación y temas relacionados. La iniciativa ha tenido una excelente acogida y cuenta ya con más de 1.000 profesionales suscritos a esta.

### 8.1.3. Formación realizada

Las acciones formativas llevadas a cabo han estado aglutinadas en una serie de **ejes básicos**:

- Trastornos mentales infanto-juveniles: prevención, promoción de la salud mental y programas de intervención en las distintas patologías.
- Mejora del abordaje en salud mental en Atención Primaria.
- Modelos de Psicoterapia en las distintas patologías.
- Investigación en salud mental.
- Mejora de habilidades en rehabilitación y reinserción laboral de enfermos mentales crónicos.
- Nuevos retos para la Red de Salud Mental.
- Promoción y cooperación con usuarios y familiares.

Estos ejes se han desarrollado a través de **dos vías**:

- Formación continuada en los distintos servicios de salud mental, a través de sesiones clínicas, jornadas, etc.
- Formación planificada por la Dirección General de Programas Asistenciales en colaboración con los Servicios de Salud Mental, la ESSSCAN y otras Instituciones.

Los **profesionales** destinatarios de las actividades de formación han sido:

- Profesionales de Salud Mental (Psiquiatras, Psicólogos, DUE, Trabajadores sociales, Auxiliares de Enfermería).
- Profesionales de Atención Primaria (Médicos de Atención Primaria, DUE, Trabajadores sociales).
- Profesionales de otras instituciones (Drogodependencias, Servicios Sociales, Educación).

FORMACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL POR LA DGPPAA						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nº seminarios	20	23	12	3	10	7
Nº horas	189	242	114	30	90	60
Media asistentes	25	25	56	150	113	82

<b>FORMACIÓN ORGANIZADA POR EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE LA DGPPAA - AÑO 2010</b>		
<b>TÍTULO</b>	<b>HORAS</b>	<b>LUGAR</b>
Curso de metodología de la investigación en salud mental	20	Gran Canaria
Curso de metodología de la investigación en salud mental	20	Tenerife
Curso de metodología de la investigación en drogodependencias	10	Gran Canaria
Curso de metodología de la investigación en drogodependencias	10	Tenerife
Autismo	10	Tenerife
Autismo y psicosis infantil	10	Gran Canaria
Trastornos de personalidad	12	Gran Canaria
Trastornos de personalidad	12	Tenerife
Trastornos de personalidad	12	Fuerteventura
Terapia interpersonal con adolescentes	10	Tenerife
Abordaje terapéutico y supervisión de casos en infanto-juvenil	10	Tenerife
Hospital de día Infanto-Juvenil: terapia con niños y adolescentes	5	Gran Canaria
Abordaje de los trastornos de alimentación	10	Gran Canaria
Abordaje de los trastornos de alimentación	10	Tenerife
Programa de Tratamiento Psicológico para pacientes con Trastorno Bipolar Refractario	10	Gran Canaria
Programa de Tratamiento Psicológico para pacientes con Trastorno Bipolar Refractario	10	Tenerife
Programa de Tratamiento Psicológico para pacientes con Trastorno Bipolar Refractario	10	Fuerteventura
Programa de Tratamiento Psicológico para pacientes con Trastorno Bipolar Refractario	10	Lanzarote
Organización de Programas para la atención temprana en la psicosis	10	Gran Canaria
Formación en el abordaje diagnóstico y terapéutico de los trastornos de identidad de género*	10	Gran Canaria
Formación en el abordaje diagnóstico y terapéutico de los trastornos de identidad de género*	10	Tenerife
Actualización en psicogeriatría*	10	Gran Canaria
Actualización en psicogeriatría*	10	Tenerife

\* En colaboración con la ESSSCAN

<b>FORMACIÓN ORGANIZADA POR EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE LA DGPPAA - AÑO 2011</b>		
<b>TÍTULO</b>	<b>HORAS</b>	<b>LUGAR</b>
Curso práctico de metodología de la investigación en salud mental	10	Tenerife
Curso práctico de metodología de la investigación en salud mental	10	Gran Canaria
Entrenamiento en resolución de problemas para Atención Primaria	8	Tenerife
Entrenamiento en resolución de problemas para Atención Primaria	8	Fuerteventura
La Psicoterapia breve en Atención Primaria / Salud Mental	6	Lanzarote
La Psicoterapia breve en Atención Primaria / Salud Mental	4	El Hierro
La Psicoterapia breve en Atención Primaria / Salud Mental	5	La Gomera
La Psicoterapia breve en Atención Primaria / Salud Mental	10	Tenerife
Procesos migratorios y salud mental	10	Tenerife
Procesos migratorios y salud mental	10	Gran Canaria
Curso de psicopatología avanzada para drogodependencias	20	Gran Canaria
Curso de psicopatología avanzada para drogodependencias	20	Tenerife
La psicoterapia en el tratamiento del niño con trauma	10	Gran Canaria
La psicoterapia en el tratamiento del niño con trauma	10	Lanzarote
La psicoterapia en el tratamiento del niño con trauma	10	Fuerteventura
Tratamiento de los trastornos de ansiedad	15	Gran Canaria
Terapia grupal	10	Gran Canaria
Comunicación corporativa externa	8	Gran Canaria
Comunicación corporativa externa	8	Tenerife
Intervención psicológica adaptada a las fases iniciales de la psicosis*	15	Gran Canaria
Intervención psicológica adaptada a las fases iniciales de la psicosis*	15	Tenerife
Acompañamiento terapéutico*	10	Gran Canaria
Acompañamiento terapéutico*	10	Tenerife

\* En colaboración con la ESSSCAN

<b>FORMACIÓN ORGANIZADA POR EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE LA DGPPAA - AÑO 2012</b>		
<b>TÍTULO</b>	<b>HORAS</b>	<b>LUGAR</b>
Terapia Familiar en los problemas de la adolescencia	10	Gran Canaria
Terapia de la depresión infanto-juvenil	10	Gran Canaria
Terapia de la depresión infanto-juvenil	10	Tenerife
Actualización sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad	10	Gran Canaria
Actualización sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad	10	Tenerife
Nuevos modelos de atención a las enfermedades mentales crónicas: continuidad de cuidados	10	Gran Canaria
Intervención con jóvenes con trastornos conductuales*	10	Gran Canaria
Intervención con jóvenes con trastornos conductuales*	10	Tenerife
Ideación suicida y suicidio*	10	Gran Canaria
Ideación suicida y suicidio*	10	Tenerife
Gestión de conflictos interpersonales en el ámbito sanitario	7	Gran Canaria
Gestión de conflictos interpersonales en el ámbito sanitario	7	Tenerife

\* En colaboración con la ESSSCAN

<b>FORMACIÓN ORGANIZADA POR EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE LA DGPPAA - AÑO 2013</b>		
<b>TÍTULO</b>	<b>HORAS</b>	<b>LUGAR</b>
Psicoterapia en las psicosis	10	Gran Canaria
Psicoterapia en las psicosis	10	Tenerife
La terapia en los trastornos de ansiedad y trastornos depresivos: el modelo de terapia de aceptación y compromiso	10	Gran Canaria

<b>FORMACIÓN ORGANIZADA POR EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE LA DGPPAA - AÑO 2014</b>		
<b>TÍTULO</b>	<b>HORAS</b>	<b>LUGAR</b>
Patología dual	9	Gran Canaria
Patología dual	9	Tenerife
Ética en los sistemas sanitarios	7	Gran Canaria
Ética en los sistemas sanitarios	7	Tenerife
Amenazan con quererme	10	Gran Canaria
Prevención y tratamiento de la conducta suicida	10	Gran Canaria
Prevención y tratamiento de la conducta suicida	10	Tenerife
Terapia Grupal en el trastorno mental grave	9	Gran Canaria
Terapia Grupal en el trastorno mental grave	9	Tenerife
Amenazan con quererme	10	Tenerife

<b>FORMACIÓN ORGANIZADA POR EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE LA DGPPAA - AÑO 2015</b>		
<b>TÍTULO</b>	<b>HORAS</b>	<b>LUGAR</b>
Prevención y tratamiento de la conducta suicida: recomendaciones de la guía de práctica clínica del SNS	10	Gran Canaria
Psicopatología del desarrollo en los trastornos de personalidad en la adolescencia: un marco de tratamiento basado en la mentalización.	10	Gran Canaria
Abordaje integral del paciente con enfermedad mental y adicciones.	8	Gran Canaria
Diseño y organización de la psicoterapia en los trastornos de la personalidad: técnicas psicoterapéuticas.	9	Gran Canaria
Disforia de género	7	Gran Canaria
Disforia de género	7	Tenerife
Diseño y organización de la psicoterapia en los trastornos de la personalidad: técnicas psicoterapéuticas.	9	Tenerife

<b>FORMACIÓN ORGANIZADA POR EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE LA DGPPAA - AÑO 2016</b>		
<b>TÍTULO</b>	<b>HORAS</b>	<b>LUGAR</b>
<b>Encuentros con el Dr. Jim Van Os: Hacia una salud mental personalizada</b>	6	Gran Canaria
<b>Trauma intrafamiliar temprano: Consecuencias psicológicas</b>	8	Gran Canaria
<b>Trauma intrafamiliar temprano: Consecuencias psicológicas</b>	8	Tenerife
<b>PIENSA: Programa de Intervención en Psicosis Adolescente</b>	8	Gran Canaria
<b>PIENSA: Programa de Intervención en Psicosis Adolescente</b>	8	Tenerife
<b>PIENSA: Programa de Intervención en Psicosis Adolescente</b>	8	Fuerteventura
<b>Riesgo suicida y conducta suicida: evaluación e intervención en Atención Primaria</b>	5	Gran Canaria
<b>Riesgo suicida y conducta suicida: evaluación e intervención en Atención Primaria</b>	5	Tenerife
<b>Pues cómo no, la psicosis</b>	6	Gran Canaria
<b>Encuentro con el Profesor Diego Gracia: Aspectos éticos en Salud Mental</b>	6	Gran Canaria
<b>Encuentro con el Profesor Diego Gracia: Aspectos éticos en Salud Mental</b>	6	Tenerife
<b>Violencia en las relaciones íntimas: una perspectiva clínica</b>	9	Gran Canaria
<b>Violencia en las relaciones íntimas: una perspectiva clínica</b>	9	Tenerife

## 8.2. INVESTIGACIÓN

### 8.2.1. Bases

La investigación es el proceso sistemático que tiene por objeto generar nuevos conocimientos. La investigación sanitaria es un elemento necesario de cualquier estrategia que se proponga mejorar la salud de la población. La integración de la investigación con la práctica clínica garantiza una mayor calidad de los servicios de salud y una mejor y más rápida implantación de los avances científicos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, así como un cuidado más ético y eficaz de los pacientes.

La investigación en salud mental es una de las líneas estratégicas básicas recogidas en la Estrategia en Salud Mental del SNS (2007 y 2009-2013). Se insta al fomento y ordenación de la investigación relacionada con los ámbitos del conocimiento útiles para evaluar la eficacia y generar nuevas evidencias para el desarrollo de un sistema moderno y permanentemente actualizado de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados en salud mental. Además, corresponde esta línea con la duodécima acción del Plan de Acción de Helsinki, que expresa la necesidad de evaluar la eficacia y generar nuevas evidencias.

### 8.2.2. Actividades

#### 8.2.2.1. Actividades formativas

Desde la creación del Programa de Investigación en salud mental (2009) se han realizado diversas actividades formativas sobre la investigación, dirigidas a un amplio rango de profesionales: de salud mental (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales), médicos de Atención Primaria, médicos de las Unidades de Atención a las Drogodependencias, y profesionales en formación (residentes MIR de psiquiatría, PIR y EIR).

Título del curso	Horas	Lugar	Año
Metodología de la investigación en salud mental*	20	Gran Canaria	2010
Metodología de la investigación en salud mental*	20	Tenerife	2010
Metodología de la investigación en drogodependencias*	10	Gran Canaria	2010
Metodología de la investigación en drogodependencias*	10	Tenerife	2010
Curso práctico de metodología de la investigación en salud mental	10	Tenerife	2011
Curso práctico de metodología de la investigación en salud mental	10	Gran Canaria	2011

\* Acreditado por la ESSSCAN

Asimismo, se han realizado acciones relativas a las necesidades de adaptación a los programas formativos de la especialidad de médicos residentes de psiquiatría y psicólogos residentes, de 2008 y 2009 respectivamente. En ambos programas formativos se recalca la necesidad de realizar formación en investigación, el desarrollo de proyectos de investigación, y la posibilidad de realizar una rotación específica en investigación, encuadrada en el 'trayecto B'. Acorde a estas necesidades, se ha organizado y coordinado el Seminario de Investigación para residentes de salud mental, dirigido a residentes de psiquiatría, psicología y enfermería de salud mental. La primera edición

se realizó en Gran Canaria (2010-2012) y Tenerife (2012-2013) y la segunda en Gran Canaria y Tenerife en el mismo periodo (2015-2016). Este seminario ha contado con la colaboración de los coordinadores docentes de salud mental de Gran Canaria y Tenerife, y con diversos profesionales como docentes, tanto de las Unidades de Investigación hospitalarias como de los profesionales de la Red de Salud Mental.

En los últimos años los cursos organizados a través del Programa de Investigación en Salud Mental han tenido una orientación más clínica, con un enfoque que conjuga el rigor científico con las necesidades de la práctica clínica. Por ello, han tenido como referencia las Guías de Práctica Clínica (GPC) elaboradas por el Ministerio de Sanidad, y se han centrado en temas esenciales, como la conducta suicida, que a su vez es una de las líneas de investigación que se desarrolla en Canarias desde hace décadas. Las GPC representan la conjunción ideal entre el conocimiento científico disponible y la experiencia clínica de los expertos. De esta forma, los cursos basados en las GPC suponen no solo la difusión de las recomendaciones que contienen, sino también el fomento en los clínicos de la investigación y la integración del uso del conocimiento científico disponible en su práctica clínica.

TÍTULO DEL CURSO	HORAS	LUGAR	AÑO
<b>Prevención y tratamiento de la conducta suicida: recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud*</b>	10	Gran Canaria	2014
<b>Prevención y tratamiento de la conducta suicida: recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud*</b>	10	Tenerife	2014
<b>Prevención y tratamiento de la conducta suicida: recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud*</b>	10	Gran Canaria	2015
<b>Riesgo suicida y conducta suicida: evaluación e intervención en Atención Primaria*</b>	5	Gran Canaria	2016
<b>Riesgo suicida y conducta suicida: evaluación e intervención en Atención Primaria*</b>	5	Tenerife	2016

\* Acreditado por la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias

### 8.2.2.2. Coordinación, colaboración y difusión

Aspectos como la coordinación, colaboración y difusión resultan básicos para el progreso en cualquier área a nivel de una estructura compleja y amplia como es la Red de Salud Mental de nuestra Comunidad.

- En cuanto a la coordinación y colaboración, se han realizado contactos y acuerdos de colaboración con las Unidades de Investigación hospitalarias de la Comunidad, así como con el Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). En virtud de estas colaboraciones, se han desarrollado proyectos de investigación de forma coordinada. Por su parte, cualquier profesional de la Comunidad en tareas de investigación puede ser asesorado y dirigido hacia las instituciones, servicios o profesionales más adecuados para su colaboración y avance.
- En cuanto a la difusión, para poder llegar al mayor número de profesionales, una herramienta básica ha sido la cuenta de correo electrónico del Programa de Investigación en

Salud Mental ([proinsame.scs@gobiernodecanarias.org](mailto:proinsame.scs@gobiernodecanarias.org)) y su lista de distribución asociada. Esta herramienta permite la rápida y extensa comunicación con los profesionales de la Comunidad, en todo lo relativo a la investigación y temas relacionados. La iniciativa ha tenido una excelente acogida, y cuenta con más de 300 profesionales suscritos.

### **8.2.2.3. Asesoramiento y apoyo**

Una de las actividades básicas ha sido el asesoramiento y apoyo a los profesionales de la red de salud mental que desarrollan, o tienen la intención de desarrollar, un proyecto de investigación. El asesoramiento y apoyo se realiza en cualquier fase del proceso de investigación, a quienes así lo han solicitado. El conocimiento de las especificidades de la salud mental resulta especialmente conveniente y útil para el asesoramiento, especialmente en las fases de diseño y utilización de escalas psicométricas. Desde el inicio del programa de investigación, se ha realizado asesoramiento y apoyo en múltiples iniciativas de investigación. Dado que no existe ningún registro oficial de publicaciones científicas realizadas por profesionales sanitarios en Canarias, no es posible realizar un análisis bibliométrico sobre el impacto positivo que haya podido tener en el número y calidad de las publicaciones científicas de salud mental.

# 09

## Asociaciones de familiares y usuarios

### **Federación de Salud Mental Canarias. Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Canarias (FEAFES)**

FEAFES se fundó en 2001 y su ámbito de actuación es autonómico. La Federación de Salud Mental Canarias está formada por siete asociaciones: dos en Gran Canaria (Asociación Salud Mental AFAES y Asociación Salud Mental AFESUR), dos en Tenerife (ATELSAM y Asociación Salud Mental AFES), una en Fuerteventura (ASOMASAMEN), una en Lanzarote (El Cribo) y una en La Palma (AFEM La Palma). FEAFES está constituido por presidencia, vicepresidencia, secretaría, tesorería y tres vocales.

#### *Objetivo general*

FEAFES CANARIAS tiene su razón de ser en su utilidad como instrumento válido para que las Asociaciones de Familiares dedicadas a la promoción y rehabilitación de personas con problemas de salud mental alcancen una coordinación en sus actividades, de forma que se facilite el intercambio y transferencia de experiencias, se promueva la defensa de sus intereses, y se logre la máxima efectividad en el cumplimiento de los fines estatutarios de cada una de las Asociaciones.

FEAFES CANARIAS tiene como finalidad genérica la adopción de todas las medidas que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por un problema de salud mental y de sus familiares.

#### *Objetivos*

1. Representar al colectivo de las personas con problemas de salud mental y a sus familiares ante los diferentes Órganos Gubernamentales y otras instancias públicas y privadas en relación con su propia y específica problemática.
2. Exigir la adecuada atención sanitaria y social de las personas con enfermedad mental y sus familiares, en favor de su rehabilitación, reinserción social e integración laboral.
3. Exigir la creación de servicios alternativos a la hospitalización y establecimiento de sistemas alternativos y sustitutivos a la familia.

4. Reivindicar la creación de servicios en materia preventiva, asistencial y de rehabilitación en el campo de la psiquiatría, dando prioridad a la asistencia extrahospitalaria.
5. Defender los derechos de las personas con problemas de salud mental y de sus familiares ante los Órganos y Entidades competentes, ayudar, aconsejar e informar unos a otros.
6. Promover la comprensión pública hacia las personas con problemas de salud mental y de sus familias, llamando la atención sobre la marginación y discriminación que sufren en los aspectos sanitarios, sociales y laborales.
7. Promover la información y el intercambio de experiencias en los aspectos sanitarios, sociales y legales de la atención a las personas con problemas de salud mental y sus familias.
8. Recabar de los poderes públicos leyes que favorezcan los derechos y los intereses de las personas con problemas de salud mental y sus familias.
9. Coordinar las demandas y propuestas de las agrupaciones federadas, representarlas ante los organismos oficiales pertinentes y defender sus legítimos derechos mediante su participación en los organismos planificadores y legisladores en materia de salud mental y servicios sociales.
10. Estimular la investigación sobre los problemas de salud mental y la prevención de las mismas.
11. Unificar y coordinar la acción con otras organizaciones nacionales e internacionales que persiguen los mismos fines, con la intención de crear una fuerza integral para la defensa de sus objetivos.
12. Potenciar el principio de solidaridad entre todas las asociaciones federadas y promover la información y el intercambio de experiencias.
13. Organizar actividades y servicios de tipo asistencial, social, educativo, cultural, recreativo y de previsión para las personas con problemas de salud mental, sus familiares y su entorno.
14. Desarrollar una constante y eficaz información para agrupar a todos los familiares y a las personas con problemas de salud mental, con el fin de integrar en un foro común a todo el colectivo.

### **Asociación Salud Mental AFAES - Gran Canaria**

La Asociación Salud Mental AFAES fue fundada en el año 1991. Su ámbito de actuación es el de la isla de Gran Canaria. AFAES está financiada por los familiares, el Gobierno de Canarias, el Cabildo de Gran Canaria y el Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria. Salud Mental AFAES está constituido por su presidencia, presidencia honorífica, secretaría, vicepresidencia, tesorería, y diez vocales.

#### *Objetivos*

1. La Asociación tiene como objetivo general la adopción de todas las medidas que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por una enfermedad mental y de sus familias.
2. Contribuir a la mejora de la asistencia, atención, rehabilitación e inserción familiar, social y laboral de las personas con enfermedad mental.
3. Apoyar a las familias que tienen enfermos con problemas psíquicos.
4. Reivindicar la creación de los servicios en materia preventiva, asistencia y de rehabilitación en el campo de la psiquiatría, dando prioridad a la asistencia extra hospitalaria.

5. Defender los derechos de las personas con enfermedad mental y de sus familias.
6. Promover la comprensión pública hacia las personas con enfermedad mental y sus familias.
7. Promover la información y el intercambio de experiencias en los aspectos sanitarios, sociales y legales en cuanto a la atención a las personas con enfermedad mental y sus familias.
8. Promover relaciones de colaboración con entidades de finalidad común.
9. Crear centros para atender a las personas con enfermedad mental con el fin de promover y facilitar la integración familiar, social y laboral.
10. Promocionar empleo para las personas con enfermedad mental.

### *Actividades*

Las actividades que se desarrollan se circunscriben en alguna de las siguientes áreas:

1. Ayudar, aconsejar e informar a los familiares sobre cuantas necesidades reclamen.
2. Hacer propaganda para llamar la atención sobre la marginación y discriminación que sufren en los aspectos sanitarios, sociales y laborales las personas con enfermedad mental.
3. Organizar actividades y servicios de tipo asistencial, social, educativo, cultural recreativo y de previsión para las personas con enfermedad mental y sus familias o allegados.
4. Organizar servicios de estudio, programación, información asistencia técnica, gestión y otros análogos que las circunstancias aconsejen.
5. Promover y utilizar los medios lícitos de publicidad, formación y difusión para dar a conocer los problemas de las personas con enfermedad mental y sus familias.
6. Canalizar la autoayuda en los asociados.
7. Valerse de cualquier otro medio lícito que sirva para la consecución de sus fines.

### **Asociación Salud Mental AFESUR - Gran Canaria**

La asociación, fundada en 1997, tiene un ámbito de actuación insular (Gran Canaria) con especial atención a la Comarca Sur de Gran Canaria (municipios de Agüimes, Ingenio, Mogán, San Bartolomé y Santa Lucía de Tirajana). Sus miembros son personas con enfermedad mental y familias.

### *Objetivos*

1. Promover una visión positiva de la salud mental, sensibilizando ante las situaciones de discriminación y exclusión derivadas de la enfermedad y visibilizando las potencialidades de las personas con enfermedad mental.
2. Defender los derechos de las personas con enfermedad mental y de sus familiares ante la sociedad y los distintos Órganos y Entidades competentes, denunciando públicamente la vulneración de los mismos, así como todas aquellas situaciones en los que sus intereses se vean afectados.
3. Reivindicar una atención sanitaria y social digna y adecuada para las personas con enfermedad mental y sus familiares, a través de servicios y recursos que puedan dar respuestas efectivas a la diversidad de necesidades derivadas de la enfermedad, desde los ámbitos asistencial, rehabilitador y preventivo.

4. Reivindicar políticas inclusivas que favorezcan la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y sus familiares, a través de un marco legal que pueda solventar las situaciones de discriminación y exclusión derivadas de la enfermedad, haciendo especial alusión a las políticas sanitarias, sociales y laborales.
5. Informar y orientar a las personas con enfermedad mental y sus familiares en todos aquellos asuntos que respondan a sus intereses y que repercutan en su propio bienestar personal y social, potenciando la participación de los mismos en todos aquellos espacios en donde puedan ejercer sus derechos y defender sus intereses.
6. Ofertar servicios, recursos y actividades para personas con enfermedad mental y sus familiares para favorecer su bienestar personal y social, siendo complementarios y no sustitutivos a los que se ofertan desde los distintos organismos públicos.
7. Participar activa y coordinadamente junto a otras organizaciones públicas o privadas que persigan los fines mencionados anteriormente, con el objetivo de impulsar los mismos de forma coherente y solidaria.

### *Actividades*

1. Desarrollar programas, proyectos y actividades con el objetivo de sensibilizar en la realidad de las personas con enfermedad mental a nivel local, regional y estatal, promoviendo una visión positiva de la salud mental, sensibilizando ante las situaciones de discriminación y exclusión derivadas de la enfermedad y visibilizando las potencialidades de las personas con enfermedad mental.
2. Participar activamente en los espacios públicos y privados para la coordinación y la defensa de los intereses de las personas con enfermedad mental.
3. Desarrollar programas, proyectos y actividades con el objetivo de informar y orientar a personas con enfermedad mental, sus familiares o cualquier persona interesada en materias relacionadas con la salud mental y la enfermedad mental.
4. Desarrollar programas, proyectos y actividades con el objetivo de formar y apoyar a los familiares de personas con enfermedad mental en su rol de cuidadores.
5. Realizar todas aquellas gestiones o actividades que se valoren necesarias para poder financiar de forma pública o privada los distintos programas, proyectos o actividades que se decidan ejecutar en virtud de los fines indicados.
6. Valorar cualquier otro medio lícito que sirva para la realización de sus fines.

### **Asociación AFES Salud Mental - Tenerife**

AFES Salud Mental es una entidad sin ánimo de lucro, con sede social en Tenerife, pero con ámbito de actuación regional en la Comunidad Autónoma de Canarias. Fue fundada en 1982 y declarada de Utilidad Pública en 1993 y de Interés público del Gobierno de Canarias en 2017.

Su misión es promover las estrategias y el cambio necesario para contribuir a la construcción de un mundo justo en el que las personas con problemas de salud mental y familiares puedan tomar de forma consciente y libre las decisiones que afectan a sus vidas, disfrutar de sus derechos y asumir sus responsabilidades como ciudadanas y ciudadanos de pleno derecho.

Los valores que la identifican, diferencian e inspiran como organización en su trabajo diario son el desarrollo de su trabajo con pasión, con mirada crítica, desde la transparencia, el rigor y la

coherencia con sus valores. Les caracteriza la innovación y un alto grado de compromiso con las personas y con el entorno.

Entre sus *objetivos*, destacan: representar al colectivo de salud mental ante los diversos Organismos gubernamentales e Instituciones privadas, protegiendo y defendiendo sus derechos fundamentales, promoviendo las condiciones para que la libertad e igualdad de este sector sean reales y efectivas, facilitando su participación; exigir la adecuada atención comunitaria en salud mental a favor de la recuperación; promover la sensibilización, llamando la atención sobre la marginación y discriminación que sufre este colectivo, así como actuando en materia de prevención; ser un órgano de gestión y actividad hacia la Administración pública, a fin de obtener los recursos necesarios para poder prestar una atención eficaz.

Se llevan a cabo *actividades* de sensibilización, proyectos en primera persona, de atención social y familiar, formación y empleo, atención domiciliar especializada, alojamiento supervisado, rehabilitación psicosocial e integración social y laboral. Estas actividades en cumplimiento de sus fines se realizan teniendo en cuenta los principios de igualdad de oportunidades, vida independiente, normalización, accesibilidad universal, diseño para todas y todos y transversalidad en las políticas en materia de discapacidad y/o dependencia.

Trabaja bajo criterios de calidad, estando certificada según la norma ISO 9001:2008, desde 2015. Ha recibido varios premios y reconocimientos: premio Canarias Emplea del Servicio Canario de Empleo al mejor proyecto de inserción laboral de personas con discapacidad (2004), premio a la Movilidad sostenible del Metropolitano de Tenerife (2010), a la trayectoria de una entidad de voluntariado del Cabildo Insular de Tenerife (2010), premio Amables a la Convivencia Ciudadana del Centro de Iniciativas Turísticas (2013), Premio Cepsa al Valor Social (2013 y 2016), finalista del Premio a la innovación y transformación social de la Obra social La Caixa (2016) y Premio Solidario ONCE Canarias en la categoría medio de comunicación, por su proyecto Radio Himalia.

### **Asociación Salud Mental ATELSAM - Tenerife**

La asociación, fundada en 1993, tiene un ámbito de actuación regional. Está configurada por una Junta Directiva, compuesta por 10 personas, y un grupo de profesionales expertos en la intervención con personas con enfermedad mental (psicólogos/as, pedagogos/as, técnicos de Integración Social y cuidadores/as), así como voluntarios/as que orientan su saber hacer para prestar servicios a personas con Trastorno Mental Grave.

#### *Objetivos*

El principal objetivo es promover y contribuir a la mejora de la prevención, tratamiento e integración social y laboral de las personas con problemas de salud mental, así como de sus familiares. A través de su misión, la entidad está comprometida en la defensa y promoción de los derechos de las personas con enfermedad mental y sus familias, proporcionando acompañamiento y asesoramiento en el proceso de recuperación, fomentando la integración en la comunidad y mejorando su calidad de vida. Seguimos la visión de ser un referente insular en materia de salud mental, así como interlocutores válidos ante la sociedad y las instituciones, siguiendo los valores de respeto, honestidad, transparencia, innovación y excelencia.

*Recursos y actividades.* Los principales recursos que gestiona la entidad son los siguientes:

- Centros ocupacionales (7: Informática, Costura, Diseño informático, Serigrafía y Tampografía, Cerámica tradicional, Mantenimiento de edificios y Agrojardinería). Son recursos que

desarrollan actividades socio-laborales y donde se trabajan las actitudes y capacidades de las personas en relación con el mundo laboral.

- Centros de rehabilitación psicosocial (2: Camino del Hierro y Guía de Isora). Ofrecen apoyo en el proceso de recuperación y rehabilitación en salud mental.
- Viviendas supervisadas (7). Se trata de un servicio de atención residencial destinado a personas con problemas de salud mental, donde se trabaja la atención integral de la persona.
- Mini residencia Raquel Arozena. Es un espacio de alojamiento residencial para personas con enfermedad mental que presentan marcadas limitaciones en las actividades básicas diarias.
- Atención domiciliaria especializada. Atender las necesidades básicas del usuario y sus familiares en su propio domicilio.
- Además, desarrolla programas de atención especializada, tales como voluntariado, atención familiar, integración social y laboral y empoderamiento en primera persona.

### **Asociación El Cribo - Lanzarote**

La asociación El Cribo (Agrupación para la defensa del paciente psíquico El Cribo) se fundó en 1992. Sita en Lanzarote, su ámbito de actuación es la salud mental, y su ámbito territorial, la Comunidad Autónoma de Canarias, principalmente la isla de Lanzarote. Cuenta con 475 miembros o socios.

#### *Objetivos*

1. Defender los derechos de las personas discapacitadas por una enfermedad mental y sus familias.
2. Mejorar la salud y la calidad de vida de las personas discapacitadas por una enfermedad mental y sus familiares.
3. Ejercer una labor de concienciación pública ciudadana.
4. Promover la creación de programas y recursos para la atención y rehabilitación de las personas discapacitadas por una enfermedad mental.

#### *Actividades*

1. Programa de sensibilización social y promoción de la salud mental.
2. Servicio de información - asesoramiento.
3. Programas de rehabilitación psicosocial.
  - 3.1. Programa de actividades de la vida diaria.
  - 3.2. Programa de rehabilitación del desarrollo cognitivo y motriz.
  - 3.3. Programa de rehabilitación de habilidades sociales y desarrollo de la autonomía.
  - 3.4. Programa de ocio y tiempo libre.
  - 3.5. Programa de comunicación y expresión.
  - 3.6. Programa de patología dual.
  - 3.7. Programa de intervención psicológica.
4. Programas de rehabilitación psicolaboral.

- 4.1. Programa de orientación laboral.
- 4.2. Talleres ocupacionales (floristería, agroecología, jardinería, viverismo y diseño gráfico).
5. Programa de intervención familiar.
  - 5.1. Intervención individualizada y/o multifamiliar.
  - 5.2. Escuela de familias.
  - 5.3. Respiro familiar.
6. Atención residencial: programa de viviendas y plazas tuteladas.

### **Asociación Majorera por la Salud Mental ASOMASAMEN - Fuerteventura**

La asociación, fundada en 2001, cuenta con 60 socios. Sus miembros son principalmente personas con problemas de salud mental, familiares y profesionales de la salud mental.

#### *Objetivos*

1. Colaborar con las entidades relacionadas con la salud mental para lograr una mejora de la salud del paciente con enfermedad mental, entendida de un modo global.
2. Sensibilizar a la población en cuanto a la realidad actual de las personas con enfermedad mental y sus familias.
3. Dirigir el trabajo de la asociación hacia tres sectores principales:
  - Componentes de la asociación: Las personas con trastorno mental (asesoramiento y ayuda en su proceso de recuperación), familiares y amigos (asesoramiento, orientación y grupos de apoyo) y profesionales de la salud mental (colaborar en lo posible con el trabajo en esta área).
  - Actuar sobre la Administración a fin de lograr de ella la mejora de derechos y ayudas de todo tipo para las personas con enfermedad mental y sus familiares. Se solicitarán ayudas y protecciones legales, laborales, sanitarias, judiciales, económicas, etc.
  - Formar e informar a la sociedad sobre los problemas de salud mental y sobre las personas que los sufren, sus capacidades y discapacidades, sus problemas y sus alegrías, etc.

#### *Actividades*

1. Proyecto de ocio y tiempo libre: Actividades de ocio y tiempo libre acompañados de un monitor/a (salidas, excursiones, visitas socioculturales, talleres de cocina, informática, mantenimiento físico, cine, manualidades, informática, etc.).
2. Taller ocupacional de horticultura: Proyecto realizado en Valles de Ortega.
3. Viviendas supervisadas: Gestión de un piso de baja supervisión de tres plazas dirigido a personas con trastornos mentales graves.
4. Proyecto de acompañamiento integral: Proyecto de apoyo, acompañamiento y atención domiciliaria dirigido a personas con trastorno mental en situación de aislamiento o dificultades de integración, dificultades en áreas básicas de la vida diaria, etc.
5. Grupo de jóvenes o de primeros episodios: Grupo de ocio y tiempo libre.
6. Comité Pro Salud Mental En Primera Persona: Grupo de empoderamiento.

7. Grupo de autoapoyo. Apoyo mutuo entre personas con problemas de salud mental.
8. Sensibilización sobre salud mental. Colaboración en charlas de sensibilización dirigidas a alumnado de Bachillerato de centros educativos de Fuerteventura. Programa radiofónico semanal "Lo bello que es vivir".
9. Apoyo y asesoramiento a familiares y personas con enfermedad mental.
10. Celebración del Día Mundial de la Salud Mental: Actividades varias.

### **AFEM La Palma**

AFEM La Palma, Asociación de familias y personas con problemas de salud mental de La Palma (AFEM-LP), se constituyó en 1998. Su ámbito de actuación es insular. En la actualidad cuenta, como socios, con 92 familias.

#### *Objetivos*

1. Propiciar un trabajo complementario a los recursos socio-sanitarios existentes en la isla de la Palma, con competencia en salud mental.
2. Reivindicar el cumplimiento de la normativa existente que facilite la normalización de las personas con problemas de salud mental.
3. Trabajar, como socio de FUTUPES, en casos de tutela, curatela y/o defensas judiciales coordinadamente y bajo supervisión de las personas técnicas regionales.
4. Informar a los escolares y a la sociedad en general acerca de los aspectos más relevantes de los problemas de salud mental, haciendo especial hincapié en el ámbito de la prevención y normalización, aminorando, consecuentemente, el efecto del estigma social.
5. Cualesquiera otras actuaciones que, directa o indirectamente, incidan en el mejor cumplimiento de la misión.

#### *Actividades*

1. Campañas de sensibilización.
2. Atención familiar y social (acompañamiento integral).
3. Atención especializada en el Hospital General de La Palma, tanto en la UIB como en el "Aula Nemo".
4. Atención a la población reclusa.
5. Servicio de información y orientación.
6. Visitas domiciliarias.
7. Acciones de medidas de protección jurídica.
8. Talleres de prevención en Centros Educativos de la isla y Centro Mayores de Mazo.
9. Refuerzo Educativo. Biblioteca Municipal de Los Llanos de Aridane.

### **Asociación Espiral - Gran Canaria**

La Asociación Espiral fue fundada en 2011 y su ámbito de actuación es la isla de Gran Canaria. Sus miembros son personas con trastorno mental y sus familiares. En la actualidad cuenta con 83 socios.

## Objetivos

1. La integración e inclusión en el orden social, laboral, jurídico, sanitario y dentro de la igualdad de condiciones.
2. Acabar con el estigma en todos los ámbitos.
3. Ayudar, acompañar, guiar y orientar a sus miembros en el proceso de recuperación y en su empoderamiento.

## Actividades

Las actividades de la Asociación se organizan en asamblea y se circunscriben en comisiones. En la actualidad Espiral dispone de las siguientes comisiones:

1. Comisión de comunicación: Se imparten talleres y charlas sobre salud mental en colegios, institutos, universidad, instituciones públicas y privadas. Emiten en dos emisoras de radio de Canarias: Radio La Autónoma y Gestiona Radio Gran Canaria.
2. Comisión de ocio y tiempo libre: Para salir del aislamiento, de forma que las personas ganen seguridad en si mismos. Se organizan excursiones a distintos municipios de la isla y salidas culturales a museos, cine, etc.
3. Comisión de la revista: Informa a la población de los adelantos y alternativas dentro de la salud mental, así como sobre noticias de interés del colectivo.
4. Teléfono de la Alegría: Se Informa a los interesados sobre las distintas actividades de la asociación. Se realizan intervenciones de apoyo y seguimientos a las personas que lo necesitan (p.ej. personas que salen de alta de los distintos dispositivos de la red de salud mental, como la Unidad de Internamiento Breve o la Unidad de Media Estancia), cuando lo recomiendan los profesionales de dichos servicios. Hasta la actualidad 123 personas han recibido atención a través de este servicio.
5. Grupo de Apoyo Mutuo: Donde se comparten las experiencias personales que sirven a nivel individual para encauzar la angustias y el sufrimiento psicosocial. Sirve de orientación a otras personas que están pasando por la misma situación. Se busca, sobre todo, proveer de herramientas para combatir la soledad y el sufrimiento.

## Asociación APNALP (Asociación de Padres de Niños/as con Autismo de Las Palmas)

A.P.N.A.L.P. es una asociación sin ánimo de lucro que inicia su andadura en el año 1978 y que se compone de familias de personas que presentan Trastornos del Espectro del Autismo (TEA). A.P.N.A.L.P. forma parte activa de organizaciones como Confederación Autismo España y FESPAU. Su fin es promover el bienestar y la calidad de vida de dichas personas y de las propias familias. Para ello, A.P.N.A.L.P. ha ido creando diversos servicios con altos criterios de calidad (personal cualificado, ratios bajas, atención individualizada, etc) a lo largo de todos estos años. Estos servicios dan respuesta a las demandas y necesidades que las familias han ido presentando y planteando a lo largo de los diferentes ciclos vitales de las personas con TEA (niñez, juventud, vida adulta, vejez). En su organigrama cuenta con Asamblea General, Junta Directiva, Presidencia, Trabajadora Social y Coordinadora de Servicios.

## Objetivos

Ofrecer servicios y apoyos que mejoren la calidad de vida de las personas con TEA y sus familias promoviendo, entre otras acciones, la inclusión social de las personas con TEA mediante la

sensibilización de la sociedad, la participación de las familias, la formación y cualificación de los trabajadores, y el desarrollo de programas individualizados centrados en las capacidades de las personas con TEA.

#### *Actividades*

1. Orientación y asesoramiento.
2. Charlas, cursos y talleres.
3. Integración sensorial.
4. Detección y diagnóstico.
5. Centro de atención diurna.
6. Escuela de familias.
7. Respiro familiar.
8. Formación en prácticas.

#### **APANATE - Tenerife**

APANATE es la Asociación de Padres de Personas con Autismo de Tenerife. Nacida en el año 1995, tiene carácter no lucrativo, está declarada de Utilidad Pública y pertenece a FESPAU, Autismo Europa, la Organización Mundial de Autismo y de Plena Inclusión.

En la actualidad cuenta con 178 socios, representados por la Junta Directiva. Cuenta con profesionales especializados en la atención a los Trastornos de Espectro Autista (pedagogía, logopedia, psicología, trabajo social), además de un amplio número de personas voluntarias y en prácticas.

#### *Objetivos*

Esta Asociación tiene por objeto promover y realizar todas cuantas actividades contribuyan a la mejora de las condiciones de vida de las personas que se encuentren dentro del espectro autista y procurar su plena integración familiar, social y laboral, en todas las etapas de la vida: niños, jóvenes, adultos y tercera edad; siempre en el marco territorial de la isla de Tenerife.

#### *Actividades*

Dentro de las actividades que desarrolla se encuentran:

1. Promoción, creación, organización o patrocinio de centros de diagnóstico y evaluación, unidades de tratamiento y atención especializada, investigación y experimentación, centros de terapia ambulatoria, centros de educación especial, residencias, pisos tutelados, unidades de capacitación para el trabajo, talleres protegidos, unidades hospitalarias, servicios médicos, etc., de conformidad con los fines de esta Asociación.
2. Organizar o promover actividades asistenciales, educativas, recreativas, culturales y deportivas que mejore la calidad de vida de las personas con autismo y sus familias.
3. Representación y defensa de los intereses de las personas con autismo ante toda clase de organismos, administración central, institucional, local y autonómica, persona física o jurídica, entidades públicas o privadas, de cualquier clase o naturaleza, tanto nacionales como internacionales.

4. Apoyar a las familias para mejorar las condiciones de vida de las personas con autismo y en especial a aquellas personas que pertenezcan a los grupos más desprotegidos de la población, tales como, la infancia y la juventud, las mujeres y la tercera edad.
5. Promover y desarrollar actividades para la integración educativa, laboral y social, así como, la creación de empleo para personas con autismo.
6. Promover, impulsar y valorar la calidad de servicio.
7. Potenciar, fomentar y organizar la formación y actualización de las competencias de los profesionales de esta Asociación en el desarrollo de sus funciones, así como de los voluntarios y colaboradores.

### **Fundación Autismo Diario**

La Fundación Autismo Diario es una fundación de carácter estatal, domiciliada en San Cristóbal de La Laguna, Tenerife. Su ámbito de actuación sobre todo el territorio del Estado Español y en todos los países de habla hispana. En cuanto al ámbito personal o sector de la población atendida, la actuación de la Fundación se dirige a todas aquellas personas que tengan un Trastorno del Neurodesarrollo y sus familiares, profesionales, investigadores, docentes y responsables de las administraciones públicas. Cuenta con un Patronato como órgano de gobierno, compuesto por presidencia, vicepresidencia, secretaría y vocalía.

#### *Objetivos*

1. Mejorar la calidad de vida de las personas con diversidad funcional y en especial a aquellas que tengan Trastornos del Neurodesarrollo a través del fomento y promoción del uso adecuado, desarrollo e implementación de modelos terapéuticos y educativos.
2. Apoyar a las personas con Trastornos del Neurodesarrollo y sus familiares, defendiendo sus derechos e impulsando modelos legislativos y adecuación de las leyes existentes en los diferentes países para dar un adecuado tratamiento a estas personas en todos los niveles.
3. Promocionar y financiar las investigaciones relacionadas con los Trastornos del Neurodesarrollo.

#### *Actividades*

1. Creación y gestión de Centros de Referencia de los Trastornos del Neurodesarrollo.
2. Difusión y concienciación social, por cualquier medio, de los Trastornos del Neurodesarrollo.
3. Apoyo legal a las personas con Trastornos del Neurodesarrollo y sus familias.
4. Concesión de ayudas económicas a personas con Trastornos del Neurodesarrollo y sus familias.
5. Concesión de becas para profesionales dedicados a la investigación sobre Trastornos del Neurodesarrollo.
6. Cualquier otra actividad que contribuya al mejor cumplimiento de los fines fundacionales.

### **Asociación Gull Lasègue**

La Asociación Gull-Lasègue para el estudio y tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en Canarias se fundó en el año 1999. Desde entonces ha ofrecido atención a personas afectadas por esta enfermedad mental y a sus familiares o allegados. La población a la que abarca

corresponde principalmente a la de la isla de Gran Canaria, si bien en casos puntuales atiende casos procedentes de otras islas de la provincia.

Los miembros que componen la Asociación son una administrativa, una trabajadora social, una médico especialista en endocrinología, dos nutricionistas, un enfermero, cuatro psicólogas y tres monitoras.

### *Objetivos*

1. Contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas con Anorexia y/o Bulimia y sus familiares.
2. Procurar la mejora de la atención de la Anorexia y la Bulimia, en los aspectos médicos, psicológicos y sociales, tratando de motivar a sectores públicos y privados capaces de adoptar personal, material y medios organizativos para ello.
3. Contribuir a la difusión de todos los aspectos relacionados con esta enfermedad, al objeto de sensibilizar a los profesionales de la salud, educación y servicios sociales en relación con el primero de los fines de esta asociación.
4. Fomentar el estudio sobre Anorexia y/o Bulimia, tanto en los aspectos médicos como en todos aquellos que rodean la vida del enfermo y de sus familias.
5. Contribuir a la promoción de las mujeres que, afectadas por estas patologías, se encuentran en desigualdad de condiciones para afrontar la vida del enfermo y de sus familias.
6. Prestación de servicios sanitarios en el ámbito del tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.
7. Fomentar el desarrollo de la infancia y juventud desfavorecida a causa de la enfermedad, entre otras vías, a través de la realización de actividades y/o talleres dirigidos a este fin.

### *Actividades*

1. Prevención de los TCA en diversos colectivos sociales.
2. Orientación e información a cualquier persona interesada en conocer los TCA y los recursos sociosanitarios disponibles.
3. Valoración psicológica para confirmar o descartar sintomatología asociada a TCA.
4. Ofrecer tratamiento ambulatorio psicológico y nutricional a afectados y tratamiento integral en Centro de Día.
5. Ofrecer información y asesoramiento sobre cuestiones laborales, de ocio y tiempo libre.
6. Asesoramiento a familiares o allegados a través de los Grupos de Apoyo.

## **ALABENTE**

Alabente, Asociación Liberación Anorexia y Bulimia en Tenerife, fue fundada en 1995. Alabente es una asociación para la lucha contra los Trastornos de la Conducta Alimentaria, a través de la prevención, tratamiento y recuperación de pacientes y sus familiares. Cuenta con Junta Directiva, Equipo de Profesionales de la Psicología, Dietética y Nutrición y Trabajo Social, Voluntarios/as y Socios/as.

En la actualidad la Asociación cuenta con dos sedes en el municipio de Santa Cruz de Tenerife: una sede social localizada en Camino del Hierro, Grupo 120 Viviendas, Bloque 5, Local 1-3, en la que se

realizan actividades puntuales; y la sede donde se desarrolla la actividad diaria es el Centro de Día situado en la Calle Bethencourt Alfonso nº 30, 1º Izquierda.

### Objetivos

1. Ofrecer atención integral a personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria, trabajando los aspectos psicológicos, sociales y dietéticos que les permitan llevar una vida saludable.
2. Ofrecer información, apoyo, reeducación y tratamiento a los familiares de las personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria, para afrontar mejor la enfermedad y poder contribuir positivamente en el proceso de recuperación.
3. Prevenir y concienciar a la población, para contribuir en la lucha contra estas enfermedades mentales.

### Actividades

En el Centro de Día Alabente se ofrecen los siguientes servicios:

1. Información y asesoramiento.
2. Atención social individual y familiar.
3. Terapias individuales psicológicas dirigidas a pacientes y familiares.
4. Terapias individuales dietéticas dirigidas a pacientes y familiares.
5. Comedor Terapéutico para pacientes.
6. Escuela de Familias.
7. Terapias Grupales psicológicas y dietéticas dirigidas a pacientes.
8. Salidas y talleres de manualidades, relajación, imagen, cocina, etc. para pacientes.
9. Prevención en Centros Educativos y Campamentos, mediante charlas dirigidas a adolescentes y jóvenes.
10. Charlas informativas en Instituciones Sociales y Sanitarias, dirigidas a profesionales y adultos.
11. Ferias y Jornadas.

### **CERMI CANARIAS. Comité de entidades de representantes de personas con discapacidad de la Comunidad Autónoma de Canarias**

CERMI Canarias es la asociación de carácter autonómico asociada al CERMI estatal. El CERMI es una Asociación, de ámbito estatal, creada en 1997. Tiene los siguientes objetivos estratégicos:

- Unidad y cohesión de todo el sector de la discapacidad: el CERMI como plataforma unitaria.
- Carácter representativo.
- Independencia respecto de los poderes públicos, las formaciones políticas, los grupos de presión, los agentes sociales y las empresas.
- Interlocutor válido del sector en España.
- Proyección social e imagen pública.

- Apertura a la sociedad.
- Acción en Europa y en la esfera internacional.

El CERMI Estatal y los CERMI autonómicos tienen una relación de igualdad. Estos últimos cuentan con una estructura técnica y operativa acorde con su dimensión y actividad.

### *Objetivos*

Los CERMI autonómicos promueven el respeto, vigilan el cumplimiento de los derechos y libertades ciudadanas de las personas con discapacidad, y combaten las situaciones de discriminación.

### *Actividades*

Los CERMI autonómicos, y por ende, CERMI Canarias, actúan fundamentalmente en propuestas dirigidas a los poderes públicos del territorio, con el fin de que estas se conviertan en medidas operativas.

## **Asociación de Entidades Plena Inclusión Canarias**

Plena inclusión Canarias es la Asociación de entidades en favor de Personas con Discapacidad Intelectual o del desarrollo. Es una entidad sin ánimo de lucro que se funda en 1983 y que desde entonces, trabaja para lograr la inclusión de estas personas y de sus familias en la sociedad. Defendemos los derechos y fomentamos la calidad de vida de cada persona con discapacidad intelectual o del desarrollo y su familia.

Plena inclusión Canarias está formada por 24 asociaciones, fundaciones y centros especiales de empleo. Está presente en las islas de Gran Canaria, Tenerife, Lanzarote y La Palma. En las entidades de Plena Inclusión Canarias trabajan 600 profesionales y colaboran 230 voluntarios en diferentes actividades. En Canarias representa a un colectivo de unas 1.500 personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y sus familias. Plena inclusión Canarias pertenece al movimiento asociativo de carácter nacional Plena inclusión, conformado por 17 federaciones autonómicas y casi 900 asociaciones.

### *Objetivos*

1. Contribuir, desde su compromiso ético, mediante apoyos y oportunidades, a que cada persona con discapacidad intelectual o del desarrollo y su familia puedan desarrollar su proyecto de calidad de vida y promover su inclusión como ciudadana de pleno derecho en una sociedad justa y solidaria.
2. Liderar, representar, vertebrar y coordinar, con las entidades que la integran, en el marco del proyecto común, procesos internos y externos que generen condiciones organizativas y sociales que permitan a dichas entidades materializar, mediante apoyos y oportunidades a cada persona con discapacidad intelectual o del desarrollo y a su familia y con acciones de transformación social.

### *Actividades*

1. Acciones englobadas en programas para el fomento del apoyo familiar, el fomento de la ciudadanía activa, la atención a personas con discapacidad intelectual con alteración de la salud mental, en proceso de envejecimiento, mujeres, personas en exclusión social.

2. Acciones englobadas en el fomento del deporte.
3. Atención a personas con discapacidad intelectual reclusas y exreclusas.
4. Acciones englobadas en el programa de voluntariado.
5. Acciones de reivindicación y defensa de derechos.
6. Promoción de la transformación de los servicios hacia modelos de atención centrados en la persona.

## **ADEPSI**

ADEPSI se fundó en 1982. Su ámbito territorial se circunscribe al territorio de la Comunidad Autónoma de Canarias.

### *Objetivos*

La Asociación tiene por objeto promover, fomentar y desarrollar las capacidades de las personas con discapacidad, especialmente intelectual, ofreciendo apoyos y oportunidades a nivel integral, que mejoren su inclusión social y empleabilidad, así como el fomento y promoción de la igualdad de trato y oportunidades, combatiendo cualquier forma de discriminación por razón social, de sexo o género. Del mismo modo, se contempla el desarrollo de diversas actividades afines a dicho objeto o complementarias al mismo, tales como el deporte, ocio, capacitación laboral de personas con especiales dificultades de inclusión socio laboral, etc, que persigan la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias.

### *Actividades*

1. Promover y desarrollar las herramientas necesarias para el fomento de actividades de diversa índole, creando y/o gestionando centros y Servicios adecuados al efecto, tales como Centros ocupacionales, Centros Especiales de Empleo, Viviendas, Residencias, Centros de día, Clubs de Ocio, Clubs Deportivos, etc. y ejecutando acciones, en general dirigidas a la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad, fomentando la igualdad de trato y oportunidades.
2. Apoyar logística y/o económicamente actuaciones de otras entidades con objetos paralelos a los de la Asociación, pudiendo incluso ser partícipe de las mismas.
3. Promover, fomentar, crear y/o desarrollar cursos de formación, competiciones, eventos deportivos, así como cualquier otra actividad de ocio inclusivo en las que participen las personas con discapacidad.
4. Promover y/o llevar a cabo programas/servicios dirigidos a familiares de las personas con discapacidad intelectual, fomentar la formación de los/as profesionales, voluntarios y otras personas colaboradoras.
5. Constitución y puesta en funcionamiento de servicios, centros de formación y agencias de colocación, con el fin de favorecer la inclusión laboral de las personas con discapacidad en la empresa ordinaria, en Centros Especiales de Empleo, o promoviendo la emprendeduría personal.
6. Desarrollo de acciones para la difusión del conocimiento y saber hacer de la entidad a la sociedad en general por medio de la organización de acciones formativas, jornadas, congresos, seminarios, foros, edición de materiales, etc.

7. Establecer convenios y/o colaboraciones con personas físicas o jurídicas tales como universidades, entidades sin ánimo de lucro, empresas y/o administraciones públicas, ya sean locales, regionales, nacionales o internacionales, para desarrollar proyectos de investigación o de otra índole acordes a nuestro fin social.
8. Promover servicios encaminados a la atención, orientación, asesoramiento, y capacitación de diversos colectivos en riesgo de exclusión social con especiales dificultades para su inclusión social y laboral.

### **APROSU - Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de Las Palmas**

La Asociación APROSU se constituyó en 1962 por un grupo de familias que tenían en su seno a una persona con discapacidad intelectual. Es la primera Asociación constituida en Canarias.

En una primera etapa su principal actividad estuvo centrada en la edad escolar, la mentalización de la sociedad y de las familias. En una segunda etapa se planteó el dar respuesta a la demanda existente de viviendas para personas con discapacidad intelectual en Canarias, principalmente para personas con discapacidad intelectual y necesidad de apoyo intermitente y limitado. En 1996 se inauguró la "Residencia y el Centro Ocupacional Cristo de la Salud", destinada a la atención de Personas con Discapacidad Intelectual, adultos con necesidad de apoyo intermitente y limitado, huérfanos y/o en desamparo o con graves problemas socio-familiares. Este fue el primer recurso de esta índole en Canarias. Además, actualmente la Asociación cuenta con un piso tutelado y dos hogares funcionales. En el año 2000 se constituye el Centro Especial de Empleo APROSU S.L., que surge para ofrecer un empleo a personas con discapacidad, al tiempo que les ofrece la preparación y formación necesaria para favorecer su integración laboral en el mercado ordinario. Desde el 2008 ofrece el servicio "Hogar Funcional Domingo Suárez Valido" para la atención de personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento, mayores de 45 años y con necesidad de apoyo extenso y/o generalizado. En el año 2013 puso en funcionamiento el Servicio de Centro de Día, dada la gran demanda de plazas para personas con Necesidad de Tercera Persona.

#### *Objetivo general*

Proporcionar los apoyos y oportunidades para el desarrollo de los proyectos de vida de las personas con diversidad funcional de Canarias.

#### *Actividades*

APROSU ofrece diversos servicios: servicios de vivienda; servicios de día; servicio de tutela; recursos y apoyo necesario para el ocio y tiempo libre; servicio de promoción de la autonomía personal y vida independiente; empleo. Asimismo, para los familiares de personas con discapacidad intelectual presta los servicios de asesoramiento y apoyo; y servicio de hotel.

La Asociación ha sido pionera en la puesta en marcha de numerosos proyectos con gran impacto para la sociedad canaria tales como: colegios de educación especial; residencia para personas con discapacidad intelectual y necesidad de apoyo intermitente y limitado; pisos tutelados; hogares funcionales para adultos y personas con discapacidad intelectual que envejecen; servicios de promoción de la autonomía personal; centro especial de empleo dedicado al reciclaje de aceite vegetal usado.

## **CIVITAS (Centro de Investigación y Valoración de Instituciones, Temas y Actividades Sociofamiliares)**

La Asociación CIVITAS nace en marzo de 1969, gracias a la iniciativa de un grupo de padres y madres con hijos con discapacidad intelectual, que intentaban dar respuesta a las necesidades educativas especiales y ocupacionales de sus hijos.

En sus inicios se realizaban actividades de adquisición de conocimientos escolares básicos y los usuarios adultos se formaban como alfareros, yesistas y encuadernadores. Desde finales de los 80 establece convenios con la Consejería de Educación del Gobierno de Canarias y con diferentes organismos públicos. En la actualidad cuenta con más de 70 profesionales que diariamente trabajan por el bienestar del colectivo y de sus familiares.

### *Objetivos*

1. Ofrecer un hábitat seguro, accesible y adaptado a las necesidades funcionales de las personas usuarias en un ambiente confortable.
2. Proporcionar una convivencia armoniosa entre las personas usuarias y el personal en interrelación con el entorno comunitario, respetando la intimidad y la privacidad individuales.
3. Promover la autonomía personal, mejorar la calidad de vida, el bienestar subjetivo y la satisfacción, favoreciendo la autoestima, el desarrollo personal, y la integración social de la persona usuario en el entorno.
4. Prestar la atención necesaria a las personas usuarias según su necesidad de apoyo.
5. Promover las buenas prácticas de dirección de personas y la implicación de los profesionales en la mejora del servicio.

### *Actividades*

- Centro de Educación Especial: Atención al alumnado con necesidades educativas especiales (NEE) que precisan de adaptaciones que se aparten significativamente del currículo ordinario, mediante actividades centradas en desarrollar habilidades y capacidades necesarias para la autonomía personal, la autonomía social, la comunicación y las habilidades para la futura orientación laboral.
- Centro Ocupacional: Apoyos necesarios para adquirir las destrezas básicas de autonomía personal y social, promoción de las relaciones interpersonales y fomento el uso de los servicios de la comunidad.
- Centro de Estancia Diurna con Necesidad de Tercera Persona: apoyos extensos o generalizados en las actividades básicas de la vida diaria de personas con discapacidad intelectual grave o profunda, para mejorar su calidad de vida.

## **TLP Impulso (Apoyo para la atención del trastorno límite de la personalidad)**

TLP impulso se fundó en 2017. Su ámbito de actuación es la isla de Tenerife. Cuenta con una Junta Directiva de la Asociación TLP Impulso está compuesta por presidencia, vicepresidencia y secretaría.

## Objetivos

El objetivo principal de la Asociación es fomentar medidas que apoyen la atención a las personas afectadas por un trastorno límite de la personalidad y sus familias, contribuyendo a la mejora de su calidad de vida.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Promover el asesoramiento y la información para personas afectadas por el trastorno límite de la personalidad y sus familias.
- Fomentar la sensibilización y visibilidad en la sociedad del trastorno límite de la personalidad, aunando fuerzas para la mejora en la prevención, la detección temprana y el tratamiento del mismo.
- Coordinar el trabajo con las administraciones públicas (sanitarias, sociales y jurídicas), organismos públicos y privados y otras entidades sociales, con el fin de adecuar servicios de atención especializada para el trastorno límite de la personalidad.
- Crear y desarrollar recursos específicos de atención para personas afectadas por el trastorno límite de la personalidad y sus familias.

## Actividades

- Creación de un espacio de encuentro y de intercambio de experiencias entre personas afectadas por el trastorno límite de la personalidad y entre sus familias.
- Actividades de formación e información sobre el trastorno límite de la personalidad en el ámbito social y educativo.
- Creación de espacios de trabajo con las administraciones públicas con el fin de fomentar el desarrollo de recursos de atención especializados en el trastorno límite de la personalidad.

# 10 Propuestas de base

## 10.1. LAS PROPUESTAS DE ACCIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL PARA EL PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2016-2017

### 10.1.1. Introducción

Entre junio y diciembre de 2014 tuvo lugar un amplio proceso participativo que culminó con la celebración de las Conferencias de Salud. Las Gerencias de Atención Primaria, las Direcciones Gerencias Hospitalarias, las Gerencias de Servicios Sanitarios, las Direcciones de Área de Salud y los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (*CIRPAC*), junto con los Servicios Centrales del Servicio Canario de la Salud realizaron un esfuerzo considerable en recursos y personal para llevar a buen término este proceso. Como consecuencia, se aprovechó la oportunidad de integrar y rentabilizar el trabajo de más de 1.400 personas y se generaron 125 propuestas de acción específicas para el ámbito de la Salud Mental. En este documento se sintetizan las acciones seleccionadas como prioritarias y factibles a corto y medio plazo.

### 10.1.2. Priorización de acciones por áreas temáticas

Las personas responsables de los Planes Insulares de Rehabilitación Psicosocial de Canarias, en coordinación con la Jefatura de Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales y la persona responsable del Plan de Salud de Canarias elaboraron, para las respectivas Áreas de Salud, informes donde priorizaron acciones para 2016-2017. La priorización se realizó con base a las propuestas generadas (fundamentalmente) en Gran Canaria, Tenerife, La Gomera y El Hierro (en talleres y Conferencias de Salud). Se han seleccionado según la metodología cualitativa combinando técnicas de grupo focal y grupo nominal, con los siguientes criterios de elección:

- Alta prevalencia / incidencia del problema que se pretende resolver.
- Alta vulnerabilidad del problema que se pretende resolver.
- Alta prioridad estimada de la acción (incluye factibilidad).
- Posibilidad de fijar objetivo 2016-2017.
- Propuesta de indicador adecuado para los actuales sistemas de información.

En este documento se exponen las siguientes priorizaciones:

- **Priorización de acciones transversales:** se recogen aquí las iniciativas que han aparecido en al menos 4 Áreas de Salud (incluyendo una o dos islas capitalinas) y que se consideran comunes:
  - Desarrollo e impulso de los CIRPAC a todos los niveles (participación, coordinación interinstitucional, planificación y evaluación de los dispositivos de Rehabilitación Psicosocial), adaptando su funcionamiento a la normativa y realidad social actual.
  - Potenciación de la atención domiciliaria y programas de alojamiento alternativo, integrando el Modelo Asertivo Comunitario.
  - Diseñar e implementar programas de intervención temprana en las psicosis.
  - Atención a los problemas de salud física en personas con Trastorno Mental Grave.
- **Priorización de acciones por islas:** A continuación se muestran las acciones priorizadas, objetivos, indicadores y responsables, en aquellos casos donde se disponía de la información necesaria.

## LANZAROTE

1. Mejorar la gestión de la demanda y reducción de la lista de espera, mediante el desarrollo de un plan de mejora de las infraestructuras y de los recursos para la Red de Salud Mental, para lo que se requiere de la dotación del personal que se precisa (incorporación de un psiquiatra y un psicólogo), el espacio físico adecuado y el equipamiento informático actualizado.
2. Definir la cartera de servicios de la Red de Salud Mental y de los dispositivos rehabilitadores, estableciendo el reglamento para la vía de acceso, los perfiles de los usuarios, y estableciendo como requisito previo imprescindible de derivación - seguimiento por parte de las USM.
3. Diseñar e implementar programas de Atención temprana en psicosis y cronicidad, así como potenciar recursos en el área infanto-juvenil (unidad hospitalaria, hospital de día) garantizando procedimientos de continuidad de cuidados en red.
4. Fomento, potenciación y adecuación del programa de Alojamiento alternativo a las actuales necesidades de las personas con trastorno mental grave, e integración del Modelo asertivo comunitario ETAC (Equipo multiprofesional comunitario para la atención a pacientes que no acuden o no puedan acudir a los servicios de salud mental).
5. Fortalecer el CIRPAC como órgano de participación, coordinación, planificación y evaluación de los dispositivos de rehabilitación psicosocial, para lo que se requiere de una reformulación de sus funciones y miembros.
6. Incremento en la autonomía de la gestión en los servicios de salud mental del SCS.

## FUERTEVENTURA

1. Integración de la patología dual y SM.
2. Reducción de las listas de espera.
3. Ampliación en los recursos humanos.
4. Ampliación de infraestructuras (Unidad de Media y Unidad de Larga Estancia).
5. Mejora de la coordinación con Atención Primaria.

6. Mejora en el tratamiento de la adicción a las nuevas tecnologías.
7. Desarrollo de Programas de Prevención del Suicidio.
8. Tratamientos grupales con primeros episodios psicóticos y trastorno bipolar.
9. Mejora de la atención a los cuidados físicos de las personas con TMG.
10. Atención domiciliaria y "de calle", a personas con TMG no vinculadas a los servicios por diversos motivos. Atención Asertiva Comunitaria.
11. Mejora de la atención a los pacientes con TCA.
12. Historia clínica conjunta AP/AE.
13. Atención especializada a la "patología menor". Psicólogo en AP.
14. Atención a las familias, potenciar Asociación de personas con trastornos mentales, creación de Escuelas de Familias.
15. Pluralidad asistencial: Unidad de desintoxicación, Hospital de Día, Comedor terapéutico.
16. Creación de programas de inserción laboral.
17. Reducción del estigma. Campañas psicoeducativas sobre los trastornos mentales.
18. Organización de jornadas de intercambio de experiencias en los distintos servicios de salud mental así como organizaciones en el ámbito rehabilitador.

## GRAN CANARIA

1. Consolidar el CIRPAC como eje central de la coordinación interinstitucional entre los sistemas sanitario y social y el resto de Administraciones Públicas y Entidades que intervienen en la atención sociosanitaria a las personas con Trastorno Mental Grave (TMG), incorporando una Comisión Técnica que actúe como órgano técnico-consultivo.

### *Objetivos:*

- Asegurar la participación de técnicos de salud mental en comisiones y convenios entre administraciones, en temas relacionados con la atención sociosanitaria a personas con TMG.
  - Desburocratizar, mejorar la coordinación y asegurar la continuidad asistencial.
  - Definir e implementar la cartera de servicios.
2. Potenciar acciones y programas en la Comunidad, con apoyo domiciliario, asegurando la continuidad de cuidados.

### *Objetivos:*

- Mejorar la atención domiciliaria.
- Facilitar la adherencia y el seguimiento, promoviendo la autonomía.
- Disminuir estancias hospitalarias.
- Prevenir la institucionalización y exclusión social.
- Fomentar el uso normalizado de recursos sociales.

3. Potenciar las intervenciones psicoeducativas, de apoyo y colaboración con familiares de pacientes diagnosticadas de TMG.

*Objetivos:*

- Mejorar la atención a las familias.
- Disminuir la carga del cuidador/a.
- Disminuir estancias hospitalarias.

4. Potenciar la participación y el apoyo a las Asociaciones de Familiares y Usuarios.

*Objetivos:*

- Incrementar la participación de familiares y usuarios.
- Fomentar el empoderamiento.
- Promover la figura del usuario o familiar "experto".
- Promover la ayuda mutua y red de apoyos informales .

5. Poner en marcha un Plan para erradicar el estigma, colaborando Servicios Sanitarios y Sociales con las Asociaciones de Familiares y Usuarios y con otras Administraciones Públicas.

*Objetivos:*

- Erradicar el estigma y la discriminación asociados a las enfermedades mentales.
- Disminuir el impacto que tiene el estigma sobre las personas afectadas.

6. Optimizar la atención a Mayores diagnosticados de TMG.

*Objetivos:*

- Conocer las necesidades en atención domiciliaria, residencial y psicogerítrica de los Mayores diagnosticados de TMG.
- Reubicación atendiendo a necesidades de los Mayores con TMG.

7. Consolidar la coordinación entre el Programa de Empleo y entidades del área laboral.

*Objetivos:*

- Firma de convenios de colaboración con entidades públicas y privadas relacionadas con la empleabilidad.
- Acciones formativas antiestigma en el ámbito empresarial encaminadas a la inserción laboral de personas con TMG.

- Acciones formativas para trabajadores con TMG.
- Fomentar el Empleo con Apoyo.

## **TENERIFE**

1. Revisión del Decreto de constitución del CIRPAC y adaptación al nuevo contexto.
2. Reunión con Consejería de Servicios Sociales y Consejería Sanidad. Creación de subcomisión. Agenda común de trabajo relativa a salud mental y Ley de dependencia, y Decretos del SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia): accesibilidad, copago y acreditación.
3. Realizar reunión con gestores para exposición de la situación, las acciones realizadas y la problemática actual.
4. Seguimiento del cuidado físico y de la polifarmacia de las personas con TMG en la Red de Salud Mental.
5. Informatización y conectividad de la red de rehabilitación (ECA y CDRPS) con la red sanitaria general y especializada.
6. Definir, implementar, y programar el calendario, las cartera de prestaciones básicas en la rehabilitación y la responsabilidad de los psicólogos clínicos en las USM con pacientes con TMG.
7. Mejorar la coordinación entre las distintas administraciones para garantizar el acceso de las personas con TMG en riesgo de exclusión y pobreza, a la asistencia sanitaria.
8. Mejorar los procedimientos de gestión de la demanda con los Cabildos Insulares. Revisión protocolos de accesibilidad y gestión interadministrativa.
9. Incorporar a Atención Primaria (Pediatria) en el acuerdo entre Educación y Salud Mental.
10. Desarrollar programas específicos de atención temprana y garantizar la continuidad de cuidados.
11. Mejora en el abordaje de pacientes con consumo de tóxicos y psicosis.
12. Garantizar una adecuada formación del personal de Atención Primaria y Atención Especializada desde la perspectiva de la recuperación.
13. Completar la red de salud mental infanto-juvenil comunitaria.
14. Respeto de espacios específicos y propios para la atención de la infancia y adolescencia.
15. Formación para los profesionales.
16. Establecer protocolos de coordinación entre los servicios de Atención Especializada y Atención Primaria.
17. Protocolizar la coordinación entre atención sanitaria, social y atención a la familia.

## **LA PALMA**

1. Fortalecer el CIRPAC.
2. Acercamiento de la atención a los núcleos poblacionales más lejanos.

3. Programa de Intervención Temprana en Psicosis.
4. Programa de control y seguimiento de patología orgánica en pacientes psiquiátricos.
5. Mejora de infraestructuras.
6. Mejora del soporte informático: conexión USMC y CDRPS.

## **LA GOMERA**

1. Asegurar el CIRPAC como órgano de planificación y evaluación en rehabilitación psicosocial.
2. Ampliación del programa de atención al paciente con enfermedad mental crónica con la estabilidad del Centro de Rehabilitación Psicosocial.
3. Campañas de sensibilización para reducir la estigmatización de personas con trastornos mentales para mejorar su calidad de vida y de sus familias.
4. Creación de Programa de Alojamiento Alternativo.
5. Acciones conjuntas con diferentes sectores como Educación, medios de comunicación, asociaciones de usuarios.

# IV

## OBJETIVOS Y ACCIONES



# LÍNEAS ESTRATÉGICAS

**Línea Estratégica 1: Promoción y Prevención.**

**Línea Estratégica 2: Prevención y tratamiento de la conducta suicida.**

**Línea Estratégica 3: Atención a las personas con trastornos mentales.**

- 3.1. Perspectiva transversal.
- 3.2. Trastorno Mental Grave.
- 3.3. Trastorno Mental Común.
- 3.4. Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- 3.5. Trastornos de la Personalidad.
- 3.6. La salud física de las personas con Trastorno Mental Grave.

**Línea Estratégica 4: Atención a la salud mental infanto-juvenil.**

**Línea Estratégica 5: Atención a la salud mental de personas de edad avanzada.**

**Línea Estratégica 6: Atención a las personas con patología dual y adicciones.**

**Línea Estratégica 7: Rehabilitación psicosocial.**

**Línea Estratégica 8: Prevención y reducción del estigma.**

**Línea Estratégica 9: Salud Mental y género.**

**Línea Estratégica 10: Coordinación.**

- 10.1. Coordinación entre Salud Mental y el Ámbito Sociosanitario.
- 10.2. Coordinación entre Salud Mental y Justicia.
- 10.3. Coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria.
- 10.4. Coordinación entre dispositivos en la Red de Salud Mental.
- 10.5. Coordinación entre Salud Mental y la Red de Atención a las Drogodependencias.
- 10.6. Coordinación entre Salud Mental y otras especialidades médicas.

**Línea Estratégica 11: Sistemas de Información.**

**Línea Estratégica 12: Formación e Investigación.**

# LÍNEA ESTRATÉGICA 1: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

## ANÁLISIS DE SITUACIÓN

---

### 1. Promoción y prevención en salud mental

Los trastornos mentales y de conducta se dan en personas de todas las regiones, países y sociedades. Según la OMS (2004) se calcula que, en el mundo, alrededor de 450 millones de personas sufren cada año enfermedades mentales. Esto significa que al menos una de cada cuatro personas desarrollará un trastorno mental a lo largo de su vida. Asimismo se estima que las enfermedades mentales continuarán aumentando y que para el año 2020 las enfermedades mentales supondrán el 15% de la discapacidad mundial, siendo la depresión por sí sola la segunda causa.

Además de las consecuencias para la salud, los costes sociales y económicos derivados de los trastornos mentales son de gran magnitud. A los costes de los servicios sanitarios se añaden los costes por desempleo y reducción de productividad, los del impacto en las familias y cuidadores, y el coste atribuido al impacto negativo de la muerte prematura. Adicionalmente, hay muchos otros costes incalculables que no se tienen en cuenta, como por ejemplo los que se derivan de las oportunidades perdidas para los individuos que sufren enfermedades mentales y sus familiares (MSSSI, 2014).

Los resultados de la experiencia asistencial centrada exclusivamente en la provisión de servicios de atención demuestran que para alcanzar mejores niveles de salud mental positiva no basta con tratar las enfermedades mentales, sino que son necesarias políticas, estrategias e intervenciones dirigidas, de forma específica, a mejorarla. Para ello, es necesario cambiar el énfasis desde la perspectiva tradicional, centrada en los trastornos mentales, hacia una nueva perspectiva que tome en consideración la promoción de la salud mental (Jané-Llopis, 2004).

### 2. Promoción de la salud mental

“Las actividades de promoción de salud mental implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Dichas iniciativas involucran a individuos en el proceso de lograr una salud mental positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas. La prevención de los trastornos mentales puede ser considerada como uno de los objetivos y resultados de una estrategia más amplia de promoción de salud mental” (Jané-Llopis et al., 2005). La promoción de la salud mental considera la salud mental como un recurso, como un valor por sí mismo y como un derecho humano básico que es esencial para el desarrollo social y económico (OMS, 1997).

Las intervenciones de promoción de la salud mental varían en su alcance e incluyen estrategias para promover el bienestar mental de aquellos que no están en riesgo, aquellos que están en alto riesgo y aquellos que están padeciendo o recuperándose de problemas relacionados con la salud mental.

### 3. Prevención de los Trastornos Mentales

La prevención de los trastornos mentales tiene el objeto de “reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en

la persona afectada, sus familias y la sociedad” (Haggerty y Mrazek, 1994). La prevención de los trastornos mentales se basa en los principios de salud pública. Las intervenciones preventivas funcionan enfocándose en la reducción de los factores de riesgo y aumentando los factores de protección relacionados con los problemas de salud mental.

La clasificación de prevención en salud pública -prevención primaria, secundaria y terciaria- ha sido adaptada por el Instituto de Medicina (IOM) para la prevención de trastornos mentales. Esta nueva clasificación está compuesta por un continuo que abarca la prevención universal, selectiva e indicada, el tratamiento y la manutención (OMS, 2004). Estos dos últimos corresponden respectivamente a la prevención secundaria y terciaria.

La prevención universal se define como las intervenciones que se dirigen al público en general o a todo un grupo determinado que no ha sido identificado basándose en el riesgo. La prevención selectiva se dirige a individuos o grupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que la media y se evidencia por factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales. La prevención indicada se dirige a personas identificadas como alto riesgo, con signos o síntomas de un trastorno mental, mínimos pero detectables, o marcadores biológicos indicando una predisposición para un trastorno mental, pero que no cumplen los criterios de diagnóstico para trastorno en ese momento (Haggerty y Mrazek, 1994).

La distinción entre la prevención y promoción de la salud radica en sus resultados proyectados. Cuando la promoción de la salud mental tiene el objeto de mejorar la salud mental positiva en la comunidad, también podrá tener el resultado secundario de disminuir la incidencia de los trastornos mentales. Los elementos de prevención y promoción a menudo están presentes dentro de los mismos programas y estrategias, involucrando actividades similares y produciendo resultados diferentes pero complementarios. Debido a que tanto la promoción de la salud mental como la prevención de los trastornos mentales se ocupan principalmente del mejoramiento de la salud mental y la influencia de sus antecedentes, se deben entender como enfoques conceptualmente distintos pero interrelacionados.

#### **4. Niveles de intervención: prevención primaria en grupos de riesgo**

Para promocionar la salud mental se puede actuar sobre la persona o sobre la población. A nivel individual, reforzando la «resiliencia» con intervenciones que incrementan la autoestima y dotan de destrezas para afrontar el estrés. A nivel poblacional, con intervenciones para incrementar el capital social, promover conductas sanas de crianza, mejorar la seguridad, reducir el estrés en las escuelas y en los lugares de trabajo.

#### **5. Promoviendo un inicio saludable en la vida**

En los primeros años de la vida se fijan tanto las experiencias positivas como las traumáticas y los hábitos y costumbres que acompañarán al individuo durante toda su vida. Por tanto, hay que resaltar la importancia de un buen comienzo en la vida y privilegiar las intervenciones y los apoyos en los periodos perinatal y en la primera infancia, en los que se establecen las bases de la salud que se mantendrán a lo largo de la vida. La situación de riesgo se “caracteriza por la existencia de un perjuicio para el menor que no alcanza la gravedad suficiente para justificar su separación del núcleo familiar”. En tales casos el objetivo de la intervención será “intentar eliminar dentro de la institución familiar los factores de riesgo”, viniendo obligada la entidad pública competente a poner en marcha las actuaciones pertinentes para reducir la situación de riesgo y a realizar el seguimiento de la evolución del menor y su familia (artículo 17 de la Ley 1/1996 Ley Jurídica del Menor).

Existe amplia evidencia que demuestra que los programas de intervención temprana representan una poderosa estrategia de prevención (OMS, 2004). La mayoría de los programas exitosos que abordan los factores de riesgo y de protección en las primeras etapas de la vida, están dirigidos a poblaciones infantiles en riesgo, especialmente los niños que provienen de familias de bajos ingresos y niveles educativos. Estos programas incluyen intervenciones realizadas en los hogares durante el embarazo y la infancia, los esfuerzos para reducir el cigarrillo durante el embarazo, capacitación de preparación a los padres en la crianza de los hijos y programas preescolares. Por su parte, una situación de riesgo social podría interpretarse como aquella que no se corresponde con las situaciones de vida de la mayoría de la población, que está sujeta a factores de discriminación e inequidad (por sexo, género, raza, grupo étnico, edad, pobreza, enfermedad mental, accesibilidad a servicios de educación y sanitarios, etc) y que es susceptible de cambio mediante la intervención política y social (MSSSI, 2012).

## **6. Afrontando la enfermedad mental de los padres**

La enfermedad mental de los padres durante la infancia y niñez temprana pueden conducir a depresión y ansiedad en períodos posteriores de la vida, así como en las siguientes generaciones, aunque la seguridad del afecto y el apoyo social de la familia pueden reducir dichos riesgos. Por su parte, las conductas de riesgo de la futura madre durante el embarazo, así como ciertos sucesos estresantes que ocurren temprano en la vida pueden causar vulnerabilidades psíquicas.

Las intervenciones en los padres con trastorno mental pueden estar dirigidas a la interacción temprana entre hijos y padres; otras usan un enfoque integral de familia durante la niñez y adolescencia temprana, o se concentran en los propios niños en riesgo. Los estudios de control de los resultados de dichos programas aún son escasos, aunque algunos muestran resultados prometedores (OMS, 2004).

## **7. Envejeciendo mentalmente saludables**

Diferentes tipos de intervenciones universales, selectivas e indicadas han sido exitosas para mejorar la salud mental de las poblaciones de ancianos (Jané-Llopis et al., 2005). Las intervenciones con ejercicios y la mejora del apoyo social mediante el desarrollo de relaciones de amistad, constituyen ejemplos de estrategias universales. Las intervenciones preventivas prometedoras para poblaciones de ancianos selectivas e indicadas incluyen el uso de métodos de educación a pacientes entre los ancianos crónicamente enfermos y sus proveedores de cuidado personal, detección temprana, intervenciones en la atención primaria y programas usando técnicas de revisión de vida.

## **8. Factores de riesgo y de protección**

Los factores de riesgo están asociados con una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas de salud. Los factores de protección se refieren a las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo y trastornos. En su mayoría, los factores individuales de protección son idénticos a las características de salud mental positiva, tales como la autoestima, fortaleza emocional, pensamiento positivo, destrezas sociales y de resolución de problemas, habilidades para el manejo del estrés y sentimientos de control. Por esta razón, las intervenciones preventivas dirigidas a fortalecer los factores de protección se superponen en gran medida con la promoción de la salud mental. Tanto los factores de riesgo como los de protección pueden ser de carácter individual, relacionados con la familia, sociales, económicos y ambientales. Generalmente,

es el efecto acumulado de la presencia de múltiples factores de riesgo, la falta de factores de protección y la interacción de situaciones de riesgo y protección, lo que predispone a los individuos a cambiar de una condición mentalmente saludable a una mayor vulnerabilidad, pasar luego a un problema mental y finalmente a un trastorno mental con todas las características. Las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental pretenden contrarrestar los factores de riesgo y reforzar los factores de protección a lo largo de la vida de la persona con el fin de interrumpir esos procesos que contribuyen a la disfunción mental humana. Mientras mayor influencia tengan los factores individuales sobre el desarrollo de los trastornos mentales y la salud mental, mayor será el efecto preventivo.

A continuación se muestran los principales factores de riesgo y protectores identificados respecto a la salud mental (OMS, 2004).

**Tabla 1. Determinantes sociales, ambientales y económicos de salud mental**

Factores de Riesgo	Factores de Protección
Acceso a drogas y alcohol Desplazamiento Aislamiento y enajenamiento Falta de educación, transporte, vivienda Desorganización de la vecindad Rechazo de compañeros Circunstancias sociales deficientes Nutrición deficiente Pobreza Injusticia racial y discriminación Desventaja social Migración a áreas urbanas Violencia y delincuencia Guerra Estrés laboral Desempleo	Fortalecimiento Integración de minorías étnicas Interacciones interpersonales positivas Participación social Responsabilidad social y tolerancia Servicios sociales Apoyo social y redes comunitarias

**Tabla 2. Determinantes individuales y relacionados con la familia**

Factores de Riesgo	Factores de Protección
Fracaso académico y desmoralización estudiantil	Capacidad para afrontar el estrés
Déficits de atención	Capacidad para enfrentar la adversidad
Cuidar a pacientes crónicamente enfermos o con demencia	Adaptabilidad
Abuso y abandono de menores	Autonomía
Insomnio crónico	Estimulación cognitiva temprana
Dolor crónico	Ejercicio
Comunicación anormal	Sentimientos de seguridad
Embarazos tempranos	Sentimientos de dominio y control
Abuso a ancianos	Buena crianza
Inmadurez y descontrol emocional	Alfabetización
Uso excesivo de sustancias	Apego positivo y lazos afectivos tempranos
Exposición a la agresión, violencia y trauma	Interacción positiva entre padres e hijos
Conflicto familiar o desorganización familiar	Habilidades de resolución de problemas
Soledad	Conducta prosocial
Bajo peso al nacer	Autoestima
Clase social baja	Destrezas vitales
Enfermedad médica	Destrezas sociales y de manejo de conflictos
Desequilibrio neuroquímico	Crecimiento socioemocional
Enfermedad mental de los padres	Manejo del estrés
Abuso de sustancias por parte de los padres	Apoyo social de la familia y amigos
Complicaciones perinatales	Parentalidad positiva
Pérdida personal — duelo	Resiliencia
Habilidades y hábitos de trabajo deficientes	
Discapacidades de lectura	
Discapacidades sensoriales e impedimentos orgánicos	
Incompetencia social	
Eventos de mucha tensión	
Consumo de sustancias durante el embarazo	

## 9. Predictores de eficacia en programas de prevención y promoción

Además de estudiar los efectos de una intervención, resulta importante conocer cuáles son los factores responsables de que un programa preventivo funcione o no. Según un meta-análisis en el que se evaluó un conjunto de 149 intervenciones, se ha concluido que los programas son el doble de eficaces cuando se implementan por profesionales de la salud (Jané-Llopis, 2004).

Estos programas pueden ser igualmente eficaces para distintas edades, aunque los hallazgos parecen indicar una preferencia por intervenir en los principios de la edad escolar. Los meta-análisis indican que la prevención es igualmente eficaz para grupos con distintos niveles de riesgo (prevención universal, selectiva e indicada) (Jané-Llopis, 2004).

## 10. Situación de la prevención y la promoción en España

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI, 2014), a través de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención (EPSyP) en el Sistema Nacional de Salud (SNS) propone el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a ganar salud y a prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad. Es una iniciativa que se desarrolla en el marco de la implementación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad.

Las estrategias para ganar salud y prevenir la enfermedad, se basan en la efectividad y otras cinco características importantes para conseguir los mejores resultados: su aplicación a lo largo de todo el curso de vida, el abordaje por entornos, el enfoque poblacional, el abordaje desde un enfoque positivo, y un enfoque integral.

La visión de esta Estrategia es promover una sociedad en la que los individuos, familias y comunidades puedan alcanzar su máximo potencial de desarrollo, salud, bienestar y autonomía, y en la que trabajar por la salud se asuma como una tarea de todos.

## 11. Situación de la prevención y la promoción en Canarias

Hasta la actualidad la orientación de la Salud Mental en el SCS ha sido de carácter más asistencial que de promoción y prevención. Aún así, se han desarrollado diversos programas y campañas poblacionales.

El **Servicio de Atención Primaria** de la Dirección General de Programas Asistenciales ha desarrollado programas relacionados con la promoción y prevención (primaria, secundaria y terciaria), que están incorporados a la historia clínica Drago para los distintos profesionales sanitarios.

- **Programa de atención a las personas mayores:** En él se realiza: despistaje para la depresión, evaluación de factores de riesgo social, detección de señales o signos que hagan sospechar malos tratos, detección precoz de violencia de género, promoción de higiene del sueño, prevención de riesgos de automedicación y abuso de tóxicos, identificación del cuidador principal.
- **Programa de atención a la salud afectivo sexual y reproductiva:** Incluye:
  - Atención en embarazo, parto, puerperio, bebé, apoyo a lactancia.
  - Atención al climaterio y exploración de síntomas somáticos, de ansiedad, depresivos, trastornos del sueño, trastornos de la conducta alimentaria, abuso de sustancias, adaptación a los cambios físicos, acontecimientos vitales estresantes, exploración de autoestima y afectividad, posibilidades de disfrute de tiempo libre y red social de apoyo.

- **Programa de salud infantil-juvenil:** Incluye diversas actuaciones preventivas sobre hábitos saludables en las distintas etapas; cribado del TDAH; detección precoz del autismo, alteraciones del lenguaje, trastornos de conducta alimentaria, trastornos mentales graves y adicciones a nuevas tecnologías; prevención de hábitos tóxicos; detección de factores de riesgo; y señales de alerta para detección precoz de trastornos psicopatológicos.
- **Programa de violencia de género:** Incluye la atención de la violencia en embarazo, puerperio, así como valoración psicosocial.
- **Programa de actividades preventivas y promoción de la salud:** promueve hábitos de vida saludable (alimentación y ejercicio) y prevención de consumo de tóxicos.
- **Aulas de Salud:** Cuentan con un conjunto de materiales y recursos didácticos para acciones grupales, dirigidos a los profesionales que contribuyen a promover la salud de la población canaria, ofreciendo servicios de promoción de la salud, prevención y control de la enfermedad.

Por su parte, la **Dirección General de Salud Pública** realiza y promueve actividades de promoción de la salud mental vinculadas a problemas de salud pública.

- **Programa ITESplus:** Se realiza en el contexto de un Convenio Marco de la Consejería de Sanidad con la Consejería de Educación y Universidades. Tiene por objeto disminuir los efectos negativos del tabaco y del alcohol sobre la salud, incidiendo en la prevención del consumo en los escolares de Enseñanza Secundaria Obligatoria de Canarias.
- **Estrategia de intervención comunitaria “Los Círculos de la VIDA SALUDABLE”:** tiene por objeto sensibilizar a la población canaria sobre los factores de protección de la salud siguientes: sin tabaco, alimentación saludable, actividad física diaria, alcohol cuanto menos mejor, y control del estrés, descanso. Cuenta con al menos tres áreas de salud relacionadas con la salud mental, y de manera más específica “el control del estrés”. Todas las actuaciones que se realizan desde la estrategia de VIDA SALUDABLE están orientadas a promover la salud física y mental.
- **Programas de Parentalidad Positiva:** incluye formación con el objetivo promover la salud y el bienestar en menores de 0 a 3 años. Adicionalmente se encuentra la web poblacional de Familias en Positivo, que se muestra como una plataforma online impulsada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Federación Española de Municipios y Provincias, que tiene como fin promover el ejercicio positivo de la parentalidad y reforzar el apoyo a la parentalidad positiva en las políticas y servicios públicos de los Gobiernos Locales y en el tejido asociativo.
- **Campañas poblacionales:** estas tienen el objetivo de sensibilizar a la población sobre temas de relevancia en salud pública. Así, por ejemplo en 2017 se desarrolló la Campaña del Día Mundial de la Salud “Hablemos de la depresión”, con el objetivo de promover la detección precoz de la depresión y prevenir el suicidio. Las diferentes campañas están disponibles en la página web del Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública.

Por su parte, la **Dirección General de Ordenación, Innovación y Promoción Educativa de la Consejería de Educación** dispone en el currículo de Educación Primaria de la asignatura Educación Emocional y para la Creatividad. Esta asignatura, que se imparte en todos los colegios de esta comunidad autónoma, es una materia obligatoria y evaluable, que tiene entre sus objetivos que los alumnos de 1º, 2º, 3º y 4º de Primaria aprendan a reconocer y expresar sus emociones, así como a regularlas, controlarlas y utilizarlas de manera productiva. La asignatura comprende tres bloques temáticos: la conciencia o alfabetización emocional, la regulación emocional y la creatividad. Entre

otros, la asignatura contempla el desarrollo de la empatía, el reconocimiento y manejo de la frustración y de los miedos, el desarrollo de la resiliencia y el control de la impulsividad.

## **Bibliografía**

Haggerty RJ, Mrazek PJ. Can we prevent mental illness? Bull N Y Acad Med. 1994; 71(2): 300-6.

Jané-Llopis E, Barry M, Hosman C, Patel V. Mental health promotion works: a review. Promot Educ. 2005; 2(9): 61-67.

Jané-Llopis E. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2004; 89: 66-77.

MSSSI. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe del estado actual de la prevención en salud mental. Centro de Rehabilitación Laboral "San Blas". Madrid: MSSSI; 2012.

MSSSI. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid: MSSSI; 2014. Informes Estudios e Investigación.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta para la Promoción de la Salud. Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. 1997.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado. Ginebra: OMS; 2004.

## OBJETIVOS Y ACCIONES

### OBJETIVO GENERAL

**Promover la salud mental y el bienestar emocional en las distintas etapas del ciclo vital y prevenir la incidencia del trastorno mental en la población general y en los grupos de riesgo.**

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1. Crear un grupo de trabajo, interdisciplinar e intersectorial, dedicado al análisis de la promoción y prevención de la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Canarias, que permita realizar una evaluación periódica de la situación en promoción y prevención en salud mental, y la toma de decisiones consensuadas en esta materia.**

#### Actividades

- 1.1. Realización de informes detallados sobre los programas y las actividades que se realizan en materia de prevención y promoción de la salud mental en Canarias, con periodicidad anual.
- 1.2. Creación de un grupo de trabajo intersectorial en el que estén representados el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA, el Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública (DGSP) y otras Administraciones Públicas que se estimen convenientes.

**Objetivo específico 2. Promover la formación de los profesionales sanitarios y no sanitarios en relación a la prevención y la promoción de la salud mental.**

#### Actividades

- 2.1. Desarrollo y/o promoción de acciones formativas dirigidas a profesionales de la salud, Educación, Servicios Sociales, Menores, Empleo, Administración de Justicia y cualquier otro colectivo relevante, sobre la promoción de la Salud Mental y sus determinantes.
- 2.2. Acciones de formación para los profesionales sanitarios (Atención Primaria y Atención Especializada) en detección precoz de trastornos mentales a lo largo del ciclo evolutivo.
- 2.3. Realizar actividades formativas dirigidas a los profesionales de los medios de comunicación para el tratamiento de noticias relacionadas con la salud mental.

**Objetivo específico 3. Promocionar el bienestar emocional de la mujer en el embarazo, la parentalidad positiva y la calidad del vínculo afectivo con la figuras parentales, durante las distintas etapas del desarrollo evolutivo.**

#### Actividades

- 3.1. Formación en prevención y promoción de salud mental a los profesionales sanitarios que intervienen en el control y seguimiento del embarazo.
- 3.2. Formación del personal sanitario relacionado con la infancia, en instrumentos específicos para la detección de situaciones de riesgo en la vinculación temprana del bebé con sus figuras parentales.
- 3.3. Inclusión en Historia Clínica Electrónica de, al menos, un instrumento de medida que evalúe la calidad del vínculo afectivo del menor con sus figuras parentales

---

3.4. Coordinación y colaboración entre el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA, el Servicio de Promoción de la Salud de la DGSP, y otras administraciones públicas, para promover acciones formativas en materia de parentalidad positiva.

---

3.5. Promoción de acciones formativas presenciales y/o online de parentalidad positiva del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), dirigidas a figuras parentales de menores cuya edad oscile entre 0-3 años.

---

3.6. Promoción de acciones formativas presenciales y/o online de parentalidad positiva del MSSSI dirigidas a profesionales sanitarios, docentes y otros colectivos sociosanitarios.

---

3.7. Realización de campañas online (a través del canal de la DGSP Canariassaludable.org y sus redes sociales) sobre parentalidad positiva, dirigidas a la población.

---

3.8. Realización en Atención Primaria de Grupos de Apoyo a la Crianza dirigido la figuras parentales.

---

#### **Objetivo específico 4. Desarrollar un Programa comunitario de promoción de los factores de protección de la salud mental en Canarias.**

##### **Actividades**

4.1. Creación efectiva de un grupo de trabajo orientado a la planificación, desarrollo y coordinación de un programa de promoción de los factores de protección de la salud mental en la población en Canarias.  
Responsables: DGPPAA y DGSP, con posibilidad de inclusión de otros organismos y participantes que, aún no perteneciendo a estas, se consideren necesarios.

---

4.2. Realización de una página web sobre pautas a seguir para la prevención y promoción de la salud mental.

---

4.3. Desarrollo de intervenciones orientadas a la promoción de la salud mental a través de los medios de comunicación, redes sociales y campañas poblacionales.

---

4.4. Incorporación efectiva del programa de promoción de los factores de protección de la salud mental en la Red Canaria de "Islas y Municipios promotores de la salud".

---

#### **Objetivo específico 5. Analizar y promover la realización de acciones formativas, programas de promoción y prevención de la salud mental en la comunidad educativa.**

##### **Actividades**

5.1. Elaboración de un listado de asignaturas, actividades docentes, programas y estrategias de promoción de la salud mental.

---

5.2. Impartición generalizada en Canarias de la asignatura Educación Emocional.

---

5.3. Realización de actividades formativas sobre salud mental dirigidas a la comunidad educativa.

---

#### **Objetivo específico 6. Promover la reducción de la medicalización, psiquiatrización y psicologización de los problemas de la vida cotidiana.**

##### **Actividades**

6.1. Realización de actividades formativas, talleres y grupos de apoyo, dirigidas a personas en situaciones de estrés y sufrimiento vital.

---

**Objetivo específico 7.** Reducir el estrés y el riesgo de *burnout* en los profesionales que trabajan en el ámbito de la Salud Mental.

**Actividades**

- 7.1. Facilitar los espacios de apoyo emocional para reducir el estrés (asociado a casos específicos complejos o a la actividad laboral de forma general) en los diferentes dispositivos de la Red de Salud Mental.
- 7.2. Realizar al menos una actividad formativa, de ámbito autonómico y con enfoque práctico, sobre el manejo del estrés y la prevención del *burnout* en profesionales que trabajan en el ámbito de la Salud Mental.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 2: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA

### ANÁLISIS DE SITUACIÓN

#### 1. Análisis de situación. Resumen

En el análisis de la situación global de este Plan se refleja de forma exhaustiva la situación de la conducta suicida en Canarias. Por lo tanto, a continuación se reflejan solo los aspectos más relevantes de tal análisis, además de datos y consideraciones adicionales.

- Las tasas de suicidio en Canarias para el periodo evaluado (2007-2015) han sido algo superiores a las del conjunto de España. Ambas se sitúan en el rango considerado como 'medio' según la OMS.

Tabla 1. Tasas de suicidio consumado en Canarias, España y UE. Periodo 2007-2015

Años	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Canarias	7,75	8,82	7,60	7,36	6,68	8,92	8,73	8,46	9,05
España	7,27	7,58	7,47	6,85	6,89	7,57	8,31	8,41	7,76
UE 28	11,4	11,7	11,9	11,8	11,68	11,72	11,67	--	--

UE 28: Unión Europea – 28 países. Fuentes: ISTAC, INE y EUROSTAT. Tasa por 100.000 hab. y año

- El número absoluto de suicidios y la tasa han experimentado variaciones en el periodo comprendido entre 2007 y 2015.
- Ha existido variabilidad en las tasas de suicidio entre las islas. En Fuerteventura y La Gomera se produjeron tasas consideradas como 'bajas' en 3 de los 9 años evaluados, y en Lanzarote en 2 años.
- Por el contrario, en La Palma y El Hierro se produjeron tasas consideradas como 'altas' en 3 años, y en La Gomera, en un año.
- La ratio entre hombres y mujeres en el periodo evaluado fue de 3,6:1, similar al que se produce en los países occidentales (4:1).
- El método mayoritario en todos los años evaluados ha sido la "Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación" (media para el periodo evaluado, 48,8%), seguido de la "Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado" (media para el periodo evaluado, 24,2%).
- Las franjas de edad con mayores tasas de suicidio son las de más de 40 años en adelante. La franja de edad con la tasa más alta es la de 50 - 59 años, con una tasa que se encuadra en el rango de 'alta' (19,58 por 100.000 hab. y año) según la clasificación de la OMS.
- El suicidio en los menores de 15 años, aunque infrecuente en nuestra Comunidad y en el conjunto de España, es un hecho especialmente trágico, y el objetivo debe ser la ausencia total de casos.
- En España existe variabilidad considerable en las tasas de suicidio según las Comunidades Autónomas.
- Las tasas de suicidio de Canarias y España han sido considerablemente inferiores a las del conjunto de Europa.

- En el mayor estudio epidemiológico europeo sobre salud mental disponible, en España se ha hallado una prevalencia a lo largo de la vida del 1,5% para el intento de suicidio, y del 4,4% para las ideas de suicidio (Gabilondo et al., 2007).
- La prevalencia de ideación suicida a lo largo de la vida en la población mayor de 16 años en Canarias fue de 10,8% en 2015. Esta prevalencia resulta superior a la de España (4,4%); sin embargo, esta última se obtuvo en 2002, en un periodo anterior a la crisis económica. La crisis económica comenzó en España en 2008, y estas se han asociado a mayor tasa de suicidio (Oyesanya et al., 2015; Parmar et al., 2016).
- La mayor prevalencia de ideación suicida en Canarias se produjo en la franja de 45 a 64 años (12,3%), en mujeres (13,4%), en Gran Canaria (11,7%) y en el grupo de trabajadores/as no cualificados/as (13,9%).

## 2. Intervenciones realizadas

Desgraciadamente no existe en España ningún Plan de prevención del suicidio a nivel estatal ni Estrategia alguna en el Sistema Nacional de Salud. En los últimos años se han realizado en Canarias, además de las acciones clínicas individualizadas necesarias, las siguientes acciones de carácter preventivo:

- Informes técnicos pormenorizados para conocer con el mayor detalle posible la situación, su evolución y orientar mejor sobre las estrategias de intervención.
- Implantación total en nuestra Comunidad del RECAP (Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias) y reciente inclusión de formularios para la recogida de información relativa a las conductas suicidas en los servicios de urgencias hospitalarios.
- Formación específica con cursos dedicados a la conducta suicida, de ámbito autonómico, de enfoque teórico - práctico, basados en la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (MSSSI, 2012), y dirigidos a profesionales de la Red de Salud Mental (2014 y 2015), de Atención Primaria (2016) y a profesionales de los medios de comunicación (2017), sobre el tratamiento de las noticias relacionadas con el suicidio. Existen pruebas científicas de que la formación de profesionales tiene efectos considerables en la reducción del riesgo suicida (Mann et al., 2005; MSSSI, 2012). De hecho, es uno de los pilares básicos señalados en el reciente documento de la OMS de prevención del suicidio (OMS, 2014).
- Provisión a los profesionales de Atención Primaria del documento-recurso para la consulta "Riesgo suicida y conducta suicida: evaluación e intervención en Atención Primaria" (2016), basado en la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (MSSSI, 2012).
- Promoción de la línea de investigación dedicada a la conducta suicida.

## 3. Posibles factores causales

Dado que la conducta suicida es multifactorial, no es posible atribuir con seguridad que determinados factores de riesgo sean los factores subyacentes clave de las tasas de suicidio superiores en Canarias, respecto al conjunto de España. Sin embargo, pueden evaluarse algunos factores de riesgo considerados de especial relevancia según los hallazgos científicos disponibles.

### 3.1. Trastornos mentales. Depresión.

En los estudios de autopsia psicológica, se ha establecido la presencia de trastornos mentales en alrededor del 90% de los casos. Dentro de los trastornos mentales, la **depresión** es el trastorno mental

más comúnmente asociado con la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general (MSSSI, 2012). La OMS asume que entre el 65-90% de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión (OMS 2002; citado por MSSSI, 2012).

En la Encuesta Europea de Salud en España (INE, 2014), se evaluó la presencia de “cuadro depresivo mayor” y “otros cuadros depresivos” activos, en mayores de 15 años, a través del “Patient Health Questionnaire PHQ-8”. Mientras que en España las prevalencias fueron de 3,52% y 3,84% respectivamente, en Canarias fueron de 5,73% y 4,72% respectivamente. En cuanto al “cuadro depresivo mayor”, Canarias fue la Comunidad con la segunda mayor prevalencia de España. Teniendo en consideración ambos tipos de depresiones, Canarias fue la 4ª Comunidad con mayor prevalencia.

En la Encuesta de Salud de Canarias (2015), hasta el 25,1% de la población mayor de 16 años refirió ansiedad o depresión, a través de la escala EQ-5D-5L.

Por último, según datos de Atención Primaria (SIAP-SCS, 2016) en el año 2016 había 140.271 pacientes con diagnóstico de depresión, lo que representa el 6,67% de la población. La mayor parte de estos corresponden al diagnóstico de episodio depresivo (89,9%).

### 3.2. Consumo de tóxicos

El consumo de alcohol y otros tóxicos se comporta no solo como factor de riesgo sino también como factor precipitante (MSSSI, 2012). Los trastornos relacionados con el alcohol y otros tóxicos son frecuentes en las personas que se suicidan, y pueden exacerbar factores de riesgo o interactuar con la depresión, de forma que se incrementa el riesgo de conductas suicidas (Turecki y Brent, 2016).

Según los Informes del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España - Estadísticas) (MSSSI 2013, 2015, 2016), Canarias ha sido la Comunidad que ha presentado las mayores tasas de “admisión a tratamiento” durante varios años. El “caso de admisión a tratamiento” se define como toda “persona admitida a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de una sustancia psicoactiva en un centro de tratamiento por primera vez en un año determinado, en una Comunidad o ciudad autónoma del estado español”. En la tabla 2 se muestra las tasas de Canarias y España. El último año del que se disponen datos es el 2014, que se muestra en el informe de 2016.

**Tabla 2. Tasas de “admisión a tratamiento” por consumo de sustancias psicoactivas en España y Canarias**

	2011	2012	2013	2014
<b>España</b>	106,50	105,4	110,22	104,94
<b>Canarias</b>	173,13	194,60	202,30	181,59

Tasas por 100.000 habitantes y año.

Fuentes: Informes del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España - Estadísticas).

Por lo tanto, tanto la depresión como los trastornos relacionados con el consumo de tóxicos pueden ser factores de riesgo clínicos de especial relevancia en la conducta suicida en Canarias, dado la importancia que tienen como factores de riesgo suicida y la alta prevalencia que presentan en Canarias, en comparación con España.

### 3.3. Factores sociofamiliares, económicos y ambientales

Entre estos factores, se han asociado a mayor riesgo suicida el estado civil de soltero o divorciado, la viudedad, vivir solo, carecer de apoyo social, la pérdida de empleo, la pobreza, y el bajo nivel educativo (MSSSI, 2012).

Por su parte, las situaciones estresantes como pérdidas personales (divorcio, separación, muertes), pérdidas financieras (pérdidas de dinero o de trabajo), y problemas legales y acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales), pueden ser desencadenantes de una conducta suicida en personas que presentan otros factores de riesgo (MSSSI, 2012).

Otro factor de riesgo lo constituye la exposición a casos de suicidio cercanos o a noticias o informaciones sobre suicidio en los medios de comunicación (efecto “contagio” o Werther) con determinadas características, que deben evitarse (OMS, 2000).

Este tipo de factores no son modificables desde el ámbito sanitario. Sin embargo, para el factor de efecto contagio puede producirse una colaboración entre las instituciones sanitarias y los medios de comunicación para evitar este efecto, o cuando menos reducirlo.

A continuación (tabla 3) se muestra una comparativa de los factores sociofamiliares y económicos entre Canarias y España, correspondientes a los años 2013 - 2015:

**Tabla 3. Factores sociofamiliares y económicos. Comparativa entre España y Canarias**

	<b>España</b>	<b>Canarias</b>
<b>Paro (2015)<sup>1</sup></b>	22,06%	29,11%
<b>Número de personas con las que contaría en caso de necesidad; más de cinco (2014)<sup>2</sup></b>	38,35%	24,73%
<b>Número de personas con las que contaría en caso de necesidad; ninguna (2014)<sup>2</sup></b>	1,01%	1,65%
<b>Nivel de interés de otras personas por lo que le pasa; mucho (2014)<sup>2</sup></b>	84,67%	94,35%
<b>Renta anual neta media por hogar (2013)<sup>3</sup></b>	26.154€	21.539€
<b>Renta anual neta media por persona (2013)<sup>3</sup></b>	10.391€	8.302€
<b>Gasto medio por persona (2014)<sup>3</sup></b>	10.759,37€	8.905,87€
<b>Nivel de estudios; analfabetismo (2016)<sup>4</sup></b>	1,7%	1,9%
<b>Nivel de estudios; estudios primarios incompletos (2016)<sup>4</sup></b>	6,3%	7,4%
<b>Nivel de estudios; educación superior (2016)<sup>4</sup></b>	28,1%	24,2%
<b>Tasa por 1.000 habitantes de nulidades, separaciones y divorcios (2015)<sup>5</sup></b>	2,2	2,4

Fuentes: 1. INE. España en cifras 2015. ISTAC. Canarias en cifras 2015. 2. Encuesta europea de salud en España. 3. Anuario estadístico España 2016. 4. INE. Encuesta de población activa 2016. Actividad, ocupación y paro. Resultados anuales. 5. INE. Nulidades, separaciones y divorcios. Tablas resumen.

A continuación (tabla 4) se presenta la serie temporal y comparativa entre Canarias y España de la tasa de nulidades, separaciones y divorcios.

**Tabla 4. Tasa por 1.000 habitantes de nulidades, separaciones y divorcios. Serie temporal 2006-2015.**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>España</b>	3,26	3,04	2,58	2,27	2,35	2,34	2,37	2,15	2,28	2,18
<b>Canarias</b>	4,32	4,05	3,28	2,83	2,72	2,86	2,87	3,02	2,63	2,43

Fuente: INE. Nulidades, separaciones y divorcios.

Como se puede observar en las tablas 3 y 4, Canarias ha mostrado cifras peores respecto a España en cuanto a paro, aspectos económicos, nivel de estudios y nulidades, separaciones y divorcios. El nivel de apoyo social también fue peor en Canarias (si bien la impresión subjetiva del interés de otras personas por los problemas personales, fue mejor respecto al de España). Todos ellos se han señalado como factores de riesgo de la conducta suicida.

## Bibliografía

Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernández A, Serrano-Blanco A, et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. Med Clin (Barc). 2007; 129(13): 494-500.

Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA 2005;294(16):2064-74.

INE. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2015. España en cifras 2015. Recuperado a partir de: [http://www.ine.es/prodyser/espa\\_cifras/2015/files/assets/common/downloads/publication.pdf](http://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2015/files/assets/common/downloads/publication.pdf)

INE. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Encuesta de Salud Europea en España 2014: Recuperado a partir de: [https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc\\_Eur\\_Salud\\_en\\_Esp\\_2014\\_datos.htm](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014_datos.htm)

INE. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Nulidades, separaciones y divorcios. Tablas resumen. Recuperado a partir de: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=1622&capsel=1625>

INE. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2016. Encuesta de población activa 2016. Actividad, ocupación y paro. Resultados anuales. Recuperado a partir de: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=811&capsel=817>

INE. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2016. Anuario Estadístico de España 2016. Recuperado a partir de: [http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuarios\\_mnu.htm](http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuarios_mnu.htm)

ISTAC. Instituto Canario de Estadística [Internet]. 2015. Canarias en cifras 2015. Recuperado a partir de: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/menu.do?uripub=urn:uuid:301ccd99-ad78-42e0-81e8-9c61c16acbbb>

ISTAC. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2015. Encuesta de Salud de Canarias. Recuperado a partir de: [http://www.gobiernodecanarias.org/istac/temas\\_estadisticos/sociedad/salud/estadodesalud/C00035A.html](http://www.gobiernodecanarias.org/istac/temas_estadisticos/sociedad/salud/estadodesalud/C00035A.html)

MSPSI. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Madrid: MSPSI; 2012.

MSSSI. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Estadísticas 2013. Recuperado a partir de: [http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/3\\_Estadisticas\\_2013.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/3_Estadisticas_2013.pdf)

MSSSI. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. 2015. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Estadísticas 2015. Recuperado a partir de: [http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/ESTADISTICAS\\_2015.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/ESTADISTICAS_2015.pdf)

MSSSI. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. 2016. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Estadísticas 2016. Recuperado a partir de: [http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016\\_ESTADISTICAS\\_OEDT.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016_ESTADISTICAS_OEDT.pdf)

OMS. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2000. Prevención del suicidio un instrumento para profesionales de los medios de comunicación. Recuperado a partir de: [http://www.who.int/mental\\_health/media/media\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf)

OMS. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2014. Prevención del suicidio. Un imperativo global. Recuperado a partir de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1)

Oyesanya M, López-Morinigo J, Dutta R. Systematic review of suicide in economic recession. World J. Psychiatry 2015; 5(2): 243-54.

Parmar D, Stavropoulou C, Ioannidis JP. Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review. BMJ. 2016;354:i4588.

SIAP-SCS. Sistema de Información de Atención Primaria. Servicio Canario de la Salud. 2016.

Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. Lancet. 2016; 387(10024): 1227-39.

## OBJETIVOS Y ACCIONES

### OBJETIVO GENERAL

**Reducir la tasa de suicidio, intentos de suicidio y autolesiones en Canarias, mediante mejoras en las actuaciones sobre la población y en la atención a los pacientes con riesgo suicida, en términos de prevención, detección precoz, intervención, seguimiento y coordinación.**

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.** Disponer de un programa de prevención de la conducta suicida en Canarias, que contenga un análisis de la situación periódico sobre las conductas suicidas en Canarias y cuyo contenido tome como base lo propuesto en esta línea estratégica del Plan de Salud Mental de Canarias.

#### Actividades

- 1.1. Creación efectiva de un grupo de trabajo orientado a la planificación, desarrollo y coordinación de un programa de prevención de la conducta suicida en Canarias.
- 1.2. Realización de informes detallados epidemiológicos sobre la conducta suicida en Canarias, con periodicidad anual.
- 1.3. Elaboración del Programa de prevención de la conducta suicida en Canarias.

**Objetivo específico 2.** Realizar acciones de carácter preventivo en la población sobre la conducta suicida.

#### Actividades

- 2.1. Coordinación y colaboración entre el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y la DG de Salud Pública para las acciones dirigidas a la población para la reducción de la conducta suicida.
- 2.2. Realización de campañas de prevención de la conducta suicida, dirigidas a la población.
- 2.3. Realización de campañas sobre fortalecimiento de factores protectores, dirigidas a la población.
- 2.4. Realización de página web sobre conducta suicida, con información útil para la prevención del suicidio y recursos disponibles.
- 2.5. Reducción o restricción del acceso a los medios letales.
- 2.6. Coordinación y colaboración entre el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y la DG de Salud Pública por una parte, y otros órganos autonómicos y otras administraciones públicas, por otra, para las acciones dirigidas a la población para la reducción de la conducta suicida.
- 2.7. Desarrollar actividades de formación en habilidades de afrontamiento y manejo de estrés en adolescentes y jóvenes.
- 2.8. Desarrollar actividades específicas para la atención a los familiares y allegados de personas que se han suicidado.

### Objetivo específico 3. Formar y sensibilizar a colectivos profesionales claves no sanitarios.

#### Actividades

- 3.1. Realización de actividades formativas y de sensibilización dirigidas a los profesionales de los medios de comunicación, centrados en las recomendaciones internacionales para el tratamiento de las noticias relacionadas con el suicidio en los medios de comunicación.
- 3.2. Realización de actividades formativas dirigidas a orientadores escolares, docentes, educadores sociales, mediadores sociosanitarios (trabajadores sociales, educadores, animadores socio-culturales, etc.), técnicos del 112, fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, cuerpo de bomberos y otras figuras significativas en el entorno de personas en riesgo.

### Objetivo específico 4. Mejorar la formación de los profesionales sanitarios sobre la conducta suicida.

#### Actividades

- 4.1. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales de las redes de Salud Mental y de Atención a las Drogodependencias.
- 4.2. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales de Atención Primaria.
- 4.3. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales del 112 y Servicios de Urgencias hospitalarios.
- 4.4. Realización de actividades formativas dirigidas a farmacéuticos.

### Objetivo específico 5. Mejorar la actuación clínica en situaciones específicas de riesgo y complejidad.

#### Actividades

- 5.1. Elaboración de un protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarios.

*Nota:* El ámbito del protocolo no será global en cuanto a la evaluación e intervención, ya que la amplitud de las variables y factores implicados hace recomendable la evaluación y toma de decisiones de forma individualizada, cuyos marcos principales de referencia son el juicio clínico y las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica. Sin embargo, sí se incluirán aspectos específicos implicados en el proceso de atención y actuación en el paciente con riesgo suicida. Sin perjuicio de la inclusión de más aspectos que se consideren necesarios, se incluirán al menos los siguientes: cribado y clasificación inicial en el Servicio de Urgencias, medidas de seguridad (como el registro y retirada de objetos potencialmente dañinos) y las indicaciones de contención mecánica.

- 5.2. Elaboración de un protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida ingresado en Unidades de internamiento psiquiátrico.
- 5.3. Elaboración de un protocolo único de actuación en el paciente menor de edad con riesgo suicida.
- 5.4. Creación de una "línea de crisis" para la ayuda y asesoramiento telefónico inmediato de personas en riesgo de suicidio.
- 5.5. Planificación y estudio de viabilidad de una Unidad de Internamiento Ultrabreve por provincia para pacientes con riesgo suicida considerable e incierto. Debe incluir un estudio funcional, desarrollo de plan funcional y criterios de derivación e ingreso.

**Objetivo específico 6.** Mejorar la coordinación intra e interinstitucional relativa a los pacientes con riesgo suicida o conductas suicidas.

**Actividades**

- 6.1. Elaboración de un protocolo único de coordinación intrainstitucional para el paciente con riesgo suicida o conducta suicida.
- 6.2. Elaboración de un protocolo único de coordinación interinstitucional sobre la actuación en el paciente con riesgo suicida o conducta suicida, en el que participen los profesionales sanitarios (Atención Primaria, Salud Mental, Drogodependencias, 112, servicios de urgencias hospitalarios) y profesionales clave no sanitarios (fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, ámbito de justicia y ámbito de menores).

# LÍNEA ESTRATÉGICA 3: ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES

## 3.1. PERSPECTIVA TRANSVERSAL

### ANÁLISIS DE SITUACIÓN

---

#### 1. Introducción

La atención a la salud mental debe basarse en el Modelo Comunitario. Lo comunitario es la antítesis de los espacios cerrados socialmente (modelo institucional) y fomenta el trabajo en contextos basados en los vínculos sociales. Propone un modelo para abordar integralmente las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. Se basa en la continuidad de cuidados y en la coordinación.

La sectorización territorial provee el marco estructural y organizativo del Modelo Comunitario y constituye la base para el establecimiento de una coordinación eficaz. Supone la existencia de tres elementos: un área de cobertura delimitada geográficamente, una sola dirección-gerencia que coordine la red de recursos sociosanitarios y la existencia de una red de servicios suficiente para dar respuesta a todas las necesidades en materia de salud mental de toda la población residente en el área.

Esta red de servicios, basada en acuerdos de funcionamiento integrado entre los servicios de salud mental, la atención primaria y los servicios sociales y empleo, es otra de las bases para una coordinación efectiva, donde se tenga en cuenta a todos los agentes implicados en la atención a la salud mental. Requiere un contacto fluido entre los integrantes de la red, compartir valores, objetivos y estrategias, una asignación clara de responsabilidades y de competencias y un lenguaje común.

Los equipos multidisciplinares constituyen la infraestructura básica del Modelo Comunitario de atención a la salud mental. El equipo integra, al menos, a psiquiatras, psicólogos clínicos, profesionales de enfermería y trabajo social, que, junto con otros profesionales de salud mental y el necesario apoyo administrativo y logístico, constituyen el equipo básico.

Asimismo, deben existir equipos especializados dedicados a la salud mental de colectivos concretos, como los equipos de atención a la salud mental infanto-juvenil, de atención a las personas con trastorno de personalidad, a las personas mayores, de las personas con problemas asociados al consumo de sustancias y otras adicciones, o también con funciones comunitarias específicas, tales como la rehabilitación o el tratamiento asertivo comunitario.

Una red comunitaria debe proporcionar un conjunto de prestaciones que integre aspectos de tratamiento biológico y psicosocial, de rehabilitación, de cuidados y apoyo en colaboración con otras instituciones sanitarias y no sanitarias.

Para garantizar un sistema sociosanitario de calidad es preciso que exista un desarrollo óptimo en la cartera de servicios de los equipos de atención primaria, de los equipos de salud mental, así como de los recursos de atención social y de empleo. Además, se requiere la definición de procesos de trabajo conjunto entre los profesionales de todos los niveles asistenciales.

Las prestaciones de esta cartera deberían responder a estas necesidades:

- Detección e intervención precoces.
- Provisión del tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico adecuado.
- Actuación sobre los aspectos psicológicos y sociales que influyen sobre el curso evolutivo.

- Funcionamiento asertivo y proactivo en busca de la necesidad, no mera atención a la demanda.
- Atención disponible en los lugares y horarios más convenientes.
- Intervenciones psicoeducativas con las familias.
- Disponibilidad de las plazas necesarias.
- Provisión de recursos de rehabilitación.
- Provisión de cuidados, acompañamiento y apoyo en el entorno comunitario, para la recuperación del proyecto de vida.

La red de atención comunitaria se desarrolló inicialmente para atender a los pacientes con trastornos mentales graves, es decir, trastornos discapacitantes de larga evolución que requieren atención multidisciplinar. Este debe seguir siendo el objetivo fundamental de la Red de Salud Mental. Sin embargo, con el paso del tiempo, la demanda de atención a los trastornos mentales comunes ha ido creciendo y desbordando la capacidad de respuesta de los equipos. En los países con sistema nacional de salud, la mayor parte de estos problemas se atienden y se resuelven en el nivel de atención primaria. Este debe ser también el objetivo en nuestra comunidad autónoma.

En el momento actual el enfoque en salud mental debe y puede cambiar dejando atrás el modelo más asistencialista y/o paternalista, tanto desde la perspectiva de atención sanitaria, como la social y laboral, y que se centre en la recuperación de la persona. Además, las personas con trastorno mental deben tener participación en su propio proceso de recuperación terapéutico.

## 2. Matriz DAFO

### 2.1. Análisis interno: debilidades

- Déficit de programas en promoción y prevención en Salud Mental.
- Déficit en programas de atención comunitaria: intervención en crisis, atención domiciliaria y de grupos de riesgo.
- Baja morbilidad atendida respecto a la morbilidad real.
- Deficiente organización y coordinación de la Red de Salud Mental, con propuestas de solución individualizadas.
- Áreas geográficas de trabajo dispersas y aún con necesidades de recursos.
- Marcada heterogeneidad en los objetivos, funcionamiento y resultados entre los diferentes centros de la Red de Salud Mental y elevada variabilidad en la práctica clínica, por la carencia de cultura de calidad y evaluación.
- Insuficiente desarrollo y utilización de guías de práctica clínica, así como ausencia de protocolos de atención por procesos.
- Problemas de integración interna en equipos, carencia de identidad, trabajo en equipo mejorable.
- Unidades multiprofesionales aún incompletas.
- Sistemas de información con margen de mejora y ampliación.
- Inadecuada y/o insuficiente coordinación de los servicios sanitarios con los recursos sociales y laborales.
- Carencia de información sobre la situación de las listas de espera para los diferentes

recursos de atención social y laboral, necesidad de una lista de espera unificada y accesible que permita que las personas puedan conocer el estado de su solicitud con transparencia.

- Sistema de acceso a los recursos, no unificado, con criterios de derivación y acceso a los recursos sociales basado en la discapacidad y/o dependencia y no en las necesidades y capacidades de la persona y su situación individual.
- Enfoque asistencialista en la atención en la red de recursos sociales, así como enfoque conservador y proteccionista en la red de recursos orientados al empleo.
- Desconocimiento de la red de recursos sociolaborales por parte de los equipos sanitarios y desconocimiento del funcionamiento de la red sanitaria de salud mental por parte de los equipos sociolaborales.
- Déficit de investigación clínica y epidemiológica.
- Escasa financiación de la Salud Mental respecto a los países de nuestro entorno, con dotación mejorable en recursos de infraestructuras, materiales y recursos humanos en la red sanitaria de salud mental y en la red de atención social y laboral.

## **2.2. Análisis interno: fortalezas**

- Buena disposición por parte de los recursos humanos.
- Importante posibilidad de mejora y cambio (percibida por los equipos).
- Red de Atención Primaria bien desarrollada.
- Trabajo con Historia Clínica Informatizada.
- Atención sectorizada geográficamente.
- Equipos multidisciplinares.
- Conciencia de pertenencia de profesionales a la organización.
- Implicación por parte del movimiento asociativo en la mejora de la red de recursos de atención a la salud mental.
- Profesionalización de los recursos humanos de la red de atención sociolaboral.

## **2.3. Análisis del entorno: amenazas**

- Estigma del trastorno mental.
- Aumento de la demanda del Trastorno Mental Común en detrimento del Trastorno Mental Grave.
- Envejecimiento de la población.
- Entorno social competitivo y consumista como factor de riesgo.
- Cambios sociales en el núcleo familiar.
- Cultura de la medicalización: "malestar tratable" y excesivo gasto farmacéutico en relación con la escasa inversión psicoterapéutica y para el desarrollo de la red de recursos de atención sociolaboral.
- Escasez de profesionales especializados en el mercado.
- Desajuste entre lo planificado y lo financiado.
- Priorización insuficiente de la salud mental en la agenda política.

- Escasos recursos para la integración laboral.
- Escaso nivel de desarrollo socioeconómico y sanitario de Canarias.
- Insuficiente colaboración del sistema sanitario para cooperar a través de redes y protocolos de trabajo conjunto.
- Puesta en marcha de planes y estrategias a nivel regional, insular y municipal que podrían generar duplicidad de líneas de trabajo.
- Inadecuado seguimiento de la iniciativa privada.

#### **2.4. Análisis del entorno: oportunidades**

- Inicio de la recuperación económica.
- Iniciativa por parte del Servicio Canario de la Salud para la elaboración del Plan de Salud Mental de Canarias.
- Sensibilidad social y política creciente hacia la Salud Mental.
- Coordinación de diversos departamentos del Gobierno de Canarias.
- Red amplia de recursos sociales y laborales.
- Papel del movimiento asociativo en primera persona como asesores y garantes de sus derechos y de otros grupos de interés en salud mental.
- Papel de los medios de comunicación en ciertos temas de salud mental.
- Posibilidad de contar con nuevos recursos de inserción sociolaboral.
- Enfoque y desarrollo de acciones dentro del Sistema Público de Servicios Sociales (SPSS).
- Nuevos enfoques de atención a la salud mental en los que se favorece la participación de las personas afectadas y prima el refuerzo de la red social de la persona con trastorno mental grave.
- Posibilidad de tomar otros modelos, experiencias y buenas prácticas en la atención a la salud mental.

## OBJETIVOS Y ACCIONES

### OBJETIVO GENERAL

Atender de forma integral a las personas con trastorno mental, mediante una atención caracterizada por su equidad, accesibilidad, calidad, continuidad, efectividad y eficiencia, que contemple asimismo la diversidad y los requerimientos específicos de cada persona.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.** Establecer un modelo de atención de calidad en el cual las personas con trastorno mental sean el eje central, mediante el uso de buenas prácticas, el respeto de su autonomía, derechos, dignidad, en un contexto de toma de decisiones compartida.

#### Actividades

- 1.1. Promover la adscripción en la práctica clínica, a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) sobre trastornos mentales, mediante actividades de promoción y formación.
- 1.2. Favorecer la implicación de la persona con trastorno mental en el tratamiento, realizando actividades de sensibilización y formación a los profesionales sanitarios acerca de la toma de decisiones compartida.

**Objetivo específico 2.** Mejora de la detección y abordaje de los trastornos mentales en Atención Primaria.

#### Actividades

- 2.1. Desarrollar un programa de colaboración entre equipos de Atención Primaria y Salud Mental. Esta colaboración se establecerá preferentemente a través de modelos de atención compartida y a través del desarrollo de estrategias de enlace. Es necesario:
  - La figura del coordinador de cada USMC como figura de enlace para facilitar la comunicación entre ambos equipos.
  - Colaboración entre Salud Mental y Atención Primaria para el establecimiento y acuerdo de documentos de referencia, que contengan los principios básicos del abordaje de los trastornos mentales en Atención Primaria.
  - Diseñar estrategias efectivas de comunicación y cooperación entre los profesionales de Atención Primaria y Salud Mental mediante medios tradicionales (informes escritos, vía telefónica, reuniones) y los basados en las nuevas tecnologías (interconsulta virtual, videoconferencia y páginas web), favoreciendo el establecimiento de la Interconsulta asistencial docente y las sesiones clínicas para la derivación de casos.

**Objetivo específico 3.** Mejora de la prescripción de psicofármacos, de tal forma que esté acorde a las recomendaciones nacionales e internacionales, y control del gasto por psicofármacos.

#### Actividades

- 3.1. Desarrollar estrategias y actividades para aumentar la calidad, efectividad, seguridad y disminuir la variabilidad de los tratamientos farmacológicos, de forma que se sigan los criterios del uso racional del medicamento.
- 3.2. Realizar cursos de formación sobre uso racional de psicofármacos en Atención Primaria.

---

3.3. Realización de actividades de formación para un uso racional de los fármacos a los profesionales de la psiquiatría.

---

3.4. Realización de campañas de sensibilización para un uso racional de los fármacos dirigidas a las personas con trastorno mental y/o población general.

---

#### **Objetivo específico 4. Mejorar la atención en las USMC.**

##### **Actividades**

4.1. Valoración de las derivaciones de Atención Primaria mediante un procedimiento estandarizado, con asignación de profesional o profesionales responsables.

---

4.2. Implementar un sistema de recordatorio de consultas, común para Canarias, para disminuir el absentismo a las consultas de las USMC.

---

4.3. Implementar un conjunto de medidas dirigidas a la reducción de la inasistencia y los abandonos en pacientes con TMG, y a las intervenciones necesarias en caso de producirse.

---

4.4. Dotar de recursos materiales e informáticos necesarios para el correcto funcionamiento de la USMC.

---

4.5. Dotar a las USMC de un número de profesionales adecuado a la población de referencia.

---

4.6. Mejorar la atención a los familiares de pacientes con trastornos mentales graves para mejorar su capacidad de contribuir a su atención, facilitando asimismo, la colaboración de sus cuidadores informales cuando los hubiere. Promover la participación de los familiares en el proceso de recuperación de la persona.

---

#### **Objetivo específico 5. Realizar una atención a las urgencias psiquiátricas en Canarias que cumpla con estándares de seguridad y calidad, tanto por funcionamiento como por recursos estructurales y materiales.**

##### **Actividades**

5.1. Realización de análisis de la situación específico sobre las urgencias psiquiátricas en Canarias, que refleje la situación actual y las posibles deficiencias respecto a los estándares recomendados en el Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias y en documentos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, sobre esta área.

---

5.2. Puesta en marcha de acciones necesarias para la mejora de los recursos estructurales, dotación material y de personal, de los Servicios de Urgencias de Canarias, en lo concerniente a la salud mental, que se hayan detectado como insuficientes o mejorables.

---

5.3. Creación (en las infraestructuras hospitalarias existentes o en los Servicios de Urgencias de nueva creación) de circuitos diferenciados para pacientes con trastorno mental, atendiendo a sus características como pacientes especialmente vulnerables. Estos circuitos deberán disponer al menos de:

- Área de entrevista que garantice el derecho a la intimidad y privacidad del paciente, en condiciones no perturbadoras ni que puedan ser percibidas como amenazantes.
  - Área de Observación específica, emplazada e integrada dentro del propio Servicio de Urgencias, pero que reúna las características necesarias para garantizar la protección psicofísica de estos pacientes.
  - Box específico de contención mecánica: aislado del resto de pacientes, con medios y estructura que permitan la observación.
- 

5.4. Dotar a los Servicios de Urgencias hospitalarios de medidas de seguridad, tanto para los profesionales sanitarios como para los propios pacientes.

---

---

5.5. Atención a las personas con trastornos mentales por parte de personal de enfermería específico con experiencia y/o formación en el campo de la salud mental; preferentemente especialistas en salud mental.

---

5.6. Realización de un protocolo único en Canarias sobre la actuación en situaciones de agitación psicomotriz.

*Observaciones:*

- La realización de un protocolo único no es per se excluyente de las posibles especificidades de los diferentes hospitales, las cuales se podrían contemplar en este documento.
  - La contención física y las medidas tipo protocolo que en torno a esta se determinen, se incluyen en el concepto más amplio de la actuación ante el paciente con agitación psicomotriz.
- 

5.7. Realización de un protocolo único en Canarias sobre la actuación en situaciones de involuntariedad.

*Observaciones:*

- La realización de un protocolo único no es per se excluyente de las posibles especificidades de los diferentes hospitales, las cuales se podrían contemplar en este documento.
  - Se incluirán en este documento las medidas ante los abandonos del servicio y la actuación ante estas, en virtud de los aspectos clínicos y legales que conciernan.
- 

5.8. Realización de un protocolo único en Canarias sobre la actuación ante el paciente con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarios.

*Observaciones:*

- La realización de un protocolo único no es per se excluyente de las posibles especificidades de los diferentes hospitales, las cuales se podrían contemplar en este documento.

**Objetivo específico 6.** Mejorar la gestión de los dispositivos y los procesos relacionados directamente con la atención a los pacientes con trastorno mental.

#### Actividades

6.1. Definir procedimientos y mapas de procesos para los principales trastornos tratados en la Red de Salud Mental.

---

6.2. Realizar actividades formativas dirigidas a profesionales de la Red de Salud Mental sobre la Gestión por Procesos.

---

6.3. Elaborar y/o actualizar planes funcionales en cada uno de los dispositivos de la Red de Salud Mental.

---

**Objetivo específico 7.** Promover e integrar las figuras del “paciente experto” y “familiar experto” en la Red de Salud Mental de Canarias.

#### Actividades

7.1. Conformación de grupo de trabajo para el establecimiento de un modelo de referencia sobre el “paciente experto” y “familiar experto” en la Red de Salud Mental de Canarias.

*Nota:* El grupo de trabajo contará, de forma indispensable, con la representación de pacientes y familiares a través de Asociaciones.

---

---

7.2. Puesta en marcha de actividades de divulgación sobre “paciente experto” y “familiar experto”, con carácter autonómico.

---

7.3. Puesta en marcha de actividades de formación de pacientes y profesionales sobre “paciente experto” y “familiar experto”, con carácter autonómico.

---

## 3.2. TRASTORNO MENTAL GRAVE

### ANÁLISIS DE SITUACIÓN

---

#### 1. Contexto

La atención a las personas con enfermedad grave es y debe ser una prioridad de todos los sistemas sanitarios públicos, incluyendo los Servicios de Salud Mental. En las últimas décadas hemos asistido a una evolución de los sistemas sanitarios en España y en el conjunto de países del entorno, fruto de una profunda reflexión en la búsqueda de estrategias para mantener y mejorar la efectividad de dichos sistemas. Debemos además asegurar la eficiencia del sistema, de modo que se garantice la sostenibilidad de la Sanidad Pública en España. Todo ello debe hacerse respetando principios básicos de nuestro sistema sanitario como el derecho a la salud, el principio de universalidad, la equidad de las prestaciones sanitarias y, más recientemente, también de las prestaciones sociales, desde la promulgación de la conocida como Ley de Dependencia.

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 (MSPSI, 2011) ha sido un marco de referencia para la planificación de la Salud Mental en las Comunidades Autónomas, incluida Canarias. El Plan de Salud de Canarias 2016-2017, recoge en sus líneas estratégicas el apartado específico II.3 para Salud Mental, siendo una de sus prioridades, la II.3.1, la Atención a las personas con TMG.

Según los datos de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (MSC, 2007), entre el 2,5% y el 3% de la población adulta a nivel mundial tiene un Trastorno Mental Grave. Esto supone más de un millón de personas en España. Para Canarias, el 2,5% de 1.742.605 habitantes según datos de 2016 (ISTAC, 2016), equivale a 43.565 personas.

#### 2. Definición de Trastorno Mental Grave

Cualquier definición debe contemplar actualmente tres dimensiones: diagnóstico clínico, duración del trastorno (cronicidad, es decir, una evolución mayor a dos años) y nivel de discapacidad social, familiar y laboral de la persona afectada.

En este documento, tomaremos la definición del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH, 1987), que define el Trastorno Mental Grave (TMG) como “un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”.

Para resultar operativa, esta definición debe concretarse en una serie de categorías diagnósticas, criterios temporales, naturaleza de los síntomas, alteración del comportamiento y afectación de la funcionalidad. La concreción que se muestra a continuación es la recomendada previamente (MSPS, 2009). Así, incluiremos en este conjunto todos los trastornos psicóticos, salvo los orgánicos. Todas las categorías diagnósticas incluidas en TMG tienen la consideración de psicóticas, en sentido amplio; no sólo por la presencia de síntomas positivos y negativos, sino también por un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad. En cuanto a la duración, se ha utilizado como criterio para establecer el TMG una evolución del trastorno de 2 años o más, o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación) aunque remitan los síntomas. El criterio de duración del trastorno

intenta centrarse en el grupo de personas que presentan trastornos de duración prolongada y descartar los casos que, aunque puedan presentar síntomas o diagnósticos de gravedad, aún tienen un tiempo corto de evolución y por tanto un pronóstico todavía no muy claro. Se incluirá a las personas que cumplen los criterios diagnósticos de por lo menos una de las siguientes categorías diagnósticas de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992):

- Trastornos esquizofrénicos (F20.x).
- Trastorno esquizotípico (F21).
- Trastornos delirantes persistentes (F22).
- Trastornos delirantes inducidos (F24).
- Trastornos esquizoafectivos (F25).
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29).
- Trastorno bipolar (F31.x).
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3).
- Trastornos depresivos graves recurrentes (F33.2 y F33.3.).
- Trastorno de personalidad (F.60.0. paranoide, F60.1. esquizoide, F60.3. límite) grave.
- Trastorno obsesivo compulsivo (F42) grave.

Respecto a la relación de diagnósticos propuesta previamente (MSPS, 2009), es similar, si bien contiene dos diferencias. Se ha incluido aquí la categoría de los Trastornos de personalidad graves para los subtipos paranoide, esquizoide y límite. Por su parte, se ha circunscrito la categoría Trastorno Obsesivo Compulsivo únicamente al grave.

### **3. Morbilidad asistida y actividad asistencial**

El hecho de que el TMG constituya un conjunto heterogéneo que engloba a diversos subgrupos diagnósticos dentro de las categorías principales de codificación de la CIE-10, y que implica diversas características clínicas, dificulta la obtención de los datos y su interpretación.

Según datos del RECAP referidos a Canarias durante el año 2016, en las consultas realizadas por Psiquiatría el grupo diagnóstico que se atendió más frecuentemente fue el F3, con 28.640 consultas; y en segundo lugar el F2, con 26.540 consultas. En las consultas de Psicología el grupo diagnóstico con más consultas fue el F4, con 34.209 consultas, seguido del F3, con 13.769 consultas; el grupo F2 ocupa el quinto lugar, con 3.131 consultas. En las consultas de Enfermería el grupo diagnóstico mayoritario fue el F2 con 53.146 consultas, seguido del F3, con 10.550 consultas. A la vista de estos datos, puede concluirse que los profesionales que dedican más tiempo a las personas con TMG son los enfermeros. Los psiquiatras comparten mayormente su tiempo en TMG y trastornos depresivos. Por último, los psicólogos son los profesionales que menos atienden a las personas con TMG.

El grupo diagnóstico con mayor número de pacientes que asistieron a consultas en Salud Mental durante 2016 fue el F4 (16.760 pacientes), seguido del F3 (11.820 pacientes) y el F2 (8.393 pacientes). En el 2015, el número de pacientes con diagnóstico registrado de esquizofrenia atendidos en Atención Primaria en Canarias fue de 11.585, con lo cual podríamos concluir que hay un grupo importante de pacientes con TMG que no están recibiendo atención especializada, al menos en el circuito público. Además, existen pacientes no atendidos y aún no diagnosticados, atendidos y

no diagnosticados, diagnosticados pero sin un registro adecuado (si bien en número reducido, al existir índices de calidad del registro en el RECAP), o diagnosticados pero sin atención sanitaria del Servicio Canario de la Salud y atendidos desde sus correspondientes mutualidades. Por lo tanto, estamos ante una población difícil de delimitar, no solo por la heterogeneidad diagnóstica y criterios clínicos que difícilmente pueden registrarse, sino por las múltiples situaciones en las que pueden encontrarse.

El número medio de consultas en Psiquiatría a lo largo del año 2016 en Canarias por diagnóstico fue de 3,42 para F2 y 2,90 para F3. Por su parte, el número medio de consultas de Psicología en los pacientes de F2 fue de 4,24 consultas, y en el grupo de F3, de 3,61 consultas. Por último, enfermería atiende a los pacientes de F2 con una media de 10,75 consultas, y a los pacientes de F3 con una media de 5,47 consultas. Teniendo en consideración que los estándares de calidad establecidos en nuestra Comunidad Autónoma para la atención a las personas con diagnóstico F2 son de al menos 4 consultas al año para Psiquiatría y 12 para Enfermería, puede apreciarse que en conjunto, no se alcanzan estos estándares.

#### **4. Enfoque**

La red de atención comunitaria proporciona un abanico de prestaciones, que deben integrar todas las áreas de intervención que cada persona con TMG puede requerir de manera específica: tratamientos biológicos, psicológicos, rehabilitación psicosocial, cuidados y apoyo. Asimismo, tendrá que haber colaboración con otros recursos sanitarios y no sanitarios. La atención se prestará a una población concreta, sectorizada.

Del tipo de atención que reciban las personas con TMG dependerá en buena parte su evolución y pronóstico a medio y largo plazo, tanto en términos clínicos como de calidad de vida y protección de sus derechos. Las personas con TMG requieren abordajes complejos y de evolución prolongada en el tiempo, que incluyan: atención sanitaria directa con intervenciones biológicas, psicosociales y de rehabilitación; intervenciones sobre el medio social y de apoyo a la familia; atención intersectorial: social, laboral, educativa y judicial.

Las diferentes prestaciones se proporcionan desde distintos dispositivos que han de funcionar en red, coordinados por el equipo responsable del área sanitaria, y por ello debe optimizarse la coordinación entre los dispositivos que actúen sobre un mismo paciente.

Teniendo en cuenta el nivel de desarrollo que tenemos en Canarias de todos los aspectos anteriormente citados, proponemos una serie de necesidades de crecimiento, líneas de trabajo y mejoras organizativas en la atención de las personas con TMG y de sus familias.

#### **Bibliografía**

CIE 10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: OMS; 1992.

National Institute of Mental Health. Towards a model for a comprehensive community based mental health system. Washington DC: NIMH; 1987.

MSC. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. Madrid: MSC; 2007.

MSPS. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno

Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/05.

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

## OBJETIVOS Y ACCIONES

### OBJETIVO GENERAL 1

**Garantizar un modelo de atención comunitaria para las personas con Trastorno Mental Grave (TMG), que contemple la detección precoz, continuidad asistencial, rehabilitación psicosocial, y que se caracterice por su calidad, equidad y accesibilidad.**

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.1.** Disponer de un programa de prevención y atención a las personas con TMG, que contenga un análisis de la situación periódico y cuyo contenido tome como base lo propuesto en esta línea estratégica del Plan de Salud Mental de Canarias.

#### Actividades

1.1.1. Creación efectiva de un grupo de trabajo para el desarrollo del Programa de prevención y atención a las personas con TMG.

*Nota:* El grupo de trabajo para su elaboración será multidisciplinar y contará al menos con profesionales de la Red de Salud Mental, Atención Primaria, Dirección General de Salud Pública y la Dirección General de Programas Asistenciales, y estará coordinado por esta última.

**Objetivo específico 1.2.** Garantizar que la atención a la persona con TMG sea continuada, integral y multidisciplinar, evitando la variabilidad en los circuitos y prácticas clínicas.

#### Actividades

1.2.1. Elaborar e implantar un modelo organizativo de mapas de gestión por procesos, denominado "Proceso Asistencial del Trastorno Mental Grave" (PATMG).

*El PATMG tendrá las siguientes características:*

- Describirá el circuito de atención a través de los dispositivos de Salud Mental, una vez hecho el diagnóstico de sospecha de TMG.
- Incluirá la atención multidisciplinar (psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, auxiliar de enfermería, terapia ocupacional), la promoción de citas de distintos profesionales en un mismo día (para evitar inasistencias), al mismo tiempo que se evitará que haya solapamiento en las intervenciones de distintos profesionales. Se harán recomendaciones respecto a la periodicidad de dichas intervenciones.
- Incluirá la elaboración de un Plan Individualizado de Tratamiento (PIT), revisable periódicamente, adaptado a las necesidades de la persona con TMG en cada momento, y compartido por todos los dispositivos de la Red implicados en el proceso de tratamiento y recuperación.
- Incluirá la priorización en las consultas de los pacientes con TMG, en la forma y métodos específicos que se estimen convenientes.
- Cada paciente tendrá un profesional de referencia o responsable.

1.2.2. Creación de hospitales de día para adultos.

1.2.3. Establecer un censo en Canarias, actualizado periódicamente, de la población con TMG, obtenido a partir de datos del RECAP.

**Objetivo específico 1.3.** Reducir el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico del TMG.

#### Actividades

1.3.1. Elaboración de un subprograma para la detección e intervención precoz en el TMG en psicosis incipiente y primeros episodios.

*Notas:* Este incluirá al menos los primeros episodios, psicosis incipientes y población de riesgo. Estará basado en los hallazgos científicos disponibles y tendrá una orientación basada en la continuidad intensiva durante el periodo crítico de los primeros 5 años, transversalidad y búsqueda de la remisión y la recuperación. El grupo de trabajo para su elaboración será multidisciplinar y contará con profesionales de la Red de Salud Mental, Atención Primaria, Dirección General de Salud Pública y la Dirección General de Programas Asistenciales, y estará coordinado por esta última.

1.3.2. Desarrollar las acciones contempladas en el subprograma, con un alcance autonómico.

**Objetivo específico 1.4.** Disponer de un análisis periódico sobre las necesidades de dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial de las personas con TMG en Canarias, y mejorar su accesibilidad a los recursos sociosanitarios.

#### Actividades

1.4.1. Actualización y cumplimentación de la ficha de necesidades de las personas con TMG.

1.4.2. Realización de un análisis detallado por áreas de salud, de las necesidades de dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial de las personas con TMG en Canarias.

1.4.3. Analizar la accesibilidad de las personas con TMG a plazas de rehabilitación psicosocial y plazas sociosanitarias, para el desarrollo de acciones de mejora oportunas.

**Objetivo específico 1.5.** Mejorar la adherencia terapéutica, la continuidad asistencial y de cuidados.

#### Actividades

1.5.1. Elaboración de un subprograma para la mejora de la adherencia terapéutica, continuidad asistencial y de cuidados.

*Notas:* Estará basado en los hallazgos científicos disponibles. El grupo de trabajo para su elaboración será multidisciplinar y contará con profesionales de la Red de Salud Mental, Atención Primaria y la Dirección General de Programas Asistenciales, y estará coordinado por esta última.

1.5.2. Desarrollar las acciones contempladas en el subprograma, con un alcance autonómico.

**Objetivo específico 1.6.** Adaptar la atención que se presta a las personas con TMG que pertenecen a determinados colectivos de riesgo y contemplar las necesidades diferenciales según la perspectiva de género y las diferentes etapas de la vida.

#### Actividades

1.6.1. Se desarrollarán y aplicarán programas de intervención específicos para:

- TMG en población inmigrante.
- TMG en personas en situación o riesgo de exclusión social.
- TMG en primeros episodios psicóticos.

- TMG refractario.
- TMG y discapacidad intelectual.

*Nota:* Las planificaciones correspondientes al TMG en población geriátrica, población infantojuvenil y en la mujer están descritas en sus líneas estratégicas correspondientes.

**Objetivo específico 1.7.** Reforzar y fomentar las actividades de formación continuada y de investigación sobre TMG.

#### Actividades

- 1.7.1. Incluir, en el Programa de Formación en Salud Mental, una sección específica dedicada a la formación en TMG.
- 1.7.2. Garantizar que en los seminarios y sesiones propios de cada dispositivo de Salud Mental se incluya el TMG.
- 1.7.3. Garantizar la organización de actividades de formación en TMG con una periodicidad fija, cuyo sustento principal sean los hallazgos científicos sobre efectividad de los modelos de atención o de sus elementos constituyentes.
- 1.7.4. Crear un grupo de investigación centrado en el TMG.

## OBJETIVO GENERAL 2

**Establecer un modelo de atención en el cual las personas con TMG y sus familiares sean el eje central, en un contexto de respeto a la autonomía y de toma de decisiones compartida.**

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 2.1.** Mejorar la satisfacción de las personas con TMG y sus familias, mediante el uso de buenas prácticas, el respeto de su autonomía, derechos, dignidad, y la promoción del empoderamiento.

#### Actividades

- 2.1.1. Elaborar un documento de acogida para los diferentes dispositivos, que deberá incluir una breve información (preferentemente en material divulgativo tipo folleto) sobre los aspectos funcionales del recurso de Salud Mental al que llegue la persona con TMG, y/o su familia.
- 2.1.2. Dar visibilidad y dar a conocer la Carta de Derechos y Deberes de los usuarios, así como facilitar y orientar en el procedimiento de quejas y reclamaciones.
- 2.1.3. Adscripción a las buenas prácticas desarrolladas en el contexto español y que han demostrado su eficacia y efectividad, aludidas en la Estrategia Nacional, respetando los aspectos éticos y legales de la práctica asistencial en los procedimientos aplicados de forma involuntaria a las personas con TMG.
- 2.1.4. Integrar la figura del “paciente experto” en el modelo asistencial.
- 2.1.5. Actividades formativas dirigidas a los profesionales sanitarios para minimizar el uso de medidas restrictivas en los internamientos.

*Nota:* Entre otros aspectos, se incluirán las técnicas de desescalada verbal, técnicas de comunicación, aspectos éticos de la práctica clínica y contención farmacológica.

---

2.1.6. Actividades formativas sobre medidas alternativas a la contención, dirigidos a profesionales sanitarios de otros dispositivos y Servicios médicos externos a Salud Mental.

---

2.1.7. Actividades formativas que promuevan una filosofía de trabajo basada en el respeto a la autonomía, el empoderamiento y el modelo de toma de decisiones compartidas.

---

2.1.8. Disponer de cuestionarios de satisfacción dirigidos a pacientes y familiares, para los diferentes dispositivos de la Red, que puedan ser aplicados de forma homogénea en toda la Comunidad.

---

**Objetivo específico 2.2. Implementación en Canarias de Manifestaciones anticipadas de voluntad en Salud Mental y/o Planificación anticipada de decisiones en Salud Mental.**

2.2.1. Creación de grupo de trabajo para el estudio de la implementación en Canarias de Manifestaciones anticipadas de voluntad en Salud Mental y/o Planificación anticipada de decisiones en Salud Mental.

---

2.2.2. Estudio de las necesidades de elaboración normativa (creación o adaptación) para su implementación.

---

2.2.3. Establecer un protocolo único de actuación sobre la planificación anticipada de decisiones.

---

2.2.4. Realización de actividades formativas dirigidas a los profesionales de la Red de Salud Mental sobre las Manifestaciones anticipadas de voluntad en Salud Mental y la Planificación anticipada de decisiones en Salud Mental.

---

2.2.5. Realizar acciones de divulgación a los usuarios, de carácter autonómico.

---

**Objetivo específico 2.3. Potenciar la atención a familias de personas con TMG.**

**Actividades**

2.3.1. Actividades de intervención familiar y/o psicoeducativas para mejorar la capacidad de afrontar las crisis y prevenir las recaídas.

---

2.3.2. Actividades de formación dirigidas a profesionales, sobre la intervención familiar y/o psicoeducación.

---

### 3.3. TRASTORNO MENTAL COMÚN

#### ANÁLISIS DE SITUACIÓN

---

Los trastornos mentales constituyen cinco de las diez principales causas de morbilidad y discapacidad en el mundo. Entre estos, los llamados Trastornos Mentales Comunes (TMC), principalmente ansiedad y depresión, son extremadamente prevalentes en adultos. Según un reciente meta-análisis, aproximadamente una de cada cinco personas experimentó un trastorno mental común en un período de 12 meses, según 155 encuestas de población general realizadas en 59 países. La prevalencia vital agregada del trastorno mental común se estimó en un 29,2%, a partir de los datos de 85 encuestas realizadas en 39 países (Steel et al., 2014).

Es sabido que muchos trastornos psiquiátricos graves no alcanzan el nivel especializado de atención y, sin embargo, un buen número de trastornos de intensidad menor ocupan gran parte del trabajo de psiquiatras, psicólogos y otros profesionales de la Salud Mental en todo el mundo (Retolaza, 2012). Es importante señalar cómo, al mismo tiempo que se produce una queja desde los dispositivos de Salud Mental sobre la importante demanda de atención por parte del Trastorno Mental Común, se producen menos altas de las esperables en esta población. Dada la gran cantidad de personas y los muy diferentes niveles de trastorno (incluida la ausencia del mismo) que demandan atención en un servicio público de salud, debemos de tratar de organizar la asistencia de una manera que responda a criterios de proporción y buena práctica clínica. En este aspecto, la participación de Atención Primaria es fundamental, ya que es la puerta de entrada al sistema sanitario, garantiza la continuidad de cuidados e integra la asistencia. Estas características hacen que en muchos pacientes con TMC esté más indicado el tratamiento desde Atención Primaria que en la Red de Salud Mental, siendo el papel de los profesionales de Salud Mental las tareas de supervisión y apoyo a estos profesionales.

En la actualidad, no disponemos en nuestro medio de un modelo de trabajo con criterios claros de actuación en los distintos niveles de atención sanitaria basados en la efectividad, eficiencia y equidad, y que tenga la flexibilidad necesaria para adaptarse a los requerimientos del paciente. Para esto es imprescindible la colaboración entre profesionales y niveles asistenciales (Retolaza, 2012).

El abordaje de los TMC es complejo e implica coordinación e interacción entre profesionales. Por lo tanto, es necesario establecer estrategias de mejora en la colaboración entre profesionales y niveles de atención que se adecuen a las características y necesidades de cada uno de ellos, tanto en lo que se refiere a la organización sanitaria como a los aspectos culturales y sociales.

#### Bibliografía

Retolaza A. La atención al trastorno mental común. Modelos de trabajo y Sistemas de Atención. En: Desviat M, Moreno A (Eds.) Acciones de salud mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2012. p. 556-567.

Retolaza A. La toma a cargo del paciente en atención primaria y salud mental: ¿coordinación o integración? En: Desviat M, Moreno A (Eds.) Acciones de salud mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2012. p. 378-387.

Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol.* 2014; 43(2): 476-93.

## OBJETIVOS Y ACCIONES

### OBJETIVO GENERAL

**Mejorar el abordaje del Trastorno Mental Común en Atención Primaria y Salud Mental.**

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1. Mejora en el uso de tratamientos con eficacia terapéutica y acordes a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica.**

#### Actividades

- 1.1. Desarrollar un programa de actuación para el tratamiento del TMC en las USM, que priorice los abordajes terapéuticos breves, con el objetivo de evitar la iatrogenia y psiquiatrización de los pacientes y que tome como referencia los aspectos contenidos en esta línea estratégica.
- 1.2. Difusión e implementación de una Guía para el diagnóstico y tratamiento de los TMC en Atención Primaria.
- 1.3. Mejorar el uso racional de psicofármacos, adecuando la prescripción a las indicaciones clínicas establecidas.
- 1.4. Dotar a los profesionales de Atención Primaria de habilidades específicas para el manejo del malestar subjetivo del paciente, así como de formación sobre intervención psicoterapéutica en TMC, sea terapia única o combinada con fármacos.

**Objetivo específico 2. Mejorar la formación de los profesionales de AP y SM sobre el Trastorno Mental Común.**

#### Actividades

- 2.1. Realizar cursos de formación sobre Trastorno Mental Común para profesionales de Atención Primaria.
- 2.2. Realizar cursos de formación sobre Trastorno Mental Común para profesionales de Salud Mental.
- 2.3. Realizar formación en TMC cuyos contenidos prioritarios sean el diagnóstico y utilidad de instrumentos de evaluación, el uso adecuado de los tratamientos psicofarmacológicos, las técnicas de psicoterapia adaptadas para AP, y los abordajes terapéuticos breves en SM.
- 2.4. Mejorar la formación de los profesionales de AP sobre el TMC mediante las sesiones clínicas.

**Objetivo específico 3. Mejorar la coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental.**

#### Actividades

- 3.1. Establecer un calendario permanente de reuniones y/o consultorías entre Atención Primaria y Salud Mental, que permita la comunicación continuada entre los profesionales de ambas redes.
- 3.2. Mejorar la coordinación entre los profesionales de AP con las USM, mediante el aprovechamiento de las tecnologías de la información y comunicación (TIC).

---

**3.3. Dar respuesta adecuada a todas las derivaciones de AP.**

*Nota:* Sería recomendable establecer un cuestionario estructurado breve y homogéneo para todos los centros de la Comunidad sobre el grado de satisfacción respecto a este tema.

---

**3.4. Realización de documento consensuado entre Salud Mental y Atención Primaria que contenga los criterios de derivación desde Atención Primaria a las USM y los requisitos de respuesta desde estas a AP.**

---

## 3.4. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

### ANÁLISIS DE SITUACIÓN

---

#### 1. Introducción

Los cambios que ha venido sufriendo nuestro estilo de vida a lo largo de las últimas décadas, han tenido y tienen una importante repercusión sobre nuestro estado de bienestar y en la aparición e incremento de síntomas psiquiátricos, incluyendo entre ellos las alteraciones alimentarias, el sobrepeso y la obesidad.

En las últimas décadas se han impulsado múltiples iniciativas para favorecer la detección precoz de síntomas y el desarrollo de tratamientos integrales, señalando la necesidad de mejorar y optimizar los recursos existentes.

En el campo de la Salud Mental, este esfuerzo se ha visto reflejado en el Plan de Salud de Canarias 2016-2017 que enfatiza la importancia de la atención a las personas que presentan Trastornos Mentales Graves y la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil, ambas áreas muy relacionadas con la Línea Estratégica que desarrollamos.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son uno de los problemas de Salud Mental que acaparan gran atención. Su complejidad, peculiaridad, gravedad y las dificultades para su diagnóstico y manejo, junto a la etiología multifactorial, requieren una atención especializada y multidisciplinar, marcando la necesidad de recursos específicos para su tratamiento, además de la necesidad de coordinación intensa entre diferentes dispositivos y profesionales (Dueñas et al, 2015).

El aumento de la prevalencia, su elevada comorbilidad con otras patologías orgánicas y psiquiátricas, así como la tendencia a la cronicidad y la discapacidad que generan en los casos más graves, revelan su elevado impacto en las personas afectadas y familiares, además del incremento de alarma y preocupación social que generan (Morande y Casas, 1997).

De ello se derivan los elevados costes que representan los TCA para el sistema sanitario. En primer lugar por los costes directos que acarrear: alta demanda de los servicios de Atención Primaria, múltiples consultas con diferentes especialistas, elevadas estancias medias en unidades de hospitalización y la necesidad de mayor intensidad en los tratamientos requeridos a nivel ambulatorio, factores que se intensifican en la atención a los casos con síntomas de larga evolución. En cuanto a los costes indirectos, también son elevados por el gran impacto que suponen en la calidad de vida de las personas afectadas, en su funcionamiento social y académico/laboral y, en definitiva, por la ruptura que suponen en el funcionamiento individual y familiar.

Todas estas circunstancias, tienen como consecuencia un elevado coste a nivel personal en las personas afectadas y sus familias, además de un importante gasto de recursos económicos y asistenciales. Son, por tanto, un foco importante de análisis para la gestión sanitaria, siendo su prevención, detección e intervención precoz pilares fundamentales para la eficiencia en el tratamiento de esta patología (Junta de Andalucía, 2004).

#### 2. Recomendaciones nacionales e internacionales

La atención a estos trastornos ha ocupado un espacio cada vez mayor en la planificación de los Servicios de Salud Pública en los últimos años, y en especial, desde Salud Mental. En la Estrategia de Salud Mental del Servicio Nacional de Salud (MSC, 2007), los TCA se contemplan como área

prioritaria de intervención y se establece la necesidad de desarrollar programas de formación específicos para su tratamiento.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, elaboró la Guía de Práctica Clínica sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009), la cual ha supuesto un referente para todos los profesionales de ámbito nacional que atienden este tipo de patologías.

Según la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 (MSPSI, 2011), los TCA tienen la consideración de Trastornos Mentales Graves, en la medida en que requieren la intervención intensa de profesionales de distintas disciplinas, su elevada comorbilidad con otras patologías graves y diferentes necesidades asistenciales a lo largo de la evolución del cuadro.

Los planes estratégicos desarrollados en diferentes Comunidades Autónomas han continuado reflejando la necesidad de seguir optimizando los recursos y la actividad asistencial para reducir su gravedad e interferencia a nivel personal, familiar y social en las personas afectadas, insistiendo en la necesidad de mejora en su atención en los Planes de Salud Mental.

En dichos planes estratégicos y consensos nacionales e internacionales, la prevención es un punto prioritario, destacando la importancia de promocionar hábitos alimentarios saludables y el desarrollo de programas preventivos en el medio escolar y sanitario para disminuir su incidencia (prevención primaria); el diagnóstico precoz e intervención temprana ante la aparición de síntomas (prevención secundaria) y la reducción de la interferencia y repercusión de los síntomas en la calidad de vida de personas afectadas, especialmente en las que presentan cuadros con tendencia a la cronicidad (prevención terciaria).

Dentro de estas recomendaciones, las prioridades fundamentales incluyen la implicación y coordinación de todos los agentes sociales implicados, la especialización de los profesionales, la coordinación entre recursos y niveles de atención para lograr la continuidad de cuidados, la instauración de programas de intervención específicos, la necesidad de recursos de media estancia para el tratamiento de los casos con presencia de sintomatología crónica y la actuación según las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) nacionales e internacionales.

### **3. Análisis de la situación en Canarias**

En nuestra Comunidad, las cifras de prevalencia son similares a las encontradas en otras Comunidades, situándose en torno a un 4% en población adolescente. En concreto, se estima un porcentaje de un 4,1%, estimándose en un 2,5% de los hombres y 5,5% de las mujeres (Álvarez et al., 2015).

La prevalencia de riesgo de TCA se eleva a 27,42% (Álvarez, 2015), siendo éste superior al porcentaje encontrado por otros estudios similares a nivel nacional, en relación probablemente con la elevada tasa de obesidad infanto-juvenil en nuestra Comunidad.

Como respuesta al incremento de la demanda asistencial en las últimas décadas, existe un Protocolo de Actuación en TCA según niveles de intervención, publicado por el Servicio Canario de la Salud en el año 2009 y elaborado por un grupo multidisciplinar de profesionales a instancias de la Dirección General de Programas Asistenciales, a través de la Jefatura de Servicio de Salud Mental. En él se establecen las bases en la atención a esta patología: personal especializado en el diagnóstico, evaluación y tratamiento y programas protocolizados en los diferentes dispositivos a lo largo de la intervención.

En cualquier área de salud, las Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC) son el eje de coordinación con los distintos niveles de intervención (Atención Primaria, Hospital de día Infanto-Juvenil, Unidades de Internamiento Breve, etc.), como sucede en otro tipo de patología psiquiátrica, debiendo tener designados a los profesionales responsables del tratamiento y coordinación con otros servicios para garantizar la continuidad de cuidados.

La provincia de Santa Cruz de Tenerife cuenta además con una unidad de atención específica ambulatoria, la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA), ubicada en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC), cuya existencia se remonta al año 1997, con dos facultativos a tiempo completo, así como dos camas de hospitalización en la Unidad de Internamiento Breve, y las que la demanda requiera en el Servicio de Pediatría.

Su existencia hace posible una intervención precoz, intensiva y multidisciplinar en todos los casos, especialmente en los más graves; tanto en población adulta cuya sintomatología implica mayor riesgo o que no han respondido bien al tratamiento previo en su USMC; como en todos los casos susceptibles de derivación en población infanto-juvenil, siendo la detección y la intervención precoz la principal prioridad.

Dada la complejidad que implica la intervención en estos casos, la comunicación con otros especialistas es parte fundamental del trabajo, siendo imprescindible trabajar con un enfoque multidisciplinar y constante coordinación con otros dispositivos de Salud Mental, los servicios de Endocrinología y Nutrición, Pediatría, Medicina Interna, Ginecología, Digestivo o Cirugía (Protocolo cirugía bariátrica).

Esta coordinación y el esfuerzo de dicha colaboración a lo largo de los años, han facilitado que en muchos casos la derivación a la unidad sea directa, previo contacto con los profesionales responsables, facilitando la detección e intervención temprana.

A pesar de ser un apoyo más, es necesario continuar a nivel regional con el desarrollo de los diferentes recursos asistenciales que requiere la atención a esta patología, de forma que ambas provincias puedan contar con un recurso de este tipo, así como con una Unidad de Hospitalización Parcial u Hospital de Día que permita una intervención más integral e intensiva y unidades de Hospitalización Infanto-Juvenil, tal y como recogía en el año 2009 el mencionado protocolo.

Existen además, en ambas provincias, asociaciones de familiares y afectados que ofertan diferentes servicios, con las que resulta de especial importancia la coordinación y colaboración para facilitar la intervención más adecuada.

#### **4. Conclusiones**

Dada la situación expuesta, consideramos imprescindible continuar dedicando esfuerzos y recursos para optimizar el tratamiento de esta patología en nuestra Comunidad.

Con la creación del presente Plan de Salud Mental de Canarias y la inclusión de una Línea Estratégica destinada específicamente a los TCA, se pretende dar un paso más allá y crear un programa de atención que garantice una coordinación fluida entre recursos y un abordaje de calidad ajustado a los cambios que se han ido produciendo en cuanto al perfil de persona afectada.

En él hemos querido reflejar y desarrollar la importancia de la prevención en todos sus niveles, tal y como recomiendan todas las Guías de Práctica Clínica nacionales e internacionales, así como la monitorización y evaluación de nuestras intervenciones para continuar mejorando la atención que prestamos.

## Bibliografía

Álvarez Malé, M. Obesidad, sobrepeso y Trastornos de la Conducta Alimentaria en Gran Canaria.: estudio en población adolescente [Tesis]. [Las Palmas de Gran Canaria]: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; 2015.

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado Trastornos de la Conducta Alimentaria. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2004.

Dueñas Y, Murray M, Rubio B, Murjani H, Jiménez A. Trastornos de la conducta alimentaria en la edad pediátrica: una patología en auge. *Nutr Hosp.* 2015; 32(5): 2091-97.

MSC. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. Madrid: MSC; 2007.

MSC. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: MSC; 2009.

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

Morande G, Casas J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatría Integral.* 1997; 2(3): 243-260.

SCS. Servicio Canario de la Salud. Plan de Salud de Canarias 2016-2017. Entre la crisis y la transformación necesaria para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios. Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. 2016.

SCS. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Protocolo de Actuación en los Trastornos de Conducta Alimentaria según niveles de intervención en la Comunidad Autónoma Canaria. Santa Cruz de Tenerife: Gráficas Sabater; 2009.

## OBJETIVOS Y ACCIONES

### OBJETIVO GENERAL

Proporcionar una atención de calidad, integral y coordinada a las personas con trastorno de la conducta alimentaria, que incluya la prevención.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.** Disponer de un programa de prevención y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en Canarias, que contenga un análisis de la situación y cuyo contenido tome como base lo propuesto en esta línea estratégica del Plan de Salud Mental de Canarias.

#### Actividades

- 1.1. Creación efectiva de un grupo de trabajo orientado a la planificación, desarrollo y coordinación de un programa de prevención y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en Canarias.
- 1.2. Realización de análisis de la situación sobre trastornos de la conducta alimentaria en Canarias que incluya al menos: información epidemiológica (basada principalmente en datos de morbilidad asistida en Atención Primaria y en Salud Mental); datos sobre la atención prestada en los diferentes dispositivos; demanda y derivación a otros recursos sanitarios externos al SCS.

**Objetivo específico 2.** Reducir la incidencia y prevalencia de Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) en Canarias mediante la promoción de hábitos saludables y la aceptación de la diversidad en la imagen corporal, en el contexto del subprograma de prevención.

#### Actividades

- 2.1. Diseñar un subprograma de prevención y detección precoz de TCA en Canarias, que se encuadre en el Programa de atención a las personas con TCA, cuyo contenido tome como base lo propuesto en esta línea estratégica del Plan de Salud Mental de Canarias.
- 2.2. Diseñar un procedimiento de intervención de carácter preventivo en los centros educativos de Canarias, que esté encuadrado, por una parte, en el subprograma de Prevención y detección precoz de TCA y, por otra, en los programas educativos de la Consejería de Educación y Universidades del Gobierno de Canarias.
- 2.3. Elaborar actividades informativas sobre TCA dirigidas a profesionales de Centros Educativos y Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos (AMPAS) de Canarias, para facilitar la detección precoz, manejo y estrategias de actuación ante la sospecha o presencia de síntomas alimentarios.
- 2.4. Realización de campañas preventivas junto con actuaciones en educación para la salud a través de los medios de comunicación.
  - *Enfoque y contenidos mínimos:* La campaña debería estar enfocada al fortalecimiento de factores protectores y la promoción de hábitos alimentarios saludables, dada la relación entre el sobrepeso/obesidad y la aparición de síntomas alimentarios. Debe incidir en la importancia de mantener un peso saludable, así como la aceptación de la diversidad en la imagen y la visión crítica de los mensajes que promueven la delgadez patológica.

**Objetivo específico 3.** Facilitar la detección precoz de nuevos casos y personas afectadas por TCA.

#### Actividades

- 3.1. Diseñar e implementar actividades de sensibilización y formación continuada dirigidas a personal sanitario.
- 3.2. Proporcionar a los Centros de Atención Primaria documentos de referencia para el reconocimiento temprano y manejo de riesgos médicos en el cuidado de personas con TCA.

*Nota:* Se considera un documento adecuado a los efectos mencionados la "Guía para el reconocimiento temprano y manejo de riesgos médicos en el cuidado de individuos con TCA", editada por la Academy for Eating Disorders (AED), sin perjuicio de que pueda estimarse que otro documento cumpla mejor este propósito.

**Objetivo específico 4.** Mejorar la atención terapéutica que reciben las personas con TCA, de tal forma que sea de calidad, sustentada en hallazgos científicos, integral, coordinada intra e interinstitucionalmente y que cuente con los recursos necesarios.

#### Actividades

- 4.1. Actualizar el documento existente sobre TCA de ámbito autonómico (Protocolo de actuación en los trastornos de la conducta alimentaria), de tal forma que resulte válido para el conjunto de Canarias, pero que contemple las particularidades de los diferentes dispositivos de nuestra Comunidad.
- 4.2. Realizar la divulgación de dicho documento entre los profesionales del Servicio Canario de la Salud (Red de Salud Mental, Atención Primaria y otras especialidades que se estimen).
- 4.3. Revisar y actualizar los protocolos de intervención en cada uno de los dispositivos de atención a personas con TCA, con base en las Guías de Práctica Clínica, de tal forma que sean documentos unificados en la Comunidad.
- 4.4. Coordinación entre los distintos órganos autonómicos y administraciones públicas para facilitar la realización de formación y actualización en TCA.
- 4.5. Coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental para la evaluación de la derivación de forma adecuada a recursos especializados en TCA.
- 4.6. Consenso y difusión de los criterios y proceso de derivación a recursos especializados.
- 4.7. Promover el desarrollo de conocimiento empírico, fomentando la formación y la investigación sobre TCA en nuestra Comunidad entre los diferentes organismos implicados.
- 4.8. Desarrollar vías de comunicación entre dispositivos de alta frecuentación por personas afectadas por TCA, especialmente con los recursos que atienden a población infanto-juvenil.
- 4.9. Evaluar la satisfacción de usuarios y familiares sobre el grado de satisfacción con la atención recibida en los diferentes recursos, con el fin de obtener una retroalimentación que oriente sobre los aspectos o áreas que requieren mejoras.

**Objetivo específico 5. Mejora de la dotación de recursos hospitalarios: creación de una Unidad de hospitalización infanto-juvenil y hospital de día.**

**Actividades**

- 5.1. Realización de cuantas acciones sean necesarias para la creación de la Unidad de Hospitalización Infanto-juvenil en ambas provincias, en la que puedan ingresar pacientes con TCA menores de 18 años que así lo requieran.
- 5.2. Realización de cuantas acciones sean necesarias para la creación de un Hospital de Día (HD) que permita el tratamiento en régimen de hospitalización parcial de los casos que requieran una intervención más intensiva y no reúnan criterios de ingreso hospitalario.

**Objetivo específico 6. Mejorar la atención a familiares de personas afectadas o que presenten conductas de riesgo relacionadas con la posible presencia de un TCA.**

**Actividades**

- 6.1. Realizar actividades de asesoramiento para familiares, proporcionando pautas básicas de actuación y manejo de síntomas de alarma, en colaboración con las Asociaciones de Afectados y Familiares de Canarias.

**Objetivo específico 7. Facilitar e incrementar los recursos para la atención a personas con TCA que presentan sintomatología de larga evolución y/o presentan síntomas graves, para reducir el impacto de los síntomas.**

**Actividades**

- 7.1. Desarrollar protocolos de intervención específicos a nivel ambulatorio y hospitalario para la atención a TCA de larga evolución con los diferentes especialistas implicados.
- 7.2. Desarrollar criterios de derivación a recursos sociosanitarios y de rehabilitación psicosocial a los afectados con TCA de curso crónico que puedan beneficiarse, facilitando su recuperación y reinserción social.

**Objetivo específico 8. Reforzar la coordinación de los diferentes profesionales implicados en casos con presencia de comorbilidad grave, patología dual y alta demanda de recursos especializados.**

**Actividades**

- 8.1. Planificar un espacio de coordinación para el abordaje de casos graves con los diferentes profesionales implicados, para garantizar la continuidad de la intervención.
- 8.2. Valoración en sesiones clínicas del Servicio de aquellos casos que lo requieran por su complejidad.

## 3.5. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

### ANÁLISIS DE SITUACIÓN

---

#### 1. Introducción

Los trastornos de personalidad (TP) son entidades clínicas de gran trascendencia en la población general. Su prevalencia global en los estudios revisados se sitúa en torno al 11,3 %, con un rango entre el 6,7 % y el 22,3% según los estudios (Coid, 2003; Black et al., 1993). No obstante, la prevalencia real de los TP puede ser mucho mayor de lo que recogen las estadísticas oficiales disponibles (Lana et al., 2006).

Se ha señalado que la detección y diagnóstico del trastorno límite de la personalidad en Atención Primaria es muy inferior a su prevalencia estimada (Aragonès et al., 2013). La esperanza de vida es menor en los pacientes con trastornos de la personalidad, en relación con el suicidio y las consecuencias de las conductas desadaptadas (Folk et al., 2005). Por otro lado, la evolución crónica de los TP (Skodol et al., 2005) hace necesario que en los programas de atención se incluyan intervenciones precoces en adolescentes y jóvenes, tratamiento de síntomas agudos, abordaje de desadaptación interpersonal, medidas dirigidas a la prevención del deterioro, así como tratamiento rehabilitador y reinserción sociolaboral para aquellos pacientes que hayan evolucionado de forma crónica. La adecuada atención a estos pacientes tiene que ir asociada a la instauración de programas de atención basados en prácticas clínicas con evidencia científica contrastada.

#### 2. La situación en Canarias

La atención a los TP en Canarias tiene como eje a las USMC, realizándose los ingresos en las Unidades de Internamiento Breve (UIB) cuando se requiere una intervención más intensiva en los momentos de crisis grave. La UIB no es el dispositivo ideal para el manejo de estos trastornos, pero la ausencia de recursos intermedios como el Hospital de Día (HD) favorece la necesidad de ingreso en situaciones que no pueden ser abordadas desde las USMC. Los pacientes con TP suelen ser frequentadores del Servicio de Urgencias y la coordinación entre esta asistencia y las USMC no siempre es la deseable. Estas deficiencias interfieren en la continuidad de cuidados del paciente y deben ser tenidas en cuenta en la planificación de la actividad asistencial.

Los pacientes con TP acuden con frecuencia a las consultas de Atención Primaria (AP), más que otros pacientes con trastornos psicóticos o afectivos. Sin embargo, en las USMC, al analizar la asistencia a consultas de psiquiatría, psicología o enfermería se aprecia que es muy inferior al de otros grupos diagnósticos. El rango de consultas de psicología de estos pacientes es de entre 3 y 7 consultas al año. Además, la intervención grupal está escasamente implementada en las USMC. Por su parte, en la actualidad no se dispone de programas específicos de atención a la personas con TP ni grupos de investigación consolidados sobre estos trastornos. Los pacientes con TP tienen un alto riesgo suicida. En nuestra Comunidad, si bien se dispone de una ficha de conducta suicida integrada en el RECAP, desgraciadamente aún no se pueden ofrecer datos fiables, dado que su cumplimentación es baja, y por tanto, su análisis no resulta fiable.

#### Bibliografía

Aragonès E, Salvador-Carulla L, López-Muntaner J, Ferrer M, Pinol JL. Registered prevalence of borderline personality disorder in primary care databases. *Gac Sanit.* 2013; 27(2): 171-74.

Black DW, Noyes R, Pfohl B, Goldstein RB, Blum N. Personality disorders in obsessive-compulsive volunteers, well comparison subjects and first degree relatives. *Am J Psychiatry*. 1993; 150: 1226-32.

Coid J. Epidemiology, public health and the problem of personality disorder. *Br J Psychiatry*. 2003; 182(44): 3-10.

Folk ML, Hayes RD, Chang CK, Stewart R, Callard FJ, Moran P. Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder. *J Psychosom Res*. 2012; 73(2): 104-07

Lana F, González MA, Mirapeix C. Niveles asistenciales y requisitos organizativos en el tratamiento de los trastornos de personalidad. *Revista Internacional On-line Psiquiatria.com* [Internet]. 2006; 10(1). Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/168/>.

Skodol AE, Pagano ME, Bender DS, Shea MT, Gunderson JG, Yen S et al. Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years. *Psychological Medicine*. 2005; 35: 443-51.

## OBJETIVOS Y ACCIONES

### OBJETIVO GENERAL

Proporcionar una atención de calidad, integral y coordinada a las personas con trastorno de la personalidad.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.** Disponer de un programa de tratamiento de personas con trastorno de la personalidad en Canarias, que contenga un análisis de la situación y cuyo contenido tome como base lo propuesto en esta línea estratégica del Plan de Salud Mental de Canarias.

#### Actividades

- 1.1. Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar para la elaboración de un programa de tratamiento de las personas con trastorno de la personalidad.

**Objetivo específico 2.** Mejorar la atención a las personas con trastorno de la personalidad.

#### Actividades

- 2.1. Desarrollar una atención multidisciplinar y coordinada siempre que sea necesaria.
- 2.2. Establecer unos criterios generales de derivación y alta en los distintos dispositivos.
- 2.3. Realizar Planes Individualizados de Tratamiento (PIT).  
*Nota:* Los PIT deben tener una visión integral, e incluir aspectos relacionados con el tratamiento y cuantos otros se estimen necesarios, como los sociales, educativos, de empleo y alojamiento.
- 2.4. Realización de abordajes psicoterapéuticos sustentados en hallazgos científicos, tanto individuales como grupales, según las necesidades de los pacientes.
- 2.5. Inclusión en los programas de empleo y alojamiento de aquellos pacientes con trastornos de personalidad que lo requieran.
- 2.6. Promover el uso racional de fármacos en las personas con trastornos de personalidad, de forma acorde a lo recomendado en las Guías de Práctica Clínica, mediante acciones formativas.
- 2.7. Creación de espacios de supervisión para los profesionales que atienden a las personas con trastornos de personalidad.

**Objetivo específico 3.** Mejorar los recursos para la atención a las personas con trastorno de la personalidad, mediante la creación de hospitales de día y otros recursos de rehabilitación psicosocial y laboral, tales como centros de atención diurna integrales o viviendas supervisadas.

#### Actividades

- 3.1. Desarrollar cuantas acciones sean necesarias para la creación de Hospitales de Día, de ámbito provincial.
- 3.2. Desarrollar cuantas acciones sean necesarias para la creación de otros recursos de rehabilitación psicosocial y laboral, de ámbito provincial.

**Objetivo específico 4. Mejorar la coordinación intra e interinstitucional relativa a los pacientes con trastorno de la personalidad grave.**

**Actividades**

- 4.1. Realizar acciones de coordinación intrainstitucional (Atención Primaria y Red de Salud Mental).
- 4.2. Realizar acciones de coordinación interinstitucional.
  - *Instituciones potencialmente implicadas:* Servicio de Coordinación Técnica de Atención a las Drogodependencias, Consejería de Educación, Servicio de Protección al Menor, Servicios Sociales y Justicia.

**Objetivo específico 5. Mejorar la formación sobre trastornos de la personalidad en los sectores implicados.**

**Actividades**

- 5.1. Realizar acciones formativas específicas sobre trastornos de personalidad, dirigidos a la Red de Salud Mental, especialmente sobre el abordaje psicoterapéutico sustentado en hallazgos científicos.
- 5.2. Realizar acciones formativas específicas y de sensibilización sobre trastornos de personalidad, dirigidos a los ámbitos de intervención implicados, tales como el educativo y el social, la sociedad en general y las familias de las personas afectadas.

## 3.6. LA SALUD FÍSICA DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

### ANÁLISIS DE SITUACIÓN

---

Las personas con una enfermedad mental grave presentan una prevalencia de enfermedades físicas más alta y una mayor mortalidad por causas naturales que la población general. Además, el acceso a la asistencia sanitaria para los problemas de salud física es menos frecuente y de peor calidad que la que recibe la población general (Maj, 2009). Comparado con la población general y con otros trastornos mentales, el nivel de salud física de los pacientes con esquizofrenia es peor. Los pacientes con esquizofrenia comparados con la población general presentan sobremorbilidad infecciosa, endocrinometabólica, cardíaca y respiratoria, así como un exceso de mortalidad tanto global como por causas naturales (fundamentalmente por enfermedades respiratorias, cardiovasculares y oncológicas). Para lograr un manejo más adecuado de los problemas de salud física de estos pacientes es necesario incorporar los problemas de salud física a los programas de psicoeducación, a las unidades de adherencia al tratamiento y a los programas de atención a los trastornos mentales graves (Sáiz et al., 2008).

En la actualidad, la protección y promoción de la salud física de las personas con un Trastorno Mental Grave se considera una línea prioritaria de intervención a nivel mundial, tanto desde el punto de vista ético, como de salud pública, ya que afecta a la protección de derechos fundamentales de las personas, que se relacionan con sus posibilidades de bienestar y calidad de vida (Huizing et al., 2012). Por su parte, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (MSPSI, 2011) recomienda medidas de promoción de la salud desde un punto de vista integral, considerándolo una cuestión prioritaria.

En nuestra Comunidad Autónoma se elaboró la “Guía de cuidados físicos para las personas con trastorno mental grave” (Rodríguez y Méndez, 2010). De forma complementaria, en el 2011 se realizó un “Documento de Consenso sobre la Salud Física en el Paciente con Trastorno Mental Grave” (SCS, 2011). Fue coordinado por la Dirección General de Programas Asistenciales y realizado por un grupo de trabajo multidisciplinar de Salud Mental y Atención Primaria. Su objetivo fue operativizar los procedimientos sobre la salud física en el trastorno mental grave en Canarias, tanto dentro de los equipos de SM como en la coordinación con AP. Sin embargo, su difusión no fue la deseable y es probable que su implementación haya sido heterogénea y limitada por este motivo.

Según datos del SIAP, en Canarias el grupo de los trastornos psicóticos muestra uno de los ratios de consultas en Atención Primaria más elevados de todos los trastornos mentales. Esta mayor asistencia puede estar influida por varios factores. Por una parte, los pacientes con trastornos mentales graves tienen peor salud física que la población general. Por otra parte, las consultas pueden obedecer a cualquier motivo, lo que incluye las consultas para expedición de recetas de tratamientos indicados en las Unidades de Salud Mental. En este aspecto existe heterogeneidad entre las USM. El análisis comparativo entre islas que se muestra en la tabla que figura debajo muestra un patrón de consultas que resulta similar al del conjunto de los trastornos mentales, con un mayor ratio de consultas en las islas menores y un ratio similar entre Tenerife y Gran Canaria, algo mayor en esta última.

## Comparación por Áreas de consultas y ratio de consultas en pacientes con diagnósticos F2

Área	Pacientes con diagnóstico F2	Nº consultas <sup>1</sup>	Ratio consultas <sup>2</sup>
Tenerife	5.166	76.762	14,86
Gran Canaria	4.862	74.933	15,41
Lanzarote	506	8.697	17,19
Fuerteventura	318	4.256	13,38
La Palma	572	10.129	17,71
La Gomera	105	2.396	22,82
El Hierro	56	1.357	24,23
<b>Total</b>	<b>11.585</b>	<b>178.530</b>	<b>15,41</b>

Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)

1 Nº de consultas realizadas durante el 2015 a pacientes con diagnóstico del grupo F2. La consulta incluye cualquier motivo de salud posible, no solo los relacionados con la salud mental.

2 Ratio de consultas realizadas durante el 2015, respecto al nº de pacientes con diagnóstico del grupo F2.

## Bibliografía

Huizing E, Padilla L, Mateo I, Cambil J. Intervenciones de promoción y protección de la salud general dirigidas a personas con trastorno mental grave. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Bienestar Social: Junta de Andalucía; 2012.

Maj M. Necesidad de proteger y fomentar la salud física en personas con enfermedad mental grave (Editorial). Rev Psiquiatr Salud Ment. 2009; 2:1-4.

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

Rodríguez F, Méndez M. Guía de cuidados físicos para las personas con trastorno mental grave. Servicio Canario de la Salud: Gobierno de Canarias; 2010.

Sáiz J, Bobes J, Vallejo J, Giner J, García-Portilla MP. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. Actas Esp Psiquiatr. 2008; 36(5): 251-264.

SCS. Servicio Canario de la Salud. Documento de Consenso sobre Salud Física en el Paciente con Trastorno Mental Grave. SCS. Dirección General de Programas Asistenciales; 2011.

## OBJETIVOS Y ACCIONES

### OBJETIVO GENERAL

Mejorar y promover la salud física de los pacientes con trastorno mental grave de Canarias, mediante acciones de promoción de la salud y prevención, detección e intervención integral sobre los factores, comportamientos de riesgo y enfermedades somáticas coexistentes.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.** Promover el acceso de los pacientes con TMG a los recursos de Atención Primaria para el abordaje de los problemas de salud física.

#### Actividades

- 1.1. Realización de directrices consensuadas de coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental, en el contexto del abordaje de los problemas de salud física en pacientes con TMG.
- 1.2. Reuniones de coordinación entre Psiquiatría y AP.

**Objetivo específico 2.** Promover hábitos de vida saludables.

#### Actividades

- 2.1. Transmitir tanto desde la unidad de Salud Mental como desde Atención Primaria pautas dirigidas a los pacientes para realizar dieta cardiosaludable y ejercicio físico adecuado.

**Objetivo específico 3.** Mejorar la actuación clínica de los profesionales mediante una mejor formación y la adscripción a los documentos de referencia nacionales e internacionales, sobre la salud física en los pacientes con TMG.

- 3.1. Difundir en la Comunidad aquellos documentos que se consideren de referencia básica (Guías de práctica clínica, consensos, directrices o protocolos) para el abordaje de la salud física en los pacientes con TMG.
- 3.2. Realización de un documento de consenso operativo el abordaje de la salud física en el TMG, que esté basado en las recomendaciones internacionales y nacionales, en hallazgos científicos, y que incluya criterios operativos de actuación, solicitud de pruebas, coordinación entre SM y AP.
- 3.3. Sensibilizar y formar a todos los profesionales de la salud sobre la necesidad de prevenir y tratar adecuadamente las enfermedades físicas en los pacientes con TMG.
- 3.4. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales de las redes de Salud Mental y Atención a las Drogodependencias (UAD).
- 3.5. Realización de actividades formativas dirigida a los profesionales de Atención Primaria.

**Objetivo específico 4.** Sensibilizar y formar a familiares y educadores de pisos tutelados, mini-residencias, Centros de Día y Talleres Ocupacionales de pacientes con TMG para promover un estilo de vida cardiosaludable.

#### Actividades

- 4.1. Realización de un programa de psicoeducación.
- 4.2. Realización de sesiones de psicoeducación impartidas por parte de personal sanitario en Unidades de Salud Mental, Centros de Salud, mini-residencias, asociaciones de familiares, asociaciones vecinales o dependencias municipales.

# LÍNEA ESTRATÉGICA 4: ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL INFANTO - JUVENIL

## ANÁLISIS DE SITUACIÓN

### 1. Introducción. Justificación.

La atención a la salud mental de niños y adolescentes se viene presentando, desde hace unos años, como una prioridad clara en los planes estratégicos, tanto a nivel nacional como en nuestra Comunidad Autónoma. La edad infanto-juvenil va desde los 0 a los 17 años. Y no es algo que pueda sorprender a la luz de datos como los que arroja la Organización Mundial de la Salud (2001), según la cual la prevalencia de trastornos psicológicos en la infancia oscila entre el 10 y el 20%, existiendo importante variabilidad en las cifras encontradas en los diversos estudios (Alday et al., 2005; Pedreira y Sardinero, 1996; Gómez-Beneyto et al., 1994), variando entre el 7 y el 30,2%. Además, solo una quinta parte son correctamente diagnosticados (AEN, 2008). De estos, entre el 4 y 6% de los niños y adolescentes padecen un trastorno mental grave (WHO, 2005). Además, la mitad de todos los casos de trastornos mentales que duran toda la vida del sujeto empiezan sobre los 14 años de edad (Kessler et al, 2005). La evidencia de antecedentes tempranos de trastornos mentales adultos en la infancia es sólida (Tsuang et al., 1995). La incidencia de trastornos en población infantil es poco conocida por la inexistencia de instrumentos estandarizados que posean significación pronóstica, por la existencia de distintos enfoques teóricos que llevan a diferentes diagnósticos o tratamientos y por el manejo de varias clasificaciones taxonómicas.

Los niños y adolescentes son personas con una entidad integral biopsicosocial en permanente evolución e interacción con su entorno familiar y social. Esto implica que su expresión psicopatológica y clínica es específica, por lo que es necesaria la prestación de una atención especializada con unas características propias que deberá contemplar:

- La necesidad de incluir a los padres en el proceso terapéutico: por lo general los niños y adolescentes no realizan una demanda propia de atención, siendo los padres los que solicitan las consultas ya sea por iniciativa propia o por indicación de terceros (facultativos, docentes, etc).
- La indispensable coordinación entre todos los profesionales de las distintas administraciones implicadas en la vida del niño y adolescente (Sanidad; Educación; Atención Primaria de Servicios Sociales realizada desde los programas de Atención a la Infancia y Juventud de los Ayuntamientos; y en algunos casos, Justicia) ya que esta coordinación contribuye a mejorar la eficiencia, efectividad y la eficacia de la atención.

Una intervención precoz con niños y adolescentes, así como con sus padres/familiares, puede reducir o eliminar las manifestaciones de algunos trastornos mentales y fomentar la integración de niños y adolescentes que requerirían de otra manera especializados servicios intensivos. El comienzo precoz del trastorno mental afecta al rendimiento académico (Kessler et al., 1995; Terán et al., 1995) y la carrera temprana profesional (Kessler et al., 1995). Las consecuencias en la adultez pueden ser enormes si no se proveen intervenciones efectivas (Rutter et al, 2006).

A nivel mundial, la depresión es la primera causa de enfermedad y discapacidad en el grupo de los adolescentes, y el suicidio ocupa el tercer lugar entre las causas de mortalidad. Si los adolescentes con problemas de salud mental reciben la atención que precisan, se pueden evitar muertes y un sufrimiento de por vida (OMS, 2014).

La atención a la salud mental a este grupo etario debe inspirarse en una visión esperanzada del futuro. Invertir en salud mental puede generar enormes beneficios en términos de reducción de la discapacidad y la prevención de muertes prematuras. Es nuestra responsabilidad hacer posible estas intervenciones (OMS, 2003).

Así como las enfermedades pediátricas fueron el gran desafío del siglo XX, los trastornos mentales de los niños y adolescentes son, sin duda, el gran desafío sanitario del siglo XXI.

La filosofía asistencial integral y continuada en salud mental de la infancia y adolescencia desde el Modelo Comunitario comporta desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento, la rehabilitación y la integración social y laboral (AEN, 2008).

## **2. Morbilidad psiquiátrica infanto juvenil en Canarias**

En relación al número total de pacientes con patología psiquiátrica atendido en los Servicios públicos de Salud Mental en menores de 18 años, los F90 (los trastornos de conducta y de comienzo en la infancia) son los más numerosos, seguidos de los F40 y de los F80. El número de consultas se ha ido incrementando progresivamente en los últimos años, de forma generalizada en la Comunidad Autónoma.

Los datos detallados sobre la morbilidad psiquiátrica infanto-juvenil se muestran en el Análisis de la situación global.

## **3. Situación actual en la Comunidad Canaria**

En la Comunidad Autónoma de Canarias el camino recorrido en el desarrollo de la atención a la salud mental infanto-juvenil ha ido de forma paralela al desarrollo de la atención en salud mental de adultos, pero aún sin un desarrollo completo en los planes de los gestores sanitarios y a nivel de recursos sanitarios.

En un primer periodo (1982 - 1994) las referencias fueron el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985) y la Ley General de Sanidad (1986) marcando un cambio radical en la asistencia a la salud mental, pasando de un modelo centrado fundamentalmente en el hospital psiquiátrico a un Modelo Comunitario, eje de la reforma psiquiátrica y que asume los aspectos bio-psico-sociales del proceso de enfermar. La atención sanitaria en salud mental infanto-juvenil se reducía a pequeñas consultas de psiquiatría y psicología en algunos hospitales generales.

En un segundo periodo (1995 - 2016) aparecen nuevos referentes normativos tanto a nivel nacional como autonómico, y el desarrollo del Modelo Comunitario acompañado de nuevos recursos en salud mental, configurando la actual Red de Salud Mental en Canarias y la Red de Atención infanto-juvenil, con la elaboración del Programa de Atención a la Salud Mental Infantil y Juvenil publicado en el año 2006. El Programa estableció recomendaciones para el abordaje de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia en la Comunidad Canaria. Desde su publicación en Canarias se ha llevado a cabo un progresivo desarrollo de la Red de Salud Mental Infanto-Juvenil, con cambios funcionales y estructurales, aún en desarrollo.

Con respecto a la actividad formativa hay que destacar el incremento de jornadas y cursos específicos de temática infanto juvenil en los últimos años, como clara apuesta de la Dirección General de Programas Asistenciales de mejorar la formación en esta área.

En relación a documentos de consenso para la atención de la psicopatología Infanto Juvenil, se ha contado con un buen número de documentos de uso interno en las distintas islas, sin que se haya

realizado una puesta en común y homologación de estos, elevándolos a documentos validados y con carácter comunitario. El Programa de Atención a la Salud Mental Infantil y Juvenil (SCS, 2006) ha sido el documento de referencia para Canarias en materia de salud mental infanto-juvenil.

El análisis de situación sobre la ejecución del Programa de Atención a la Salud Mental Infantil y Juvenil de los últimos 10 años evidencia un desarrollo progresivo de la red de salud mental infanto-juvenil, si bien es necesario aún que se complete. En líneas generales, son necesarias acciones que inicien o fortalezcan los siguientes aspectos:

- La organización sanitaria debe contemplar la atención infanto-juvenil como una prioridad. Invertir en infanto-juvenil se debe contemplar cómo una “inversión” rentable a medio y largo plazo, como así lo testifican informes nacionales e internacionales.
- La Red de Salud Mental infanto juvenil, debe tener un carácter específico dentro de la Organización Sanitaria, a niveles de infraestructuras, recursos humanos, programas, líneas estratégicas y coordinación.
- Invertir recursos en actuaciones específicas en niveles de detección y prevención, actualmente escasos y por lo tanto centrados fundamentalmente en actividades de detección e intervención.
- Es preciso completar la Red de Unidades de Salud Mental Infanto-Juveniles (USM-IJ), implementando el Equipo multidisciplinar (psiquiatra, psicólogo, enfermería y TS), ya que hasta ahora la participación de enfermería en la atención infanto-juvenil y de los trabajadores sociales compartidos con adultos es escasa o nula. Además, es necesaria la formación específica de éstos y la definición de sus funciones en las USM IJ. Se hace necesario también crear dos Unidades de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil (UHB-IJ), con carácter Provincial, así como otros recursos intermedios como centros de día, para tratamiento intensivo y de larga duración para este sector de la población.
- Las distintas USM cuentan con diferentes dotaciones físicas y humanas, que condicionan las acciones e intervenciones. Resulta necesaria la homogeneización de los recursos en las distintas USM, y que adquieran importancia las figuras del Trabajador Social y Enfermería. Existe una escasa homogeneización en la atención de problemas y trastornos de salud mental infantojuvenil, con especial mención de la atención psicoterapéutica, en modalidades y enfoques psicoterapéuticos, así como en los aspectos técnicos específicos (prevención, detección, diagnóstico y tratamiento) y en la coordinación intra e interinstitucional.
- Es necesario implementar las estructuras y estrategias objetivas de coordinación interinstitucional con otras redes de atención a población infantojuvenil (servicios sociales y entorno educativo), revisando los convenios que ya tenemos para actualizarlos y favorecer estructuras más dinámicas y eficientes. Debe existir una coordinación fluida entre las distintas instituciones que tienen competencia en aspectos que afecten al desarrollo psicosocial de niños y adolescentes: Sanidad, Educación, Servicios Sociales, sistema Judicial y otras instituciones con las que el niño pueda estar relacionado.
- Necesitamos adaptar los sistemas de evaluación y registro para el conocimiento sistematizado de los problemas de salud mental infantojuvenil en Canarias, homologables con el resto de comunidades autónomas y con los estándares internacionales, tanto en sus aspectos epidemiológicos como asistenciales.
- Debemos garantizar la formación continuada de los Equipos Multiprofesionales de Salud Mental Infanto juvenil que favorezca y facilite la investigación, la docencia y sobre todo mejore la calidad asistencial.

- Fomentar la apertura de líneas de investigación relacionadas con los principales cuadros psicopatológicos de nuestra población, atendiendo a variables sociodemográficas y psicosociales, no sólo como factores de riesgo sino como moduladores de vulnerabilidad.

## Bibliografía

AEN. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. [Internet]. AEN. Abril de 2008. Recuperado a partir de: [http://www.aeppcp.net/arc/LaSaludMental\\_I-I.pdf](http://www.aeppcp.net/arc/LaSaludMental_I-I.pdf)

Alday J, Alonso V, Fernández-Calatrava B, García-Baró R, González-Juárez C, Pérez-Pérez E et al. Variability in outpatient resource use in mental health services for children and adolescents. *Gac Sanit*. 2005; 19(6): 448-55.

Gómez-Beneyto M, Bonet A, Catalá MA, Puche E, Vila V. The prevalence of child psychiatric disorders in the city of Valencia. *Acta Psychiatr Scand*. 1994; 89: 352-357.

Kessler R, Foster C, Saunderson W, Stang P. Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *Am J Psychiatry*. 1995; 152(7): 1026-32.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Study Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62(6): 593-602.

National Institute of Mental Health. Towards a model for a comprehensive community based mental health system. Washington DC: NIMH; 1987.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Invertir en salud. Resumen de las conclusiones de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud [Internet]. Suiza; 2003. Recuperado a partir de: [http://www.who.int/macrohealth/infocentre/advocacy/invertir\\_en\\_salud\\_es.pdf](http://www.who.int/macrohealth/infocentre/advocacy/invertir_en_salud_es.pdf)

Pedreira JL, Sardinero E. Prevalencia de trastornos mentales de la infancia en atención primaria psiquiátrica. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1996; 24(4): 173-90.

Rivas M, Vázquez A, Pérez M. Alteraciones psicopatológicas en la infancia: el niño en E.G.B. *Psicothema*. 1995; 7(3): 513-26

Rutter R, Kim-Cohen J, Maughan B. Continuities and Discontinuities in Antisocial Behavior from Childhood to Adult Life. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006; 47(3-4):276-95.

SEYPNA. Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. Declaración sobre el tratamiento de los trastornos mentales graves de niños y adolescentes (autismo, psicosis infantiles, trastornos generalizados del desarrollo). En: Congreso Nacional de SEYPNA: octubre de 2005, A Coruña.

Tsuang MT, Tohen M, Jones P, editores. *Textbook of Psychiatric Epidemiology*. New York: John Wiley; 1995.

WHO. World Health Organization. Child and adolescent mental health policies and plans [Internet]. Geneva: WHO, 2005. Recuperado a partir de: [https://www.who.int/mental\\_health/policy/services/essentialpackage1v11/en/](https://www.who.int/mental_health/policy/services/essentialpackage1v11/en/)

WHO. World Health Organization. Health for the world's adolescents [Internet]. Geneva: WHO, 2014. Recuperado a partir de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112750/WHO\\_FWC\\_MCA\\_14.05\\_eng.pdf;jsessionid=1054720A08E6F19BA07C8FFCB05CC1EB?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112750/WHO_FWC_MCA_14.05_eng.pdf;jsessionid=1054720A08E6F19BA07C8FFCB05CC1EB?sequence=1)

## OBJETIVOS Y ACCIONES

### OBJETIVO GENERAL

Potenciar la Salud Mental de niños y adolescentes de la Comunidad Autónoma Canaria, desde el Modelo Comunitario y con una perspectiva biopsicosocial, a través de actuaciones que favorezcan la promoción y prevención, optimizando la calidad de la atención en términos de evaluación, diagnóstico y tratamiento, y favoreciendo la formación de los profesionales e impulsando la investigación.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.** Consolidar la Red de Atención Infanto - Juvenil como estructura que dé respuesta a los problemas de salud mental de la población diana desde un enfoque humanista y personalizado; completar la red de recursos asistenciales específicos para este grupo de edad hasta contar con dispositivos específicos y con equipos multidisciplinares en cada dispositivo.

#### Actividades

- 1.1. Creación de una unidad de hospitalización breve (UHB) infanto-juvenil por cada provincia.
- 1.2. Creación de Unidades de Salud Mental infanto-juveniles (USMIJ) específicas en todas las islas con dotación personal completa.
- 1.3. Incremento de la oferta de plazas de hospitalización parcial.
- 1.4. Creación de dispositivos intermedios de atención e intervención (p.ej. Centros de Día)
- 1.5. Creación de Unidades específicas para evaluación, diagnóstico y tratamiento intensivo, individualizado y continuado de la población con Trastorno del Espectro Autista (TEA) infanto-juvenil de Canarias.
- 1.6. Facilitación de medios y recursos para garantizar la accesibilidad a los distintos dispositivos arriba reseñados.

**Objetivo específico 2.** Fomentar la excelencia en la asistencia y la gestión en salud mental infanto-juvenil.

#### Actividades

- 2.1. Potenciación de una Red diferenciada y coordinada con recursos humanos específicos para salud mental infanto-juvenil.
- 2.2. Incremento de los recursos humanos y de infraestructuras.
- 2.3. Refuerzo de la multidisciplinariedad en la asistencia, con funciones y tareas bien definidas para cada tipo de profesional, creando así las USM específicas de IJ (USMIJ) con dotación completa.
- 2.4. Consolidación de Jefaturas de Servicio propias para Psiquiatría Infanto-Juvenil.
- 2.5. Estudio de las necesidades de recursos para la atención a niños y adolescentes con problemas de salud mental.
- 2.6. Gestión de la agenda electrónica adaptándola a la especificidad de la asistencia en esta población, con flexibilización en tiempos asistenciales, de forma que se contemplen las actividades de grupo, coordinación, atención domiciliaria, etc.
- 2.7. Mejora de los sistemas informáticos para facilitar la actividad y calidad asistencial.

2.8. Desarrollo de indicadores específicos para la evaluación de la calidad de la asistencia de esta población.

**Objetivo específico 3. Optimizar la colaboración y coordinación intra e interinstitucional para garantizar la atención integral de la población Infanto-Juvenil.**

**Actividades**

3.1. Establecimiento de una coordinación reglada y homogénea entre los equipos de las diferentes instituciones implicadas para ayudar a ofrecer una asistencia de calidad, delimitar las funciones de los diferentes profesionales, evitar la duplicidad o contradicción de las intervenciones, facilitar el acceso a los servicios y permitir una intervención más eficiente.

**Objetivo específico 3.1. Coordinación Salud Mental y Atención Primaria.**

**Actividades**

3.1.1. Establecimiento de canales de comunicación entre Atención Primaria y Salud Mental, de forma regular e institucional.

3.1.2. Potenciación de las consultorías (presenciales o virtuales)

3.1.3. Unificación de criterios de derivación a Salud Mental desde Atención Primaria

3.1.4. Establecimiento de programa institucional de formación continuada en Salud Mental en el que esté contemplada la formación de los profesionales de Atención Primaria

3.1.5. Integración de actividades de promoción y prevención en salud mental en la práctica asistencial de las consultas de Atención Primaria

3.1.6. Consensuar con los equipos de Atención Primaria la incorporación de procedimientos de detección de psicopatología en el Programa del Niño Sano.

**Objetivo específico 3.2. Coordinación de Salud Mental con Educación.**

**Actividades**

3.2.1. Revisar y actualizar el convenio de colaboración entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Educación y Universidades, garantizando la integración de todos los menores con problemas de salud mental y no solo la de aquellos con patologías concretas.

3.2.2. Homogeneización de los procedimientos de coordinación que se llevan a cabo entre Salud Mental y los Equipos de Orientación de Educación Pública (EOEP).

3.2.3. Elaboración, por parte del equipo de salud mental, de pautas básicas de actuación y estrategias para el manejo psicológico y conductual de determinados casos en los centros educativos.

3.2.4. Programación de objetivos conjuntos de intervención con menores con TMG en el ámbito educativo.

3.2.5. Elaboración y desarrollo conjunto de programas preventivos en salud mental y detección precoz a través de la coordinación con Atención Primaria.

3.2.6. Participación de Educación en el programa de formación de salud mental, para aquellos contenidos propios de salud mental infanto-juvenil.

### **Objetivo específico 3.3. Coordinación Salud Mental con Servicios Sociales.**

#### **Actividades**

- 3.3.1. Revisar y actualizar el Convenio de colaboración entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Empleo, Políticas Sociales y Vivienda.
- 3.3.2. Creación de procedimientos formales de coordinación y protocolos de derivación, para garantizar la continuidad de cuidados.
- 3.3.3. Establecimiento de un plan de trabajo común entre Salud Mental y los Servicios Sociales de Atención Primaria (Ayuntamientos) y los Servicios Sociales Especializados, en los casos donde exista patología mental.

### **Objetivo específico 3.4. Coordinación Salud Mental con Protección a la Infancia y la Familia.**

#### **Actividades**

- 3.4.1. Creación de procedimientos formales de coordinación y protocolos de derivación, para garantizar la continuidad de cuidados.
- 3.4.2. Implementación de un procedimiento sistemático de evaluación psicológica general entre la población infanto-juvenil en acogimiento residencial que presente síntomas y signos de patología mental.
- 3.4.3. Colaboración en la formación del personal educativo de los centros y hogares en aspectos básicos de la psicopatología del niño y adolescente.
- 3.4.4. Desarrollo de recursos residenciales específicos para pacientes con TMG en situación de desamparo o guarda, así como centros de día y tarde para aquellas familias con dificultades y escaso o nulo apoyo familiar.

### **Objetivo específico 3.5. Coordinación Salud Mental con Justicia.**

#### **Actividades**

- 3.5.1. Creación de procedimientos formales de coordinación con Justicia.
- 3.5.2. Implementación de un procedimiento sistemático de evaluación psicológica general entre la población infanto-juvenil con medidas judiciales.
- 3.5.3. Colaboración en la formación del personal educativo que intervenga con menores con medidas judiciales, en aspectos básicos de la psicopatología del adolescente.

### **Objetivo específico 3.6. Coordinación Salud Mental con Salud Pública.**

#### **Actividades**

- 3.6.1. Desarrollo de un programa de intervención con adolescentes con conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas. Realizar intervenciones dentro de lo contemplado en el Plan Nacional de Drogas y en el de la Comunidad Autónoma, con el objetivo de disminuir el uso y abuso de sustancias adictivas en todo el ámbito de la Comunidad.

### **Objetivo específico 3.7. Desarrollo del mapa de recursos existentes en las distintas Consejerías.**

#### **Actividades**

- 3.7.1. Creación del mapa de dispositivos y recursos para la atención infanto-juvenil de todas las Consejerías intervinientes dentro del marco de la Comisión Interinstitucional antes reseñada.

**Objetivo específico 4. Desarrollar un programa homogéneo para la asistencia al Trastorno Mental Común (TMC) en edad infanto-juvenil.**

**Actividades**

- 4.1. Mejora en la detección y atención de niños y adolescentes con indicios de desajustes emocionales o cualquier otra sintomatología en patología mental susceptible de derivar a salud mental.
- 4.2. Unificación de los criterios de derivación del TMC en edad infanto-juvenil a las USM desde Atención Primaria y otros Servicios en toda la CCAA.
- 4.3. Desarrollo de guías de actuación o procedimientos en patología psiquiátrica común infanto-juvenil, que no sólo abarque al paciente sino a su familia y entorno.
- 4.4. Homogeneización de la atención psicoterapéutica, mediante el empleo de programas manualizados para TMC.
- 4.5. Formación continuada en programas psicoterapéuticos de eficacia probada para el TMC infanto-juvenil.

**Objetivo específico 5. Mejorar el pronóstico, el funcionamiento general, la calidad de vida y reducir la comorbilidad física y mental de la población infanto-juvenil con Trastorno Mental Grave.**

**Objetivo específico 5.1. Potenciar y favorecer la asistencia a los trastornos graves en salud mental infanto-juvenil, de forma que se garantice la intervención rápida, la continuidad de cuidados y que exista una coordinación con otros programas sanitarios y sociales.**

**Actividades**

- 3.5.1. Desarrollo e implementación de un Programa de asistencia al Trastorno Mental Grave Infanto-Juvenil, que incluya la necesidad de elaborar un Plan Individualizado de Tratamiento para cada paciente.
- 5.1.2. Desarrollo de protocolos, guías o documentos de consenso para el abordaje especializado de los trastornos mentales graves en población Infanto-Juvenil.
- 5.1.3. Fomentar y revalorizar las intervenciones profesionales deseables y poco habituales: comunitarias, rehabilitadoras, visitas a domicilio, etc.
- 5.1.4. Programa de atención a la salud física de los niños y adolescentes con trastorno mental grave.
- 5.1.5. Consensuar con los equipos de Atención Primaria la incorporación de procedimientos de detección de psicopatología sugestiva de trastorno mental grave en el Programa del Niño Sano.
- 5.1.6. Homogeneización la atención psicoterapéutica, mediante el uso de programas manualizados en el TMG.
- 5.1.7. Fomento de talleres psicoeducativos dirigidos a las familias de niños y adolescentes con TMG.
- 5.1.8. Programa de transición para pacientes con TMG que pasan a la etapa adulta. Coordinación de las actuaciones entre los dispositivos de salud mental infanto-juvenil y los de adultos.

- 
- 5.1.9. Propuesta de creación, conjuntamente entre las Consejerías de Sanidad y Educación, de aulas y/o centros educativos terapéuticos donde las necesidades de pacientes con TMG sean cubiertas adecuadamente. Creación de aulas cuya atención esté focalizada en aquellos niños y adolescentes con necesidades educativas especiales (NEE) derivadas de una patología mental grave, y donde la presencia de Educación y Sanidad se den de forma conjunta.

**Objetivo específico 5.2. Diagnóstico precoz e intervención temprana, intensiva, especializada y continuada, de menores con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) para mejorar el pronóstico, evolución, nivel de adaptación, funcionamiento general y calidad de vida de la población con TEA de Canarias.**

#### Actividades

- 5.2.1. Desarrollo de un Programa específico (subprograma del TMG) para la atención del TEA en Canarias.
- 5.2.2. Dotación de los recursos humanos y materiales específicos necesarios para la creación de Unidades Específicas para el tratamiento intensivo, individualizado y continuo de la población Infanto-Juvenil de Canarias con TEA que lo requieran.
- 5.2.3. Realización de intervenciones multidisciplinarias, especializadas e intensivas para la mejora de interacción social, nivel de adaptación, integración, calidad de vida y de funcionamiento general de la población con TEA de Canarias.
- 5.2.4. Elaboración e implantación de protocolo para las derivaciones por sospecha de TEA desde Atención Primaria.

**Objetivo específico 6. Promover actuaciones de promoción y prevención en salud mental infanto-juvenil, favoreciendo la integración social y la erradicación del estigma.**

**Objetivo específico 6.1. Promoción y prevención en población general y en grupos de riesgo sin patología: Desarrollo de programas de promoción y prevención de la salud mental para la población general, dirigidos a niños y adolescentes así como a las familias; en colaboración con otras Consejerías (Educación y Universidades, Empleo y Políticas Sociales) e instituciones (Cabildos, Ayuntamientos).**

#### Actividades

- 6.1.1. Formulación y realización de intervenciones para promocionar la salud mental en la infancia y la adolescencia, que formarán parte de las estrategias de acción de la atención primaria, especializada y salud pública para la detección de situaciones de riesgo (aislamiento social, abusos, maltrato, etc.).
- 6.1.2. Estrategias de promoción e información dirigida a responsables institucionales y medios de comunicación: incrementar la presencia de información oficial ofertada y promocionada por las asociaciones profesionales, producir y divulgar buenas prácticas, divulgación de información sobre recursos existentes.
- 6.1.3. Elaboración, implantación y desarrollo de un programa conjunto de prevención del acoso escolar en la infancia y adolescencia, en coordinación con Atención Primaria, Servicios Sociales y Educación.
- 6.1.4. Elaboración, implantación y desarrollo de un programa de prevención del suicidio en la infancia y adolescencia, en coordinación con Atención Primaria, Salud Pública, Servicios Sociales y Educación.

---

6.1.5. Elaboración, implantación y desarrollo de un programa de seguimiento entre Atención Primaria, Servicios Sociales y Salud Mental de aquellos niños cuyos padres presentan un TMG.

---

6.1.6. Colaboración en la realización de campañas destinadas a fomentar los factores protectores dirigidos a la población general.

---

### **Objetivo específico 6.2. Promoción y prevención en población con TMG o con riesgo de padecerlo.**

#### **Actividades**

6.2.1. Colaboración en la elaboración, implementación y desarrollo de la Estrategia de Atención Temprana, atendiendo especialmente al niño de 0 a 6 años, que aborde los Trastornos del Desarrollo.

---

6.2.2. Desarrollo de intervenciones en Atención Primaria y en Salud Mental dirigidas a ofrecer apoyo a las familias que cuidan y atienden niños y adolescentes con enfermedades crónicas discapacitantes, para prevenir los problemas de salud mental que pudieran derivarse del desempeño de su rol.

---

6.2.3. Desarrollo de intervenciones en Atención Primaria y en Salud Mental dirigidas a ofrecer apoyo a niños y adolescentes con limitaciones secundarias a patología orgánica.

---

6.2.4. Realización de actividades formativas dirigidas a orientadores escolares de Primaria, Secundaria y Bachillerato, trabajadores sociales y otras figuras significativas en el entorno del menor y familias de riesgo de presentar un TMG.

---

6.2.5. Intervenciones dirigidas a fomentar la integración y reducir el estigma de menores con enfermedad mentales, dirigidas a profesionales de la salud, de la comunicación, de la educación, de la judicatura, empresarios y agentes sociales, asociaciones de personas con trastornos mentales y sus familiares.

---

6.2.6. Adecuación progresiva de recursos humanos y materiales a las necesidades particulares de los niños y adolescentes con trastornos mentales: necesidades de ocio, de relación, de ocupación y de participación, con respeto a su intimidad, su dignidad y libertad de movimientos.

---

### **Objetivo específico 7. Mejorar la formación de los profesionales implicados en la atención a los problemas de salud mental Infanto-Juvenil.**

#### **Actividades**

7.1. Inclusión, en el Programa de Formación de Salud Mental, del área formativa en salud mental infanto-juvenil.

---

7.2. Desarrollo de acciones formativas y de sensibilización para profesionales y agentes de otras redes de atención Infanto-Juvenil (colectivos profesionales claves no sanitarios), tales como servicios sociales y educativos, en cuanto a promoción de la salud mental infanto-juvenil y detección precoz de trastornos en este grupo de edad.

---

### **Objetivo específico 8. Promocionar la investigación en Psiquiatría y Psicología Clínica infanto juvenil**

#### **Actividades**

8.1. Disponer de adecuados sistemas de registro, evaluación y acceso a la información epidemiológica en la Red de Salud Mental infanto-juvenil.

---

# LÍNEA ESTRATÉGICA 5: ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE PERSONAS DE EDAD AVANZADA

## ANÁLISIS DE SITUACIÓN

---

### 1. Introducción

Según recientes datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la población mundial está envejeciendo rápidamente. Entre 2015 y 2050, la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 a 2000 millones de personas. Este envejecimiento poblacional producirá un importante impacto en las necesidades de salud y en los patrones de enfermedad, al contribuir a incrementar las tasas de enfermedad crónica y discapacidad. Este hecho, ya insoslayable en nuestra sociedad, supone un reto sanitario de primer orden, del que la atención en Salud Mental es un componente fundamental.

Canarias no es ajena a esta tendencia y, según el Instituto Canario de Estadística, el índice de vejez ha ido incrementándose progresivamente en la última década, pasando del 12,35% en 2006, al 15,07% en 2016. Destaca el envejecimiento de la población de las islas menores de la provincia de Santa Cruz de Tenerife, con índices superiores al 20%, comparados con los índices más bajos de Fuerteventura y Lanzarote, que rondan el 10%. Las estimaciones para los próximos años nos indican que el envejecimiento de la población continuará en alza.

A lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas. Además de las causas generales de tensión con que se enfrenta todo el mundo, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. Además, entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia.

Por otro lado, los adultos mayores también son vulnerables al maltrato, sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono; a la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto. Los datos actuales, según la OMS, indican que una de cada 10 personas mayores sufre maltrato. Los programas de intervención psicogerítrica deben garantizar una buena coordinación con el entorno judicial, las fuerzas de orden público y los servicios sociosanitarios para un adecuado abordaje de este grave problema.

Según la OMS, los trastornos neuropsiquiátricos representan el 6,6% de la discapacidad total en este grupo etario y, aproximadamente, un 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental.

### 2. Canarias

El Plan de Salud de Canarias 2016-17 incluye una línea de actuación encaminada a adecuar la oferta asistencial sanitaria y socio-sanitaria al perfil de envejecimiento y de la atención a las enfermedades crónicas, entre ellas las demencias, a través de una respuesta coordinada entre los ámbitos e instituciones responsables potenciando la atención domiciliaria integrada.

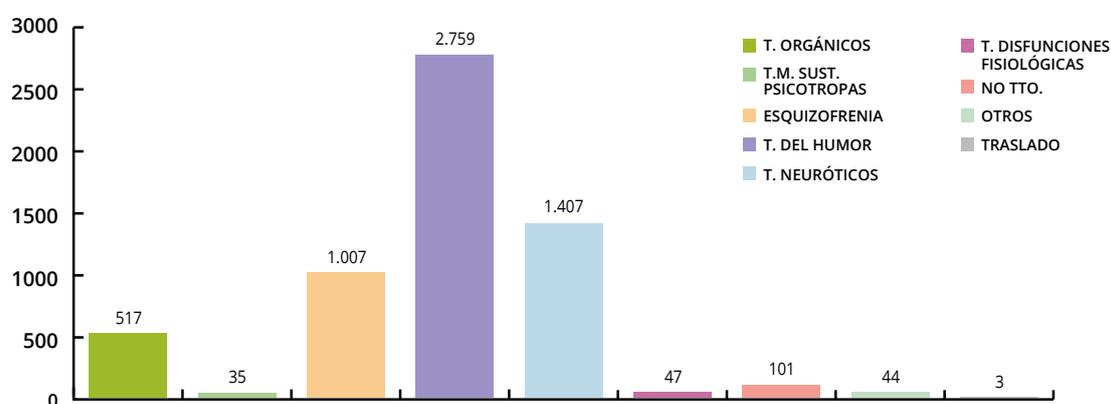
Los resultados de la Encuesta de Salud de Canarias, realizada en 2015, muestran que a mayor edad, mayor es la probabilidad de sufrir un problema de salud mental. Concretamente, el 26,6%

de los pacientes mayores de 64 años obtuvieron puntuaciones sugestivas de padecer un trastorno mental, convirtiéndose en la segunda franja de edad con mayor prevalencia, tras las personas con edades comprendidas entre los 45 y 64 años (27%).

Los datos del Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias (RECAP) de 2015, nos informan que se atendieron en las Unidades de Salud Mental (USM) de Canarias un total de 11.439 personas mayores de 60 años.

Los diagnósticos más frecuentes en personas mayores de 65 años, según el RECAP (2016), correspondieron por orden decreciente a Trastornos del humor, Trastornos neuróticos, Esquizofrenia y Trastornos orgánicos, tal y como se muestra en la gráfica adjunta:

SEXO	T. ORGÁNICOS	T. M. SUST. PSICOTROPAS	ESQUIZOFRENIA	T. DEL HUMOR	T. NEURÓTICOS	T. DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS	T. DE LA PERSONALIDAD	RETRASO MENTAL	T. MENTAL SIN ESPECIFICACIÓN
M	312	8	577	2.123	1.023	24	54	25	2
V	205	27	430	636	384	23	47	19	1
<b>SUMA TOTAL</b>	<b>517</b>	<b>35</b>	<b>1.007</b>	<b>2.759</b>	<b>1.407</b>	<b>47</b>	<b>101</b>	<b>44</b>	<b>3</b>



La suma total de pacientes mayores de 65 años diagnosticados de demencia ascendió a 154 personas (99 mujeres y 55 varones).

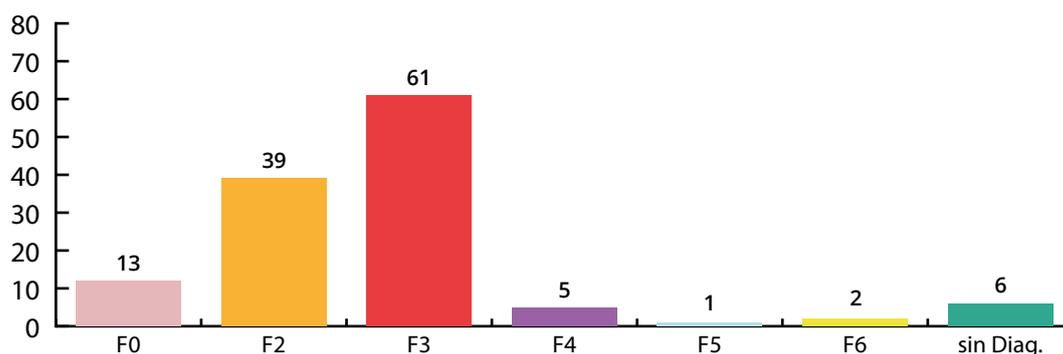
Respecto a la actividad asistencial, en el año 2016 se realizaron un total de 24.751 consultas en las USM, correspondiendo el 66,53% a mujeres, tal y como se desglosa en la siguiente tabla:

### Consultas de pacientes mayores de 65 años. Canarias. 2016

SEXO	CONSULTAS TOTALES	CONSULTAS SUCESIVAS	PRIMERAS CONSULTAS
M	16.468	14.468	1.745
V	8.283	7.581	702

Se indicaron un total de 130 altas en las Unidades de Internamiento Breve (UIB) a pacientes mayores de 65 años durante 2016, la mayoría con diagnósticos de F2 y F3, tal y como se refleja en la siguiente gráfica:

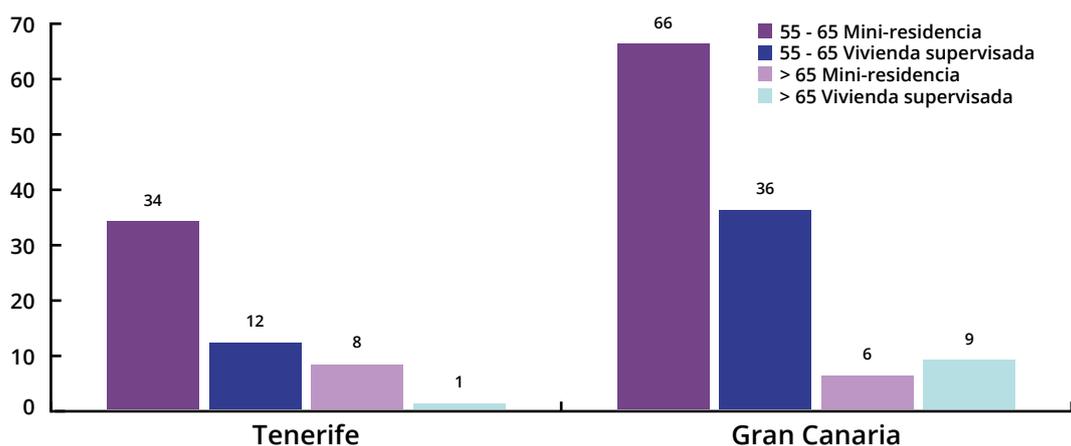
## Plazas ocupadas en Recursos Alojativos por pacientes mayores de 55 años con TMG



Con el propósito de optimizar la atención a mayores diagnosticados de Trastorno Mental Grave (TMG), se estableció como medida previa indispensable la evaluación de las necesidades de atención domiciliaria, residencial, y psicogeriatrica de los mayores diagnosticados de TMG, con el fin de realizar reubicaciones cuando fuera necesario atendiendo a sus necesidades. En este contexto, el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales del SCS, en coordinación con profesionales de las USM, realizaron un análisis pormenorizado de las necesidades alojativas de este segmento poblacional. La tipología de los recursos valorados fueron: atención domiciliaria, vivienda supervisada, mini-residencia, residencia para mayores y residencia de psicogeriatrica.

En la actualidad hay 172 plazas ocupadas por personas mayores de 55 años en recursos alojativos de Tenerife (32%) y Gran Canaria (68%). El 86% de estas plazas están ocupadas por personas con edades comprendidas entre 55 y 65 años. Respecto a la tipología del recurso el más utilizado es la miniresidencia con un 66,3% de las plazas. En la gráfica siguiente se puede observar la distribución por islas y rango de edad:

## Plazas ocupadas en Recursos Alojativos por pacientes mayores de 55 años con TMG



Se analizaron las necesidades alojativas de 3.255 pacientes con TMG con edades comprendidas entre los 55 a 65 años (1.982 pacientes) y mayores de 65 años (1.273 pacientes) atendidos en las USM entre enero de 2015 y octubre de 2016. En el 40,7% del total de pacientes valorados se estimó que necesitarían un recurso alojativo. De éstos, el 39,7% tenía edades comprendidas entre los 55 a 65 años y el 42,3% era mayor de 65 años. La distribución por islas y tipología de recursos alojativos se refleja en la tabla siguiente:

## Necesidades de Recursos Alojativos para pacientes mayores de 55 años con TMG

ISLA	ATENCIÓN DOMICILIARIA	VIVIENDA SUPERVISADA	MINI-RESIDENCIA	RESIDENCIA	PSICOGERIATRÍA
Tenerife	151	23	123	143	40
La Palma	21	1	7	8	4
El Hierro	8	0	0	3	0
La Gomera	5	3	2	7	0
Gran Canaria	134	24	50	345	100
Lanzarote	45	0	27	6	24
Fuerteventura	8	0	5	4	5
<b>TOTAL</b>	<b>372</b>	<b>51</b>	<b>214</b>	<b>516</b>	<b>173</b>

Muchos de los pacientes en situación de alta, que ocupan plaza en unidades de media y larga estancia del SCS, y que llevan esperando durante años una plaza en un recurso alojativo específico, son de edad avanzada. Del total de 55 pacientes en esta situación, se estima que 22 de ellos precisan un recurso específico para personas mayores (residencia o psicogeriatría). Esta situación es muy grave, en primer lugar porque no permite a los pacientes que carecen de recursos alojativos continuar con su proceso de rehabilitación y recuperación. En segundo lugar, porque esta ocupación de camas imposibilita que otros pacientes que requieren este recurso puedan ser ingresados en él para proseguir con su tratamiento integral. Coincide, asimismo, que se trata de pacientes con mayor gravedad clínica y con mayores necesidades terapéuticas y de rehabilitación. Además, a todo esto hay que añadir el colapso que sufren las urgencias hospitalarias como consecuencia de la falta de camas disponibles en hospitalización. En definitiva, se trata de una situación grave que termina produciendo repercusiones a múltiples niveles, afectando al adecuado tratamiento de las personas con trastorno mental en diferentes dispositivos de la Red de Salud Mental.

### 3. Atención a los trastornos mentales más prevalentes

La Ley General de Sanidad y las recomendaciones de organismos internacionales, consideran de modo preferente las intervenciones en el ámbito de la Psicogeriatría. La atención a los trastornos mentales en la edad geriátrica debe ser entendida como un programa longitudinal integrado funcionalmente con el resto de programas de salud mental, reconociendo que la Psicogeriatría atiende a una población con necesidades específicas y cuya demanda suele estar por debajo de la prevalencia real, que se estima en un 35% de la población mayor de 65 años, según la Sociedad Española de Psicogeriatría.

Las intervenciones han de centrarse especialmente en los trastornos mentales más frecuentes entre las personas mayores, fundamentalmente la depresión/ansiedad y el deterioro cognitivo/demencia, sin olvidar otras áreas como la conducta suicida, toxicomanías y la polifarmacia/manejo inadecuado de psicofármacos:

*Depresión/ansiedad:* estos trastornos se caracterizan por una incidencia elevada (el 15% de la población mayor tiene síntomas de depresión clínicamente significativos y un 15% padece una afección de ansiedad), mal pronóstico (sólo un tercio de las personas con depresión alcanza una recuperación completa transcurridos dos años desde el diagnóstico), importante impacto funcional (tan grande o peor que muchas enfermedades crónicas, como las afecciones coronarias, la artritis o la diabetes), incrementan el uso de los servicios médicos y se encuentran relacionados con el deterioro cognitivo.

*Deterioro cognitivo/demencia:* más de 5 millones de personas de la Unión Europea padecen demencia. Es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en el mundo entero y tiene un impacto físico, psicológico, social y económico en los cuidadores, las familias y la sociedad. La prevalencia de la enfermedad de Alzheimer, que representa entre un 60 y un 70% de todas las demencias, aumenta progresivamente desde el 2% entre la franja de edad de 65 a 69 años, hasta el 22% entre las personas mayores de 85 años. Como consecuencia del envejecimiento demográfico de la población, se espera el doble de casos en 2040 en Europa occidental y el triple en los países de Europa del este. Además, los estudios demuestran que la mayor parte de la población no conoce bien los primeros síntomas de la enfermedad y que un alto porcentaje de médicos de atención primaria no detectan adecuadamente los síntomas precoces, todo lo cual propicia el retraso del diagnóstico.

En Canarias se elaboró el “Manual de actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias” (Gobierno de Canarias, 2011), coordinado por la Dirección General de Programas Asistenciales. Como estrategia mixta de difusión del manual y de formación continuada de ámbito autonómico, basados en este manual, se realizaron dos cursos en línea durante los años 2013 y 2016, con una significativa acogida. Sus objetivos básicos fueron mejorar las competencias y actualizar los conocimientos y habilidades de los profesionales que atienden a los pacientes con demencia en nuestra comunidad.

En Canarias, las personas con sospecha de demencia o demencia establecida cuentan con consultas monográficas en todos los hospitales de referencia capitalinos, aunque dependientes de los servicios de Neurología. Aunque el rol de los profesionales de la salud mental en esta patología es fundamental en el tratamiento de síntomas psiquiátricos y conductuales que surjan a lo largo de la evolución, así como en el diagnóstico diferencial con otros trastornos psiquiátricos y el apoyo a los cuidadores, la realidad es que la implicación se reduce a escasas interconsultas ambulatorias por parte de Neurología y Atención Primaria, así como valoraciones puntuales en los servicios de urgencias o en psiquiatría de enlace. Los escasos pacientes diagnosticados de demencia en las USM o ingresados en las UIB, contrastan con la estimación de 25.000 personas con algún tipo de demencia en Canarias.

Como muestra de una colaboración que pudiera extenderse al resto de la Comunidad Canaria, en el Hospital Universitario de Canarias se cuenta desde 2010 con una participación directa de un psiquiatra a tiempo parcial, dos turnos de mañana al mes, en la “Consulta monográfica de trastornos de la memoria y demencias”, que funciona como una unidad interdisciplinar, aunque sin un espacio físico propio. En la actualidad, se realiza un seguimiento conjunto a unas 50 personas con trastornos de la memoria.

Las barreras y áreas de mejora más destacadas que sugiere el “Proyecto MapEA: mapa de recursos para enfermos de Alzheimer” (Martínez-Lage et al., 2018), para Canarias son las siguientes: falta de concienciación tanto de la población como de los profesionales sanitarios, inexistencia de una prevención específica del deterioro cognitivo, dificultad en el diagnóstico debido a la insuficiente accesibilidad al sistema sanitario, la polifarmacia y el uso de fármacos que empeoran la función cognitiva como los opiáceos o las benzodiazepinas, estigmatización, presión asistencial con largas listas de espera, enorme distancia temporal en las revisiones ambulatorias, falta de formación específica en Psicogeriatría por parte de los profesionales sanitarios, la hegemonía de los neurólogos, que dificulta el correcto diagnóstico de otras áreas de las que no son especialistas, ausencia de las pruebas de evaluación neuropsicológica específica en la cartera de servicios del SCS, falta de especialistas en Neuropsicología en la sanidad pública, escasez de plazas en centros sociosanitarios, demora de las ayudas a la dependencia y criterios de ingreso muy exigentes.

**Conducta suicida:** hay una tendencia general al incremento del suicidio con el envejecimiento. Además, un porcentaje muy alto de los intentos de suicidio entre estos adultos son fatales. La Encuesta de Salud de Canarias, nos indica que el 9,58% de las personas mayores de 65 años habían presentado pensamientos suicidas en algún momento de su vida, mientras que según el Instituto Canario de Estadística, la tasa de suicidio consumado por 100.000 habitantes/año superó en 2015 a la media de la Comunidad Canarias (9,05) en todas las franjas de edad de personas mayores de 60 años: 13,69 (60-69 años), 14,05 (70-79 años) y 12,40 (>79 años). Estas cifras se hallan en un rango medio (5-15) según la clasificación establecida por la OMS, aunque cercanas al rango alto (15-30).

**Toxicomanía:** los problemas de alcoholismo y abuso de sustancias pueden causar un agravamiento de los trastornos mentales en las personas mayores, y a la inversa, los problemas psicológicos, sociales y de salud, experimentados durante la vejez, pueden colaborar como factores de riesgo en el alcoholismo y el abuso de las sustancias tóxicas.

**Polifarmacia/uso incorrecto de psicofármacos:** los datos actuales de dispensación de psicofármacos en Canarias nos alertan de la magnitud de este problema, que afecta principalmente a personas mayores debido a su vulnerabilidad biológica y social. Según los datos del Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación, del Servicio Canario de la Salud (SCS), durante el año 2016, se dispensaron aproximadamente 177.000 envases de antipsicóticos, 962.000 de ansiolíticos, 463.000 de hipnóticos y 689.000 de antidepresivos, en mayores de 65 años. La variación respecto a 2015 correspondió a un -2,20% (antipsicóticos), -3,45% (ansiolíticos), -2,10% (hipnóticos) y 2,22% (antidepresivos). La Dosis Habitante Día (DHD) en el año 2016 correspondió a: 23,63 (antipsicóticos), 150,86 (ansiolíticos), 144,07 (hipnóticos) y 190,67 (antidepresivos). El gasto farmacéutico superó los 13 millones €, sin contar los eutimizantes ni los fármacos específicos para el tratamiento de las demencias.

#### 4. Prevención

Entre las recomendaciones propuestas para mejorar la atención a los trastornos mentales de las personas mayores se incluyen también las relativas a la prevención:

**Prevención primaria:** estimular la creación desde el ámbito administrativo, político y social de programas específicos para mejorar el afrontamiento de los cambios que suceden en el último periodo de la vida; fomentar la participación en el entorno social; y promocionar hábitos de vida que redunden en un mejor nivel de salud mental.

**Prevención secundaria:** mejorar los métodos de diagnóstico que faciliten un tratamiento precoz de los problemas de salud mental de la población mayor de 65 años, facilitando la accesibilidad a los servicios ambulatorios de salud mental y a las unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos.

**Prevención terciaria:** fomentar la permanencia del paciente en su medio natural y retrasar la institucionalización, mediante la implementación de los tratamientos rehabilitadores necesarios. Para ello deben complementarse los dispositivos para personas con demencia, con el acceso de personas mayores con otros trastornos mentales a centros y programas de rehabilitación psicosocial.

**Prevención cuaternaria:** se hace cada vez más necesario desarrollar programas destinados a evitar los frecuentes efectos adversos de los fármacos en general y de los psicofármacos en particular, con especial atención a la polimedicación.

## 5. Pilares para una atención integral y coordinada

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

Un aspecto esencial para la adecuada atención integral en salud mental es el relativo a la hospitalización, debiéndose proporcionar las condiciones necesarias para ingresos de pacientes psicogerítricos en unidades de agudos y de media/larga estancia, sin limitar el acceso por razón de la edad.

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

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

La formación en psicogeriatría dista aún de ser la adecuada en Canarias. La formación de los residentes de psiquiatría se incluye de forma opcional en rotaciones externas fuera de Canarias. En cuanto a la formación continuada, apenas ha tenido presencia en la formación organizada a través del Programa de Formación en Salud Mental. La investigación en psicogeriatría también ha sido anecdótica, sin que exista aún ningún grupo de investigación dedicado a esta. El análisis periódico de las características sociodemográficas de nuestra población y de la actividad asistencial en nuestra Comunidad son pilares básicos para orientar en la toma de decisiones relativas a la gestión.

## Bibliografía

Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales Manual de actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Santa Cruz de Tenerife: Gráficas Sabater; 2011.

Martínez-Lage P, Martín-Carrasco M, Arrieta E, Rodrigo J, Formiga F. Mapa de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en España. Proyecto MapEA. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2018; 53: 26-37.

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

OMS. Organización Mundial de la Salud. Demencia. Una prioridad de salud pública. [Internet]. Washington DC: OMS; 2013. Recuperado a partir de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf?ua=1)

OMS. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [Internet]. Ginebra: Suiza; 2015. Recuperado a partir de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf)

OMS. Organización Mundial de la Salud. Demencia. Nota descriptiva [Internet]. 2016. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>

OMS. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. Nota descriptiva [Internet]. 2016. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

## OBJETIVOS Y ACCIONES

### OBJETIVO GENERAL 1

**Proporcionar una atención integral a las personas de edad avanzada con trastornos mentales y a sus cuidadores.**

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.1. Establecer una adecuada coordinación entre la Red de Salud Mental y otros dispositivos asistenciales y sociales implicados en la atención a las personas de edad avanzada con trastornos mentales.**

#### Actividades

- 1.1.1. Elaborar e implementar un protocolo de atención psicogeriátrica en las USM, centrado en los aspectos de coordinación con Atención Primaria, Neurología, Geriátrica y Servicios Sociosanitarios, que contemple la continuidad de cuidados de las personas de edad avanzada con trastornos mentales.
- 1.1.2. Identificar aquellos trastornos mentales y situaciones clínicas que deban ser priorizados, y realizar cuantas acciones sean necesarias para su priorización efectiva.
- 1.1.3. Designar a un responsable de la implantación y seguimiento del protocolo de atención psicogeriátrica en todas las USM que dispongan al menos de dos psiquiatras en su organigrama.
- 1.1.4. Realizar actividades asistenciales de enlace, en las USM donde esté implantado el protocolo de atención psicogeriátrica, con el personal técnico y auxiliar de los centros residenciales socio-sanitarios para mayores dependientes y centros de día, del área de cobertura de cada USM, realizando tareas de consulta y de apoyo y orientación en el desarrollo de medidas de promoción, prevención y atención a la Salud Mental de los/las residentes.
- 1.1.5. Establecer una cooperación asistencial con cada una de las cuatro consultas monográficas de Trastornos de la Memoria y Demencias existentes en Canarias.

**Objetivo específico 1.2. Conocer y facilitar el acceso de las personas de edad avanzada con Trastornos Mentales Graves (TMG), a los recursos de atención domiciliaria, residencial y psicogeriátrica, así como al resto de dispositivos especializados de la Red de Salud Mental y de Drogodependencias.**

#### Actividades

- 1.2.1. Elaborar una guía de recursos socio-sanitarios específicos para personas de edad avanzada con trastornos mentales en Canarias.
- 1.2.2. Elaborar un censo de las necesidades en atención domiciliaria, residencial y psicogeriátrica de los mayores diagnosticados de TMG, tratados en las USM, y actualizarlo anualmente.
- 1.2.3. Crear un subprograma específico dentro del Programa Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP), con la dotación económica suficiente, que establezca la creación y gestión de los recursos socio-sanitarios necesarios para cubrir la demanda de alojamiento específico o atención domiciliaria destinado a personas de edad avanzada con TMG.

- 
- 1.2.4. Facilitar el acceso de las personas mayores con trastornos mentales, sin límite de edad, a los dispositivos especializados de la Red de Salud Mental y de drogodependencias, siempre que cumplan los criterios clínicos de inclusión establecidos de cada uno de los dispositivos.

**Objetivo específico 1.3. Mejorar el diagnóstico y el tratamiento de las personas de edad avanzada con trastornos mentales.**

**Actividades**

- 1.3.1. Elaborar y difundir, en Atención Primaria y los Servicios de Urgencias, un documento sobre métodos de diagnóstico precoz de los trastornos psicogerítricos más prevalentes (depresión y demencia).
- 1.3.2. Implementar un protocolo de vigilancia farmacológica en pacientes geriátricos, coordinado con el Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación y Atención Primaria, centrado en la polimedicación, las interacciones y los efectos secundarios de los psicofármacos.
- 1.3.3. Promover el acceso de las personas de edad avanzada tratadas en las USM a los tratamientos psicoterapéuticos.
- 1.3.4. Mejorar la atención sanitaria de los pacientes mayores hospitalizados con trastornos mentales, mediante el aumento de los recursos.
- 1.3.5. Mejorar la atención sanitaria de los pacientes mayores hospitalizados con trastornos mentales, mediante la mejora de la atención durante los ingresos.

**Objetivo específico 1.4. Afianzar la relación entre la Red de Salud Mental y las asociaciones de personas con trastorno mental (incluyendo las demencias) y sus familiares, así como los centros sociales de atención a los mayores, promoviendo su participación en la elaboración de programas de atención psicogerítrica y su contribución en las actividades formativas que precisen.**

**Actividades**

- 1.4.1. Promover la participación de responsables de las asociaciones de personas con trastornos mentales (incluyendo las demencias) en la elaboración de programas de atención psicogerítrica.
- 1.4.2. Realizar actividades formativas específicas en Psicogeriatría (charlas, conferencias, talleres, mesas redondas y asesoramiento), que sean de interés para los miembros de las asociaciones y los centros de mayores, haciendo énfasis en la prevención, detección precoz y desestigmatización de las enfermedades mentales, manejo de las alteraciones conductuales y síntomas psiquiátricos, así como el fomento y la promoción del envejecimiento activo y saludable.

**Objetivo específico 1.5. Prestar apoyo a las personas del entorno familiar que actúan como cuidadores de personas mayores y habilitar recursos de respiro y tratamiento diurno.**

**Actividades**

- 1.5.1. Crear un grupo psicoeducativo de apoyo a cuidadores de personas de edad avanzada con TMG, tratados en las USM.
- 1.5.2. Habilitar un Hospital de Día específico para personas de edad avanzada con TMG en ambas provincias, en coordinación con las USM.

## OBJETIVO GENERAL 2

**Mejorar la formación en Psicogeriatría de los profesionales implicados en el tratamiento de las personas de edad avanzada con trastornos mentales, hasta lograr unas adecuadas competencias técnicas, relacionales y éticas, e impulsar la investigación en esta área de conocimiento.**

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

#### Objetivo específico 2.1. Potenciar la formación continuada en Psicogeriatría.

##### Actividades

- 2.1.1. Desarrollar la atención a la psicogeriatría en Canarias, en infraestructuras, recursos humanos, y aspectos funcionales, de forma que mejore la calidad de la formación en psicogeriatría, contemplada en los programas de formación de los residentes de salud mental.
- 2.1.2. Impartición de cursos de formación sobre temas del área de la psicogeriatría, dirigido a los profesionales de la red de salud mental, en ambas provincias, en el contexto del Programa de Formación en Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales.
- 2.1.3. Impartición de cursos de formación sobre psicogeriatría, dirigido a facultativos de Atención Primaria, de residencias de mayores y otras especialidades médicas, así como personal de enfermería, en ambas provincias, cuyo contenido sea la detección precoz de los trastornos psicogeriátricos más comunes, el manejo farmacológico y no farmacológico de las alteraciones conductuales y síntomas psiquiátricos de la demencia y el uso adecuado de los psicofármacos en el anciano.
- 2.1.4. Realizar formación dirigida a los profesionales de la Red de Salud Mental para la mejora del diagnóstico y tratamiento de los trastornos que acompañan al envejecimiento en personas con discapacidad intelectual, especialmente en el Síndrome de Down.

#### Objetivo específico 2.2. Fomentar la investigación en el área de conocimiento de la Psicogeriatría.

##### Actividades

- 2.2.1. Creación de un grupo de investigación en Psicogeriatría en el contexto del Programa de Investigación en Salud Mental del SCS, que pudiera realizar, no solo proyectos locales, sino en cooperación con otros grupos similares del resto de las Comunidades Autónomas.

# LÍNEA ESTRATÉGICA 6: ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON PATOLOGÍA DUAL Y ADICCIONES

## ANÁLISIS DE SITUACIÓN

---

### 1. Introducción

El consumo de drogas está influido por múltiples factores. En el desarrollo de la adicción influyen además de características biológicas, la función psicológica instrumental, estilos de vida, evolución de los valores culturales, etc. Se trata además de un fenómeno dinámico, condicionado por factores de carácter social, económico, con dimensiones locales, nacionales e internacionales (SNS, 2009).

La presencia en una misma persona de un trastorno mental junto con otro por uso de drogas (TUS) ha recibido diferentes denominaciones: patología dual, diagnóstico dual, trastorno dual, comorbilidad, doble diagnóstico, etc. Por otro lado, han sido utilizados en referencia a diferentes combinaciones de trastornos: trastorno mental y TUS, trastorno mental grave y TUS, Trastorno bipolar y TUS, adicciones sin sustancia en personas con un trastorno mental, discapacidad intelectual y trastorno mental, etc. Aunque los términos más habituales en la literatura anglosajona son los de diagnóstico dual, trastornos duales y comorbilidad, en español la denominación más aceptada es la de Patología Dual, denominación que, aunque arbitraria, permite a los clínicos identificar estos pacientes dentro del campo de la salud mental.

En este documento conceptuamos la patología dual (PD) como la presencia en una misma persona de un trastorno mental junto con un trastorno por uso de sustancias (TUS) (MSSSI, 2017). Esta comorbilidad constituye una entidad de alta complejidad, ya que además de la concurrencia de dos trastornos, se asocia otros factores que empeoran el pronóstico como son: una mayor gravedad y duración del trastorno, mayor discapacidad, mayor consumo de servicios sanitarios y hospitalizaciones, mayor riesgo de conductas violentas y de suicidio, deficiente conciencia de enfermedad, menor adherencia, más riesgo de abuso de fármacos, mayor comorbilidad con otras enfermedades somáticas, contextos familiares y sociales escasamente contenedores y/o disfuncionales y riesgo de marginalidad (Struzik et al., 2017). Por lo tanto, su evaluación y tratamiento supone un reto para las redes sanitarias y sociales, así como para las familias, que desempeñan un papel importante en el mantenimiento de estas personas en la comunidad. Por lo tanto, es preciso el desarrollo de una gama amplia de recursos para cubrir las necesidades de las personas con PD y sus familias.

La PD afecta especialmente a algunos grupos poblacionales más vulnerables, que requerirán un abordaje específico (PISMA, 2016). Se ha hallado que el 92% de la población reclusa con algún trastorno mental tenía antecedentes de trastorno por consumo de sustancias (Vicens, 2007). Las personas sin hogar constituyen uno de los colectivos más vulnerables; se estima que entre el 20% y el 35% padecen enfermedades mentales graves y presentan un riesgo muy alto de comorbilidad con un TUS (Muñoz et al., 2003).

### 2. Epidemiología

En el Epidemiologic Catchment Area Study, el 47% de las personas con esquizofrenia sufrían un TUS en algún momento de sus vidas y el 28% lo presentaban el momento del estudio. El trastorno bipolar con TUS se situó en el 56% (Regier et al., 1990). En un estudio realizado en Londres se halló que el 21,5% de las personas con esquizofrenia presentaban un TUS (Duke, 2001). En EEUU, en el estudio CATIE, se halló que el 60% de la muestra de pacientes con esquizofrenia usaba drogas y el 37% tenía un TUS (Swartz et al., 2006).

Hasta nuestro conocimiento, no existen estudios epidemiológicos sobre PD en España. En un estudio realizado en Madrid se halló que el 25% de las personas que consultaban en un dispositivo de Salud Mental, y el 63% de los que consultaban en un dispositivo de atención a las drogodependencias presentaban criterios de PD (Vega et al., 2015), una prevalencia similar al 70% hallado en otro estudio (Arias, 2013).

En Canarias no se dispone de estudios epidemiológicos sobre patología dual. Sin embargo, se cuenta con los datos del Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias (RECAP).

### Pacientes con patología dual en Canarias – Año 2016

Isla	N.º de pacientes
<b>Tenerife</b>	1.203
<b>Gran Canaria</b>	910
<b>Lanzarote</b>	98
<b>Fuerteventura</b>	98
<b>La Palma</b>	88
<b>La Gomera</b>	74
<b>El Hierro</b>	24
<b>Total</b>	<b>2.480</b>

### 3. Estrategias y Planes

La Estrategia en Salud Mental del SNS 2009-2013 (MSPSI, 2011), establece, en el Objetivo General 4 (Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de salud mental) los objetivos específicos 4.25. “Adecuar los servicios con programas específicos para patología dual y en su defecto generarlos” y 4.26. “Definir e implantar protocolos clínicos de los procesos de atención más prevalentes en Patología Dual y/o de mayor complejidad clínica y asistencial”. Por su parte, en el Objetivo General 6 (Promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados en la mejora de la salud mental) incluye el objetivo específico 6.7. “Establecer procedimientos de apoyo desde la atención especializada en salud mental a los dispositivos asistenciales a pacientes con trastornos por consumo de sustancias para la detección y tratamiento precoz de la Patología Dual”.

El Plan de Salud de Canarias 2016-2017 (SCS, 2016) contempla como una de las áreas prioritarias en salud mental la “Atención a las personas con Trastornos Mentales Graves”. Por su parte, el área de impacto 4 establece “Desarrollar el Sistema Canario de Salud orientado hacia la mejora de la Integración Asistencial [...]”

La Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias (Gobierno de Canarias, 2015) enfatiza atender la complejidad de los trastornos comórbidos crónicos mediante la coordinación y continuidad asistencial de todos los servicios sanitarios, sociales y sociosanitarios.

### 4. Estrategias de intervención

La intervención en PD debe ser integral y coordinada entre todas las instituciones y agentes implicados. Los programas de tratamiento integrados han demostrado su eficacia, teniendo en cuenta que, además del tratamiento psicofarmacológico, se requiere un abordaje psicosocial

(Vega et al, 2015). Es necesario, por tanto, avanzar en la cooperación entre ambos sistemas, incrementando intervenciones coordinadas y complementarias que completen circuitos asistenciales que garanticen continuidad y eficacia (PISMA 2016).

## 5. Recursos específicos para la PD

En España existe una red de tratamiento muy diferenciada para las adicciones, con una coordinación escasa con la Red de Salud Mental. Esta organización dificulta el tratamiento integral y la coordinación. En el momento actual en más de la mitad de las comunidades autónomas (CCAA) existe una integración funcional de ambas redes asistenciales, siendo la situación actual de ambas redes asistenciales muy heterogénea. Exceptuando algunas CCAA que cuentan con la integración de ambas redes, en general no hay estrategias ni planes específicos para el tratamiento de las personas con PD. Los equipos multidisciplinares constituyen la infraestructura básica del modelo comunitario de atención a la persona con PD para garantizar un tratamiento integral (Vega et al, 2015).

Según la Asociación Española de Patología Dual algunos puntos críticos de la situación actual son (Vega et al, 2015):

- No existe una generalización de modelos de coordinación entre dispositivos asistenciales para personas con PD, ni un procedimiento reglado para asignar los grados de responsabilidad de los diferentes profesionales implicados en un mismo caso.
- El acceso al circuito asistencial específico de las personas con PD con frecuencia es tardío y la atención insuficiente.
- Los programas específicos multidisciplinares e intersectoriales para la atención a los problemas del paciente con PD son escasos.
- Los dispositivos específicos de hospitalización completa y parcial para la PD son escasos.

## 6. La atención en Canarias

En Canarias la evaluación y tratamiento ambulatorio de las personas con drogodependencia se realiza en las Unidades de Atención a las Drogodependencias (UAD), que cuentan con equipos multidisciplinares. Estas UAD no están integradas en la Red de Salud Mental. Cuando se estima necesario el ingreso hospitalario con finalidad de desintoxicación, se realiza la derivación para ingreso en las Unidades de Desintoxicación Hospitalarias. La indicación se realiza por médicos de las UAD. Otro requisito básico es la voluntariedad en el ingreso. Cuando existe patología dual, los pacientes reciben un seguimiento ambulatorio de forma conjunta por las USMC y las UAD.

Desde 2014, el SCS cuenta con un programa de patología dual específico en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Este programa tiene 2 áreas de actuación: ambulatoria y hospitalaria. A nivel hospitalario cuenta con una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) con 4 camas para la desintoxicación de pacientes con origen en la Red de Atención a las Drogodependencias y 2 camas para pacientes con patología dual con origen en la Red de Salud Mental, por lo que se trataría de un dispositivo integrado entre ambas redes asistenciales. La distribución de camas es flexible según el perfil de la demanda asistencial y la estancia media es de 8-9 días. Cuenta con profesionales de psiquiatría, enfermería, terapia ocupacional y auxiliar de enfermería. A nivel ambulatorio, la unidad cuenta con actividad de consultas externas, llevada a cabo por un psiquiatra y una enfermera, en el contexto del Programa de Atención Integral a las Psicosis en Patología Dual. En este programa se atienden pacientes con trastornos del espectro psicótico y consumo de sustancias que son atendidos habitualmente tras un ingreso en la UIB por

un episodio de descompensación psicótica. Actualmente, con más de 100 pacientes atendidos, aproximadamente el 50% padecen primeros episodios psicóticos. El objetivo es realizar un seguimiento estrecho durante un periodo entre 6 meses y un año con enfoque en la prevención de recaídas y la psicoeducación, para conseguir estabilidad y abstinencia, con el objetivo de una posterior derivación a la USM de referencia.

En cuanto a las UAD, según la Dirección General de Salud Pública solo tres centros notificaron en el 2015 la disponibilidad de un programa específico: La Palma, UAD Zonzamas (Lanzarote) y la UAD de Gáldar (Gran Canaria). Las demás UAD trabajan en colaboración con las USM. Todos las UADs refieren buena colaboración con las USM.

## **7. Coordinación entre Salud Mental y la Red de Atención a las Drogodependencias.**

La coordinación entre las redes de Salud Mental y de Atención a las Drogodependencias es deseable para una mejor atención a estos pacientes. En líneas generales no existe una coordinación entre ambas redes mediante reuniones periódicas. Las principales vías de comunicación entre ambas se produce según las necesidades concernientes a pacientes concretos, mediante notas o informes clínicos, o en menor proporción, mediante contactos telefónicos.

## **Bibliografía**

Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, et al. Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente Adicciones. Adicciones. 2013; 25(2): 118-27.

Consejería de Sanidad. Servicio Canario de la Salud. Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias, 2015.

Duke PJ, Pantelis C, McPhillips MA, Barnes TR. Comorbid non-alcohol substance misuse among people with schizophrenia: epidemiological study in central London. Br J Psychiatry. 2001; 179: 509-13.

Muñoz M, Vázquez JJ, Panadero S, Vázquez C. Características de las personas sin hogar en España: 30 años de estudios empíricos. Cuad Psiquiatr Comunitaria. 2003; 3(2): 100-16.

Regier D, Farmer M, Rae D, Locke B, Keiz S, Judd L, et al. Epidemiological Catchment Area study, Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological catchment Area (ECA) study. JAMA. 1990; 264: 2511-18.

SCS. Servicio Canario de la Salud. Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Plan de Salud de Canarias 2016-2017. Entre la crisis y la transformación necesaria para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios. Aprobado en Consejo de Gobierno el 26 de septiembre de 2016. Las Palmas de Gran Canaria: FF Comunicación; 2016.

Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía. III Plan integral de Salud mental de Andalucía 2016-2020 (PISMA). Sevilla: Consejería de Salud; 2016.

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

MSSSI. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sociedad Española de Psiquiatría, Sociedad Española de Toxicomanías, Sociedad Española de Patología Dual, Socidrogalcohol, Asociación Gallega de Psiquiatría, CIBERSAM. [Internet]. 2017. Guía de práctica clínica para el

tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con un trastorno mental grave y un trastorno por uso de sustancias. Recuperado a partir de: [http://www.sepsiq.org/file/Enlaces/GPC\\_570\\_Guia\\_Patologia\\_Dual\\_compl.pdf](http://www.sepsiq.org/file/Enlaces/GPC_570_Guia_Patologia_Dual_compl.pdf)

Struzik M, Wilczynski K, Chalubinski J, Mazgaj E, Krysta K. Comorbidity of substance use and mental disorders. *Psychiatr Danub*. 2017; 29(3): 623-28.

Swartz M, Wagner H, Swanson J, Stroup T, McEvoy J, Canive J, et al. Substance use in persons with schizophrenia: baseline prevalence and correlates from the NIMH CATIE study. *J Nerv Ment Dis*. 2006; 194(3): 164-72.

Vega P, Szerman N, Roncero C, Grau-López L, Mesías B, Barral C, et al. Libro blanco: Recursos y necesidades asistenciales en patología dual. Madrid: SANED; 2015. Recuperado a partir de: <http://www.patologiadual.es/docs/libro-blanco-recursos-asistenciales-pdual2015.pdf>

Vicens E. Tratamiento de la esquizofrenia dual en instituciones penitenciarias. En: Szerman Bolotner N, Álvarez Vara CM, Casas Brugué M, coordinadores. *Patología Dual en esquizofrenia. Opciones Terapéuticas*. Barcelona: Glosa; 2007. p.173-86.

## OBJETIVOS Y ACCIONES

### OBJETIVO GENERAL

Proporcionar una atención integral a las personas con patología dual y adicciones, centrada en el usuario, y de forma coordinada entre las redes atención implicadas en el proceso terapéutico.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.** Disponer de un sistema de evaluación y registro asistencial que ayude a detectar las necesidades de las personas con comorbilidad de trastorno mental y trastorno por uso de sustancias (TUS) y permita realizar análisis e informes de la situación.

#### Actividades

- 1.1. Realizar un análisis de la situación de las personas con patología dual en Canarias, con periodicidad anual.

**Objetivo específico 2.** Desarrollar un programa específico para el abordaje terapéutico integral y coordinado entre la Red de Salud Mental y la Red de Atención a las Drogodependencias, de las personas con coexistencia de trastornos adictivos y TMG. Tal programa debe incluir al menos los siguientes aspectos:

**Objetivo específico 2.1.** Un Plan Terapéutico Individualizado (PTI) común a todos los dispositivos sanitarios y sociales que intervienen con esa persona.

#### Actividades

- 2.1.2. Puesta en marcha de cuantas acciones sean necesarias para que se elabore un PTI tras la evaluación inicial de las personas con patología dual.  
Observaciones: El paciente debe estar implicado en el proceso. El PTI estará integrado dentro del Programa de atención a personas con PD.

**Objetivo específico 2.2.** Recomendaciones para la detección precoz e intervención temprana en pacientes con trastorno de adicción y comorbilidad psiquiátrica grave.

#### Actividades

- 2.2.1. Elaborar un documento con recomendaciones para la detección e intervención temprana en pacientes con trastorno adictivo y comorbilidad psiquiátrica grave.
- 2.2.2. Promover la prevención, detección precoz e intervención temprana en TUS en pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Grave, mediante actividades de psicoeducación, individual o grupal, grupos en encuentro entre pacientes y profesionales, etc.

**Objetivo específico 2.3.** Subprograma de atención al paciente con patología dual dentro de los programas de rehabilitación psicosocial.

#### Actividades

- 2.3.1. Elaborar un subprograma de atención a la patología dual en los programas de rehabilitación psicosocial, preferentemente de carácter autonómico (Sí/No).
- 2.3.2. Implementar las acciones contempladas en el subprograma de atención a la patología dual en los programas de rehabilitación.

**Objetivo específico 2.4. Prevención e intervenciones específicas para grupos identificados de mayor riesgo y vulnerabilidad frente a la patología dual (población reclusa, sin hogar, menores en situación de riesgo, etc.).**

#### Actividades

2.4.1. Desarrollar actividades de prevención de TUS en población infanto-juvenil identificada como vulnerable.

Ejemplo de población vulnerable: pacientes en seguimiento por Salud Mental Infanto-Juvenil, con antecedentes familiares de TMG, TUS, u otros trastornos mentales.

Ejemplos de tipos de actividades: psicoeducación (individual o grupal), charlas, seminarios, grupos de encuentro pacientes, padres y profesionales, tanto en el ámbito sanitario como en los centros educativos.

2.4.2. Actividades de prevención de TUS en pacientes con TMG: actividades de psicoeducación, (individual o grupal), charlas, seminarios, grupos de encuentro entre pacientes y profesionales, etc.

2.4.3. Realizar intervenciones adaptadas para tratar la patología dual en poblaciones especialmente vulnerables.

**Objetivo específico 2.5. Inserción social: Promocionar la inclusión comunitaria de los pacientes con trastornos adictivos y comorbilidad psiquiátrica grave.**

#### Actividades

2.5.1. Desarrollar actividades de inclusión comunitaria de los pacientes con TUS y comorbilidad psiquiátrica grave, que favorezcan la comunicación entre agrupaciones o asociaciones de pacientes y familiares afectados.

**Objetivo específico 3. Desarrollar la formación e investigación.**

**Objetivo específico 3.1. Mejorar la formación de los profesionales ambas redes (Salud Mental y Atención a las Drogodependencias) y de otros profesionales sanitarios y sociales.**

#### Actividades

3.1.1. Realizar actividades formativas dirigidas a profesionales de las redes de salud mental y de atención a las drogodependencias, en el contexto del Programa de Formación en Salud Mental de Canarias.

3.1.2. Integración de formación reglada de PD en el programa de los MIR, PIR y EIR.

**Objetivo específico 3.2. Investigación: Fomentar la investigación en el campo de la patología dual y adicciones.**

#### Actividades

3.2.1. Conformar un grupo de investigación que incluya profesionales de, al menos, las redes de salud mental y drogodependencias.

3.2.2. Desarrollar investigaciones relevantes en el campo de la patología dual y adicciones.

**Objetivo específico 4. Mejorar la prevención en patología dual y adicciones.**

**Actividades**

- 4.1. Desarrollar actividades de prevención de TUS en pacientes con Trastorno Mental Grave, tanto a nivel poblacional como directamente a los pacientes con TMG.
- 4.2. Proporcionar información básica a los pacientes con patología dual o adicciones, y a sus familiares sobre estos trastornos y los recursos y servicios disponibles en ambas redes.

**Objetivo específico 5. Mejorar la dotación en infraestructuras y/o el funcionamiento de los recursos disponibles para la atención a la patología dual en el contexto de un modelo de atención homogéneo en Canarias.**

**Actividades**

- 5.1. Realizar un análisis de resultados y coste-efectividad del programa de patología dual del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, con el fin de orientar a la conveniencia o no de su generalización en Canarias.
- 5.2. Facilitar la implementación general y homogénea en Canarias del modelo de atención a la patología dual que muestre una efectividad y coste-efectividad más adecuadas.
- 5.3. Realizar cuantas acciones sean necesarias para la mejora de la dotación en infraestructuras y/o el funcionamiento en la atención a la patología dual en el contexto de un modelo de atención homogéneo en Canarias.

# LÍNEA ESTRATÉGICA 7: REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

## ANÁLISIS DE SITUACIÓN

---

### 1. Enfoque actual de la Rehabilitación Psicosocial

Muchas de las personas que sufren trastornos mentales graves y persistentes presentan discapacidades, déficit y disfunción social que conllevan dificultades para el funcionamiento social autónomo. Su acceso al mundo laboral es más difícil, pierden su red social de apoyo y están en mayor riesgo de situaciones de desventaja social. Además, es frecuente que las familias y cuidadores afronten una sobrecarga provocada por el cuidado de estas personas.

Todo ello hace imprescindible que la atención comunitaria tenga en cuenta atender, junto con la problemática de la clínica psiquiátrica, a las dificultades psicosociales y necesidades sociales, evitando situaciones de marginación y exclusión social, y favorezca la rehabilitación e integración social. Es preciso articular una red de recursos de los sistemas sanitario y social que atiendan, de una forma coordinada, complementaria y asegurando la continuidad de atención, las necesidades de estas personas, y que apoyen su integración y participación social efectiva como ciudadanos de pleno derecho (Sobrino y Rodríguez, 2007).

La rehabilitación psicosocial debe entenderse como una estrategia de salud pública que guíe la asistencia a las personas más gravemente afectadas por enfermedades mentales, tanto por la intensidad y persistencia de los síntomas, como por su repercusión funcional y social (Uriarte, 2010).

#### Definición

El término “Rehabilitación Psicosocial” hace referencia a un conjunto de programas de intervención psicosocial y social para personas que sufren trastornos mentales graves y persistentes. El objetivo es mejorar la calidad de vida de estas personas, ayudándoles a asumir la responsabilidad de sus propias vidas, a manejarse con la mayor independencia posible en su entorno social y a actuar en la comunidad tan activamente como sea posible, con los apoyos que necesiten en cada momento.

Según las recomendaciones y los documentos de consenso actuales, la Rehabilitación Psicosocial debe basarse en un modelo de orientación comunitaria, integrada en los sistemas públicos de atención sanitaria y social. El desarrollo de los servicios estará centrado en atender las necesidades de los usuarios y sus familiares. La rehabilitación psicosocial debe ser transversal a toda la red de atención en salud mental, asegurando la continuidad asistencial, y ofrecerse precozmente a todas las personas que lo necesiten (MSC, 2007).

#### Planificación en rehabilitación psicosocial

La planificación en rehabilitación psicosocial de las personas con trastorno mental grave debe tener en cuenta las siguientes perspectivas:

- **Recuperación.** En los últimos años se ha venido imponiendo la llamada perspectiva, orientación, o modelo de recuperación. Tal como señala el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 (OMS, 2013), el desarrollo de servicios de salud mental de buena calidad ha de tener un enfoque basado en la recuperación, que haga hincapié en el apoyo para lograr que las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales desarrollen y recuperen un proyecto de vida con sentido alcanzando sus propias aspiraciones y metas más allá de la enfermedad. La recuperación supone apoyarse en las capacidades y fortalezas de la persona y de su entorno, en la esperanza de usuarios y profesionales.

Un factor importante en el modelo de recuperación es el empoderamiento, entendido como un proceso por el que se recupera el control sobre la propia vida. Consta de cuatro dimensiones: autoconfianza, participación en las decisiones, dignidad y respeto, pertenencia y contribución a una sociedad más plural (WHO, 2010).

- **Derechos Humanos.** La consideración de los derechos humanos es un aspecto básico en rehabilitación psicosocial (Guinea, 2013). La OMS (WHO, 2012) propone cinco áreas estratégicas en la promoción de los derechos humanos en Salud Mental, en que las personas afectadas por enfermedad mental deberían poder acceder en condiciones de equidad con los demás ciudadanos de su entorno a los siguientes aspectos: el derecho a un adecuado estándar de vida y protección social; el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; el ejercicio de la capacidad legal, libertad personal y seguridad; protección ante la tortura, trato cruel o degradante, castigo o explotación, violencia o abuso; y derecho a la vida independiente y a ser incluidas en la comunidad.

Las mujeres con trastorno mental grave requieren una especial atención, por ser una población con mayor riesgo de maltrato, violencia y situaciones de mayor precariedad social. La perspectiva de género debe incorporarse a todas las acciones en rehabilitación psicosocial.

- **Prácticas basadas en la evidencia.** Aunque la rehabilitación psicosocial debe ser una actividad transversal a toda la red de atención, hay dispositivos específicos en los que constituye la práctica nuclear. Entre ellos se encuentran los centros de rehabilitación psicosocial, los programas de apoyo a la vivienda, de apoyo al empleo, los equipos de tratamiento asertivo comunitario o las unidades de hospitalización de orientación rehabilitadora (AEN, 2012). Atendiendo a las necesidades de las personas y tras una evaluación integral y formulación de un plan individualizado de rehabilitación, se desarrollan una serie de intervenciones, realizadas desde un trabajo en equipo, que han demostrado su eficacia o han sido recomendadas por el consenso de expertos. Entre ellas están: intervenciones familiares, terapia cognitivo-conductual, psicoeducación, rehabilitación cognitiva, programas de habilidades de la vida diaria, programas residenciales, de empleo, dirigidos al ocio y tiempo libre, afrontamiento al estrés (GPC, 2009, AEN, 2012).
- **Determinantes sociales.** Los factores sociales y de exclusión social tienen un gran impacto sobre la discapacidad vinculada al trastorno mental, dificultando la recuperación. La pobreza, el bajo nivel educativo, las dificultades en acceso a la vivienda o al trabajo suponen barreras para la integración social y el desempeño de roles socialmente significativos. La recuperación de las personas con trastorno mental grave también depende de las políticas y de los apoyos que se les preste en otros planes y acciones de las administraciones públicas (discapacidad, vivienda, empleo, justicia, educación, etc).

Las personas diagnosticadas de trastorno mental grave sufren, además de las discapacidades y dificultades de integración derivadas directamente de la enfermedad, las consecuencias de los prejuicios y actitudes sociales de rechazo. Una atención integral a las personas con trastorno mental grave no sólo tiene que cubrir suficientemente sus necesidades de apoyo e integración, sino que, simultáneamente, también debe establecer acciones que disminuyan o eliminen las consecuencias negativas del estigma (Muñoz et al., 2009). Por su importancia una de las Líneas Estratégicas de este Plan está dedicada a esa tarea.

## 2. Normativa de referencia

La legislación estatal, autonómica e internacional apoya la necesidad y la importancia de la atención en rehabilitación psicosocial, enfatizando la necesaria coordinación entre los servicios sanitarios y sociales.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad establece el desarrollo de los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral a los problemas de la persona con enfermedad mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de Septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización, incluye el “Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación”.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud define la prestación de atención sociosanitaria como aquella que “comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”.

La Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia supuso el reconocimiento de un derecho social y de una serie de prestaciones para dar soporte a las personas con discapacidades propias de un trastorno mental grave.

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 (MSSSI, 2011), recomienda mejorar el acceso a todos los dispositivos o programas rehabilitadores, y aumentar el porcentaje de pacientes con trastorno mental grave que son incluidos en un programa de rehabilitación.

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, ratificada por el Estado español en 2008 (CDPD) señala como propósito “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”. En su artículo 26 insta a los Estados Parte a organizar, intensificar y ampliar servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales de forma que esos servicios y programas: a) comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona; b) apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.

El Decreto 83/1998, de 28 mayo, por el que se constituyen los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC) para enfermos mentales, señala que le corresponde a este órgano el diseño de Programas Insulares de Rehabilitación Psicosocial para personas con enfermedad mental así como asesorar a los responsables de los servicios sanitarios y sociales, públicos o privados, sobre la correcta utilización de todos los recursos y prestaciones, así como de los diferentes procedimientos para acceder a ellos.

El Plan de Salud de Canarias 2016-2017 considera como una prioridad la atención al trastorno mental grave y recoge en sus líneas estratégicas la necesidad de asegurar la continuidad asistencial a través de una red integrada de servicios, cuyo eje será la Unidad de Salud Mental Comunitaria, reduciendo el número de hospitalizaciones y mejorando su funcionamiento social y calidad de vida. Los modelos de referencia serán el “Tratamiento Asertivo Comunitario” y los “Programas de Continuidad de Cuidados”. Dicho Plan de Salud también recoge que se deben desarrollar y potenciar los aspectos contemplados en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Los planes y programas asistenciales deben incluir

intervenciones que fomenten la integración y reduzcan la estigmatización. Así mismo, como líneas de actuación, establece la necesidad de aumentar la eficacia de los Planes Insulares de Rehabilitación Psicosocial (PIRP), y los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC).

La Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias (SCS, 2015) enfatiza la necesidad de la coordinación y continuidad asistencial con los Servicios Sociales y Sociosanitarios, y también considera necesaria la potenciación de la figura del paciente y del cuidador.

### **3. Situación en Canarias**

En el análisis de la situación global de este Plan se expone de forma detallada la situación de la red de recursos sociales y sociosanitarios en Canarias, y su actividad. Se resumirán a continuación los aspectos más relevantes, además de datos y consideraciones adicionales.

El Programa sociosanitario de Atención a la Discapacidad de Canarias en el Sector de Salud Mental (PAD) se desarrolló en el período 2005–2010, integrando las acciones que se habían realizado en los años anteriores en los PIRP, especialmente en las islas capitalinas. Durante esos años se desarrolló una amplia red de dispositivos de rehabilitación. En esta red participan distintas administraciones, empresas y asociaciones del tercer sector.

Con la puesta en marcha de la Ley de Dependencia, el PAD se sustituyó por Convenios entre la Administración de la Comunidad Autónoma y los Cabildos Insulares. Las aportaciones y dificultades que supone el desarrollo de la Ley de Dependencia ya han sido comentadas en el análisis general de la situación, junto a las propuestas para subsanar las dificultades que puede provocar. La ruptura de la continuidad asistencial, la duplicidad de planes de atención a una misma persona, la posibilidad de una puerta de acceso a los recursos de rehabilitación y el alojamiento diferente a la Red de Salud Mental, suponen los mayores riesgos.

Hay que reconocer el esfuerzo realizado por los familiares en las últimas décadas para mantener a los pacientes con trastorno mental grave en la comunidad. Las asociaciones de familiares en Canarias han contribuido a desarrollar dispositivos intermedios de apoyo, facilitando pasar de una atención institucional a otra comunitaria.

La reciente incorporación de los usuarios al movimiento asociativo también ha contribuido a la lucha contra el estigma, y proporciona apoyo entre iguales. En Canarias se han puesto en marcha experiencias de incorporación en los programas de rehabilitación de usuarios expertos, y grupos de ayuda mutua. Las asociaciones de familiares y usuarios tienen representación en los CIRPAC y en la COMASAM.

### **4. Recursos y actividad**

Según los datos del RECAP, en el año 2015 se atendieron 1.814 personas en los dispositivos de rehabilitación psicosocial de Canarias. La mitad de ellos acudieron a centros de día de rehabilitación psicosocial. La derivación se realiza desde las unidades de salud mental comunitarias.

El desarrollo de los dispositivos de rehabilitación ha sido desigual entre las islas, con una amplia dotación de recursos en las islas capitalinas y carencias en otras islas. Hay diferencias en la denominación de los dispositivos, en la dotación de profesionales y en la adscripción a distintas entidades gestoras. En general falta un mayor desarrollo en la atención domiciliaria, en el apoyo al empleo y en plazas residenciales.

Tabla 1. Comparación de la tasa de plazas en Canarias respecto a las recomendaciones

Tipo de Recurso	Nº de Plazas* Canarias	Tasa en Canarias* (100.000 hab.)	Mínimo ** (100.000 hab.)	Adecuado** (100.000 hab.)
<b>CDRPS</b>	807	38,42	30	50
<b>Miniresidencias</b>	293	13,95	15	30
<b>Pisos</b>	319	15,18	6	10

\* Datos 2016. \*\* Recomendaciones Modelo de Atención a personas con enfermedad mental grave. IMSERSO, 2007

Las plazas de rehabilitación hospitalaria (213 en UME y UCYR) está localizadas en las islas capitalinas, con unas ratios de 2,7/100.000 camas de UME, y de 8,1/100.000 camas de UCYR. La recomendación de camas en Unidades Hospitalarias de Rehabilitación, según el Cuaderno técnico de la AEN (2002) es de 8 a 10/100.000 hab.

El envejecimiento de la población, con un alto número de personas con trastorno mental grave en edades avanzadas, es un problema importante que requiere nuevas modalidades de atención y de provisión de recursos adaptados a esa etapa de la vida. La falta de plazas de mayores puede provocar un colapso en toda la red asistencial.

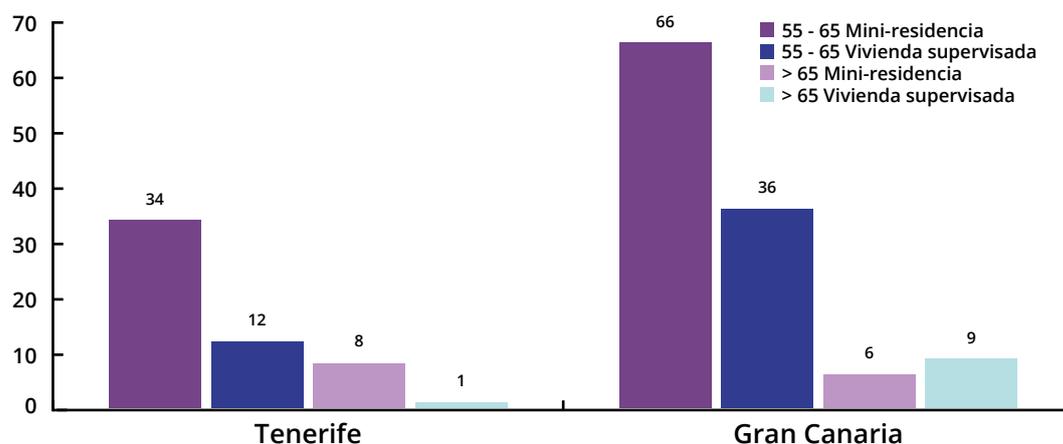
La tabla 2 muestra la previsión de necesidades a un año de atención en recursos alojativos, para personas mayores de 55 años con TMG.

#### Necesidades de Recursos Alojativos para pacientes mayores de 55 años con TMG. USM 2015 - 2016

ISLA	ATENCIÓN DOMICILIARIA	VIVIENDA SUPERVISADA	MINI-RESIDENCIA	RESIDENCIA	PSICOGERIATRÍA
<b>Tenerife</b>	151	23	123	143	40
<b>La Palma</b>	21	1	7	8	4
<b>El Hierro</b>	8	0	0	3	0
<b>La Gomera</b>	5	3	2	7	0
<b>Gran Canaria</b>	134	24	50	345	100
<b>Lanzarote</b>	45	0	27	6	24
<b>Fuerteventura</b>	8	0	5	4	5
<b>TOTAL</b>	<b>372</b>	<b>51</b>	<b>214</b>	<b>516</b>	<b>173</b>

La gráfica 1 refleja el envejecimiento de las personas alojadas en dispositivos residenciales. Así mismo, un número elevado de pacientes con TMG en situación de alta de las unidades hospitalarias de media y larga estancia, tal como se puede ver en la Tabla 3, carecen de un recurso de alojamiento al que poder ser derivados, a pesar de haber sido solicitado desde hace mucho tiempo.

**Gráfica 1. Plazas ocupadas en Recursos Alojativos por pacientes mayores de 55 años con TMG**



**Tabla 3. Recursos solicitados de Alojamiento Tutelado para pacientes ingresados en Unidades de media y larga estancia.**

ISLA	MINI-RESIDENCIA	VIVIENDA SUPERVISADA	MINI-RESIDENCIA	VIVIENDA SUPERVISADA
<b>Tenerife</b>	2	15	2	8
<b>Gran Canaria</b>	2	14	7	5
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>29</b>	<b>9</b>	<b>13</b>

En la islas capitalinas se han creado equipos de tratamiento asertivo comunitario (ETAC y ECA) que también se ocupan de la atención a personas sin hogar con trastorno mental grave.

Faltan programas de atención a poblaciones con trastorno mental grave y otras dificultades especiales: discapacidad intelectual, adicción a sustancias, población reclusa, personas de edad avanzada.

Los responsables de los Planes Insulares de Rehabilitación Psicosocial de Canarias, en coordinación con el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales y el Responsable del Plan de Salud de Canarias elaboraron, para las correspondientes Áreas de Salud, informes donde priorizaron acciones para 2016-2017. Las acciones consideradas comunes se concretan en los siguientes aspectos:

- Desarrollar e impulsar los CIRPAC a todos los niveles (participación, coordinación interinstitucional, planificación y evaluación de los dispositivos de Rehabilitación Psicosocial), adaptando su funcionamiento a la normativa y realidad social actual.
- Potenciar la atención domiciliaria y programas de alojamiento alternativo, integrando el Modelo Asertivo Comunitario.
- Diseñar e implementar programas de intervención temprana en las psicosis.
- Atender a los problemas de salud física en personas con Trastorno Mental Grave.

El establecimiento de una coordinación eficaz, que permita una actuación planificada y sinérgica entre los dispositivos sanitarios, sociosanitarios y sociales es uno de los grandes retos para desarrollar acciones de forma eficiente, armonizar la accesibilidad a los diferentes dispositivos y programas y garantizar la continuidad asistencial. Los CIRPAC y la COMASAM son los órganos colegiados claves para la coordinación. La línea estratégica 10 de este Plan está dedicada a la coordinación en este ámbito.

## Bibliografía

AEN. Asociación Española de Neuropsiquiatría. [Internet]. Hacia una reformulación de la Rehabilitación Psicosocial. Cuadernos técnicos, 16. Madrid; 2012. Recuperado a partir de: <http://www.aen.es/docs/CTecnicos16.pdf>

Consejería de Sanidad. Servicio Canario de la Salud. Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias, 2015.

Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Plan de Salud de Canarias 2016-2017. Entre la crisis y la transformación necesaria para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios. Las Palmas de Gran Canaria: FF Comunicación; 2016.

Guinea R. Rehabilitación Psicosocial y Derechos Humanos. Rehabilitación Psicosocial. 2013; 10 (2): 1-3.

MSPS. Ministerio de Sanidad y Política Social. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/05.

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

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. Modelo de Atención a personas con enfermedad mental grave. Madrid: IMSERSO; 2007.

Muñoz M, Pérez-Santos E, Crespo M, Guillén A. Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Madrid: Editorial Complutense; 2009.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: OMS, 2013. Recuperado a partir de: [www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/es/](http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/)

Sobrino T, Rodríguez A. Intervención social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas. Madrid: Síntesis; 2007.

Uriarte, J. Evaluación de la Atención a la Enfermedad Mental Grave y Rehabilitación: algunos apuntes para el futuro. En: Fernández J, Touriño R, Benítez N y Abelleira C, editores. Evaluación en Rehabilitación Psicosocial. Valladolid: FEARP; 2010.

WHO. World Health Organization. User empowerment in mental health – a statement by the WHO Regional Office for Europe. [Internet]. 2010. Recuperado a partir de: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0020/113834/E93430.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf)

WHO. World Health Organization. WHO Quality Rights tool kit. [Internet]. 2012. Recuperado a partir de: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/QualityRights\\_toolkit/en](http://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_toolkit/en)

## OBJETIVOS Y ACCIONES

### OBJETIVO GENERAL 1

**Atender a las necesidades de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) disponiendo de los dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial suficientes, asegurando la continuidad asistencial a través de una red integrada de servicios, con una adecuada distribución geográfica.**

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.1.** Disponer de un análisis periódico sobre las necesidades de dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial de las personas con trastorno mental grave en Canarias.

#### Actividades

- 1.1.1. Actualización y cumplimentación de la ficha de necesidades de las personas con trastorno mental grave.
- 1.1.2. Realización de un análisis detallado por áreas de salud, de las necesidades de dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial de las personas con trastorno mental grave en Canarias.

**Objetivo específico 1.2.** Disponer de un Programa Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP) en todas las islas, atendiendo a su situación, particularidades y necesidades.

#### Actividades

- 1.2.1. Constitución de grupo de trabajo para la elaboración del PIRP, coordinado por el responsable de cada PIRP.
- 1.2.2. Realización efectiva del Programa.

**Objetivo específico 1.3.** Definir el número de plazas necesarias en cada área, los profesionales y sus competencias, la organización, coordinación, prestación de servicios y sistemas de información necesarios, con el fin de proporcionar con la mayor efectividad posible la variedad de programas y dispositivos de rehabilitación, adaptados a las diferentes realidades geográficas, garantizando el acceso de los usuarios mediante la indicación contenida en su plan individualizado de tratamiento, independientemente de su grado de dependencia.

#### Actividades

- 1.3.1. Elaboración de un documento con la definición de plazas necesarias en cada área, los profesionales y sus competencias, la organización, prestación de servicios, coordinación y sistemas de información necesarios.
- 1.3.2. Coordinación y acuerdo con otras administraciones implicadas para que el acceso esté garantizado mediante la indicación contenida en el plan individualizado de tratamiento del usuario, independientemente de su grado de dependencia.

**Objetivo específico 1.4.** Disponer en todas las áreas, en colaboración con otras administraciones, de un abanico de recursos de alojamiento alternativo (pisos y plazas residenciales) con distinto nivel de apoyo, que aseguren la cobertura de alojamiento para las personas con trastorno mental grave que lo requieran, con una adecuada distribución geográfica.

#### Actividades

- 1.4.1. Puesta en marcha de las plazas de alojamientos (individuales, compartidos, hogares funcionales) necesarias, en colaboración con otras administraciones.
- 1.4.2. Puesta en marcha de las plazas de mini-residencias (de entre 15 y 30 plazas por residencia) necesarias, en colaboración con otras administraciones.
- 1.4.3. Puesta en marcha, en colaboración con otras administraciones, de plazas de mini-residencia para personas con TMG y necesidad de tercera persona.
- 1.4.4. Coordinación con los organismos específicos de la vivienda para facilitar el acceso a viviendas sociales y/o de bajo alquiler a personas con TMG.
- 1.4.5. Coordinación con otras administraciones para disponer de plazas (10%) en las mini-residencias como recurso intermedio (posthospitalización) o de respiro familiar.
- 1.4.6. Puesta en marcha de un servicio de teleasistencia en todos los pisos asistidos.

**Objetivo específico 1.5.** Proporcionar, en colaboración con otras administraciones, programas de rehabilitación psicosocial en dispositivos específicos (centros de rehabilitación psicosocial, centros de apoyo psicosocial) en todas las áreas, asegurando la continuidad asistencial.

#### Actividades

- 1.5.1. Desarrollo de las plazas de rehabilitación psicosocial necesarias en colaboración con otras administraciones.

**Objetivo específico 1.6.** Facilitar en todas las áreas el acceso a dispositivos de rehabilitación hospitalaria y de media estancia de aquellas personas con TMG que lo requieran.

#### Actividades

- 1.6.1. Incremento de las plazas de rehabilitación hospitalaria necesarias.
- 1.6.2. Optimización de las estancias hospitalarias en función de los objetivos propuestos.

**Objetivo específico 1.7.** Potenciar la actividad de tratamiento asertivo comunitario en todas las áreas, adaptado a las diferentes realidades geográficas.

#### Actividades

- 1.7.1. Potenciación y creación de equipos de atención comunitaria (sea tipo TAC o de Case Management integrados en las USM) adaptados a las realidades geográficas de las islas.

**Objetivo específico 1.8.** Promover, junto con otras administraciones, la creación de programas de apoyo domiciliario que fomenten la autonomía personal, la calidad de vida y la permanencia de las personas con TMG en el entorno en el que residen, asegurando la continuidad asistencial.

#### Actividades

- 1.8.1. Puesta en marcha en cada área de un programa de apoyo domiciliario.

**Objetivo específico 1.9.** Ofrecer, cuando exista indicación, intervenciones rehabilitadoras a las personas en las fases iniciales de un trastorno psicótico.

#### Actividades

- 1.9.1. Puesta en marcha en cada dispositivo o programa de rehabilitación psicosocial de una programación específica para personas en las fases iniciales de un trastorno psicótico.

**Objetivo específico 1.10.** Desarrollar modalidades de atención para las poblaciones con TMG que presenten una mayor complejidad en su proceso asistencial y/o se encuentren en situación de riesgo de exclusión o dependencia (discapacidad intelectual; sin hogar; personas de edad avanzada; población reclusa).

#### Actividades

- 1.10.1. Puesta en marcha, en colaboración con otras administraciones y Asociaciones, de un programa para mejorar la atención a las personas con discapacidad intelectual y TMG.

*Nota:* Se considera que el programa debería contener los siguientes elementos: apoyos personalizados, promoción de un entorno óptimo, dignidad de la persona, y prevención primaria y secundaria. Como modelo de intervención, se considera especialmente indicado el de Apoyo Conductual Positivo, sin que esta consideración tenga carácter restrictivo ni prescriptivo.

- 1.10.2. Puesta en marcha, en coordinación con servicios sociales y ONGs, de un programa para atender a las personas sin hogar con TMG.

- 1.10.3. Proveer asistencia a los mayores con TMG en el recurso más conveniente, mediante la coordinación con otras administraciones y la agilización de traslados a centros sanitarios cuando haya indicación.

- 1.10.4. Asegurar la asistencia a la población reclusa con TMG, mediante la coordinación necesaria con otras administraciones y el desarrollo e implementación de un subprograma específico.

**Objetivo específico 1.11.** Desarrollar intervenciones para fomentar el autocuidado de la salud y los hábitos saludables de las personas atendidas en los dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial, asegurando la coordinación y continuidad asistencial.

#### Actividades

- 1.11.1. Puesta en marcha de intervenciones dirigidas a fomentar el autocuidado de la salud y los hábitos saludables en las personas atendidas en todos los programas y dispositivos de rehabilitación psicosocial.

**Objetivo específico 1.12.** Considerar la perspectiva de género en todos los dispositivos y programas de rehabilitación, mediante la detección, atención y adecuación de las intervenciones en rehabilitación a los aspectos relacionados con el género.

#### Actividades

- 1.12.1. Puesta en marcha en los programas de alojamiento, de plazas para mujeres con TMG que puedan convivir con sus hijos.

- 1.12.2. Puesta en marcha de programas de habilidades de crianza para padres-madres con TMG que asisten a dispositivos y programas de rehabilitación.

- 1.12.3. Puesta en marcha de programas de "mujer y salud mental" para mujeres con TMG que asisten a dispositivos y programas de rehabilitación.

- 1.12.4. Fomentar la formación en perspectiva de género y TMG de los profesionales de los dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial.

## OBJETIVO GENERAL 2

**Orientar hacia la recuperación la atención de las personas con TMG en los dispositivos y programas de rehabilitación, fomentando la participación y el empoderamiento, con respeto a los derechos humanos y asegurando la calidad asistencial.**

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 2.1. Fomentar la participación de familiares y reforzar el respaldo a las asociaciones de usuarios y familiares.**

#### Actividades

- 2.1.1. Puesta en marcha de actividades conjuntas con participación de asociaciones de familiares y usuarios.

**Objetivo específico 2.2. Mejorar la atención a las familias y cuidadores de las personas con TMG.**

#### Actividades

- 2.2.1. Disponer en todos los dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial de programas de intervención familiar en formato unifamiliar y multifamiliar.

**Objetivo específico 2.3. Promover la figura del “usuario experto” y la participación de los usuarios en todos los dispositivos y programas de rehabilitación.**

#### Actividades

- 2.3.1. Puesta en marcha de actividades de formación de usuarios en autocuidados y apoyo mutuo.
- 2.3.2. Incorporación de la figura del usuario experto dentro de los equipos de rehabilitación psicosocial.
- 2.3.3. Participación de las personas atendidas en los dispositivos y programas de rehabilitación en el diseño, planificación y evaluación de actividades.

**Objetivo específico 2.4. Fomentar la inserción laboral de las personas con TMG.**

#### Actividades

- 2.4.1. Puesta en marcha de acciones de sensibilización en relación con la integración laboral de personas con TMG.
- 2.4.2. Realización de convenios con otras administraciones públicas (Servicio Canario de Empleo, Cabildos, Ayuntamientos) así como entidades privadas que trabajan la inserción laboral de colectivos en riesgo de exclusión o discapacidad para aumentar la contratación de personas con TMG.
- 2.4.3. Implementación de acciones que potencien competencias laborales de las personas con TMG (formación, talleres prelaborales, etc.).
- 2.4.4. Puesta en marcha de acciones que fomenten los programas de empleo con apoyo.
- 2.4.5. Recogida de demandas y necesidades en el área formativo-laboral en los Planes Individualizados de Rehabilitación de cada persona con TMG.

**Objetivo específico 2.5. Garantizar una adecuada formación de todos los profesionales que intervienen en los programas y dispositivos de rehabilitación.**

**Actividades**

- 2.5.1. Aprobar en cada CIRPAC un itinerario formativo obligatorio en rehabilitación desde la perspectiva de la recuperación para todo el personal de los Centros y Servicios concertados con la Administración.
- 2.5.2. Asegurar que se cumplan los objetivos formativos en rehabilitación de EIR, MIR, PIR.
- 2.5.3. Incorporación de personas usuarios y familiares expertos en la formación.
- 2.5.4. Realización de actividades de formación continuada en intervenciones de reconocida eficacia en rehabilitación psicosocial y en derechos de las personas con discapacidad.
- 2.5.5. Desarrollo de un programa formativo a voluntariado, específico en salud mental.

**Objetivo específico 2.6. Promover la aplicación de las nuevas tecnologías en la práctica asistencial y en la coordinación y comunicación entre administraciones, profesionales y dispositivos.**

**Actividades**

- 2.6.1. Informatizar y disponer de conectividad de la red de rehabilitación con la red sanitaria general y especializada.

**Objetivo específico 2.7. Asegurar la calidad de la atención en los programas y dispositivos de rehabilitación.**

**Actividades**

- 2.7.1. Realización de una Guía de recursos de rehabilitación, derechos y deberes.
- 2.7.2. Realización de Planes Individualizados de Tratamiento en cada una de las Unidades de Salud Mental para cada uno de los pacientes con TMG, con perspectiva integral, teniendo en cuenta sus necesidades y contando con la colaboración de estos y su familia.
- 2.7.3. Evaluación de satisfacción de los usuarios de los programas y dispositivos de rehabilitación con periodicidad bienal.
- 2.7.4. Evaluación de resultados de los programas y dispositivos de rehabilitación que incluya la calidad de vida y funcionalidad en todos los dispositivos y programas de rehabilitación con periodicidad bienal.

# LÍNEA ESTRATÉGICA 8: PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTIGMA

## ANÁLISIS DE SITUACIÓN

---

### 1. Introducción

Los avances en el tratamiento de las personas con trastorno mental han sido importantes en las últimas décadas. Sin embargo, estos cambios no siempre han ido paralelos a cambios en la actitud y las creencias sobre las personas que sufren un trastorno mental, persistiendo una imagen social negativa, sustentada por prejuicios y falsas creencias.

Según algunos autores (Bentall et al., 2007) en los últimos 10-12 años la opinión del público ha empeorado respecto a los trastornos mentales graves (TMG). La principal causa la atribuyen a las explicaciones biogénéticas y a la tendencia a equiparar enfermedades físicas y mentales. En esta misma línea, la Comisión de Enfermedades Mentales y Salud de EE.UU plantea que el principio de similitud entre enfermedad mental y física ha sido un estandarte que ha causado la antipatía y la indiferencia de la población general y que ha hecho que las actitudes hacia los TMGs empeoren, agravando las percepciones de peligrosidad, impredecibilidad y el deseo de distanciamiento.

Según la investigación llevada a cabo en 2005 en la Comunidad de Madrid “Estigma y Enfermedad mental: análisis de las Actitudes de Rechazo Social y Estigmatización que sufren las personas con enfermedad mental”, enmarcado en el Plan de Atención Social a las Personas con Enfermedad Mental Grave y duradera 2003-2007, los estereotipos más frecuentes son: peligrosidad y relación con actos violentos, responsabilidad, ya sea sobre el padecimiento de la enfermedad o por no haber sido capaz de ponerle remedio mediante tratamiento, incompetencia e incapacidad para tareas básicas de la vida, impredecibilidad de su carácter y sus reacciones y falta de control. Además, un 39% de la población general siente pena por las personas con trastorno mental y un 56% confunde el trastorno mental con la discapacidad intelectual y/o del desarrollo. Por otro lado, el 44% de las personas con trastorno mental informa haber tenido experiencias de discriminación en el área laboral, el 43% en las relaciones con los amigos y el 32% con los vecinos. El 37% de las personas con trastornos mentales ha tenido experiencias de discriminación dentro de su propia familia. También en este estudio se señala un tratamiento inadecuado de las noticias que tienen que ver con los trastornos mentales en los distintos medios: 20% prensa, 58% radio y 36% televisión. Finalmente, se proponen una serie de líneas de acción: 1. Integrar laboral y socialmente a los afectados. 2. Potenciar las estrategias de afrontamiento de la discriminación y defensa de los derechos: “empoderar y hacer legítimas las demandas”. 3. Mejorar la información para las familias, usuarios, profesionales y la sociedad en general. 4. Proporcionar a los medios de comunicación publicaciones de normas éticas y medidas de control de un adecuado cumplimiento de éstas y difusión social de noticias positivas.

### 2. Consecuencias del estigma

Aunque el estigma tiene un efecto negativo sobre distintos problemas de salud mental, parece evidente que son las personas afectadas por trastornos mentales graves las que más se ven perjudicadas en distintos aspectos de su vida, encontrándose con dos tipos de problemas: los derivados directamente de su enfermedad o trastorno, que suelen ser, pese a su gravedad, episódicos o intermitentes y susceptibles de intervenciones de efectividad creciente y los relacionados con el estigma, que, paradójicamente, suelen ser más permanentes y constantes, además de refractarios a la intervención (López et al. 2008).

Las consecuencias de la confluencia de ambos problemas, el trastorno mental y el estigma, son una considerable disminución de la calidad de vida, un mayor riesgo de discriminación y de situaciones de exclusión. Por tanto, limita o impide una participación real y efectiva en la sociedad.

La discriminación puede darse en las leyes y normativas, en la planificación y gestión de los servicios, y afectar a casi cualquier actividad de la vida, ya sea la oportunidad de formación, el acceso a ocupación o empleo, a mantener relaciones sociales significativas, o a acceder a una vivienda. Incluso impide o limita en muchas ocasiones la participación en el propio tratamiento. En definitiva, el estigma supone múltiples formas de discriminación y provoca claras vulneraciones de los derechos más básicos de las personas con trastorno mental.

Las consecuencias negativas del estigma, se incrementan cuando la persona interioriza las creencias y actitudes negativas de la sociedad, lo que da lugar al autoestigma. La pérdida de confianza y autoestima, y el acusado sentimiento de inutilidad causados por el autoestigma afectan gravemente a la vida de las personas y a su recuperación, generando situaciones de aislamiento y desesperanza.

El estigma además constituye uno de los principales obstáculos para el éxito del tratamiento, de la recuperación y de la integración de las personas con trastorno mental. Así, la OMS señala la importancia de preparar políticas e implementar actividades en contra del estigma y la discriminación, promoviendo el bienestar mental a través del desarrollo de campañas dirigidas al fomento de una imagen más positiva de la enfermedad mental.

### **3. Intervenciones antiestigma**

En cuanto a las intervenciones para la reducción del estigma o la discriminación relacionados con la enfermedad mental, el contacto social es el tipo de intervención más eficaz para mejorar el conocimiento y las actitudes relacionadas con el estigma a corto plazo, pero esta evidencia es débil a medio y largo plazo (Thornicroft et al. 2016). Algunas intervenciones antiestigma a nivel de grupo son prometedoras, pero se necesitan estudios con seguimiento a largo plazo y metodológicamente sólidos (Thornicroft et al 2016; Mehta et al. 2015; Gronholm et al. 2017). Entre otras estrategias esenciales, se ha destacado la importancia del trabajo directo sobre el autoestigma, que el usuario pueda reconocer sus fortalezas y los avances que va consiguiendo en el proceso rehabilitador, la normalización de sus síntomas, su participación en acciones de lucha contra el estigma y la asunción de roles de apoyo de otros usuarios como los grupos de ayuda mutua, las técnicas de mentoring y las asambleas de usuarios (Navarro y Chévez, 2014).

Las intervenciones antiestigma deben ir orientadas al cumplimiento de lo formulado en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD), ratificada por el Estado español en 2008. Esta Convención recoge como principios generales el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, la libertad de tomar las propias decisiones, la independencia, el respeto a la diferencia y su aceptación, la no discriminación, la igualdad de oportunidades, la participación en la sociedad, la accesibilidad, la igualdad entre el hombre y la mujer y, por último, el respeto a la evolución de las facultades de niños y niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

A nivel nacional, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013, en su línea estratégica sobre la promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con enfermedad mental, en el objetivo 3, establece la erradicación del estigma y la discriminación asociada a las personas con trastornos

mentales. Señala también que la mayoría de las CC.AA. lo han incluido en sus planes de salud mental y han realizado intervenciones para fomentar la integración y reducir la estigmatización de las personas con trastorno mental.

En España se han publicado en los últimos años diversos documentos de referencia sobre el estigma:

- El “Modelo de atención a las personas con trastorno mental grave” (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007), dedica el capítulo 15 a “La lucha contra el estigma”. Recoge los principales prejuicios y mitos que afectan al trastorno mental y propone abordarlos mediante acciones de disminución del estigma: información a la población, facilitación e integración comunitaria de las personas con trastorno mental grave así como modificaciones legales que faciliten estos cambios.
- El “Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma de la Asociación Española de Neuropsiquiatría” (AEN, 2007) aporta información factual sobre la promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y reducción del estigma. Está dividido en cuatro partes: 1. Definiciones y conceptos. 2. Posición de algunos organismos internacionales en esta materia. 3. Evidencia científica disponible y experiencias internacionales, europeas y españolas. 4. Recomendaciones generales y específicas.
- El estudio “Salud mental a inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma” (Confederación Salud Mental España, 2015) incluye una revisión bibliográfica y un análisis de la estigmatización de las personas con trastorno mental en los ámbitos sanitario, educativo, de los medios de comunicación, de los servicios sociales, del empleo, de las familias, del poder ejecutivo y legislativo, y del penitenciario.

En Canarias la situación es equiparable con lo señalado a nivel nacional, con la particularidad de un territorio dividido en siete islas, lo que implica una mayor complejidad. Existe un amplio consenso respecto a que es necesario intervenir sobre el estigma que sufren las personas con problemas de salud mental pero, hasta la actualidad, las iniciativas han sido de carácter parcial y no han obedecido a una planificación global. En este contexto, el establecimiento de una línea estratégica específica dedicada al estigma en el Plan de Salud Mental de Canarias supone un hito histórico en la lucha contra el estigma en nuestra Comunidad.

Entre las acciones antiestigma desarrolladas en Canarias en los últimos años, cabe destacar:

- La aportación realizada desde el marco de los Planes Insulares de Rehabilitación Psicosocial, a través de los diversos Programas de Rehabilitación Psicosocial, así como el desarrollo de los Programas de Empleo y Alojamiento Alternativo, que en los últimos años han permitido mejorar la respuesta a las diversas necesidades de las personas con trastorno mental.
- Celebración del Día Mundial de la Salud Mental en el ámbito comunitario, fomentando el contacto social, la formación y la concienciación social.
- Actividades puntuales de formación y concienciación en el ámbito educativo (charlas en institutos y colegios, jornadas de puertas abiertas, etc) y para población diana (personal de otras instituciones, por ejemplo ayuntamientos, ámbito sanitario, etc).
- Implementación de grupos de abordaje del autoestigma en algunos dispositivos de la Red de Salud Mental.
- Primeros programas de Ayuda Mutua.

- Grupos de Psicoeducación y Apoyo a familias.
- Creación de espacios de divulgación a través de medios de comunicación (por ejemplo, programas radiofónicos).
- Participación en el Aula del Paciente en el Hospital Doctor Negrín (Gran Canaria, 2016 y 2017).
- Sede de dos ediciones del Festival Europsy (Gran Canaria 2010 y 2016).
- Mayor peso de contenidos referentes al estigma, el autoestigma y los derechos de las personas con problemas de salud mental en la formación de residentes y otros trabajadores del ámbito sanitario y socio-sanitario.
- El movimiento asociativo de familiares y usuarios ha desempeñado y desempeña un papel fundamental en la lucha contra el estigma. Por ejemplo, en Tenerife, AFES Salud Mental viene confirmando durante los últimos años su compromiso en la lucha contra el estigma y el autoestigma, con iniciativas como Radio Hímalia, espacio radiofónico conducido por personas con problemas de salud mental; las actividades realizadas anualmente en torno al Día Mundial de la Salud Mental y el Grupo de Empoderamiento. En esta línea, con iniciativas similares y un importante compromiso anti-estigma, se sitúan todas las Asociaciones de Familiares y Usuarios con las que contamos en nuestra Comunidad Autónoma. La Asociación de Usuarios Espiral, en Gran Canaria, desde 2011 ha realizado una amplia labor a través de jornadas de formación y divulgación o de las “Dinámicas de Participación ACTIVA2S”, que incluyen actividades y talleres con el objetivo de propiciar la cohesión e inclusión social del colectivo de personas con trastorno mental, empoderándolos en un rol proactivo y haciéndolos visibles a la comunidad. Este proyecto incluye la puesta en marcha de Grupos de Ayuda Mutua, la colaboración semanal en el espacio radiofónico de Canarias Radio La Autónoma, la colaboración como usuarios expertos en diferentes iniciativas de la Red de Salud Mental (por ejemplo, Proyecto IDEA) y múltiples actividades de ocio y formativas.
- La creciente colaboración y apoyo entre las asociaciones de familiares, de largo recorrido en Canarias, y las más recientes de usuarios, y los dispositivos de Salud Mental.
- Proyecto Saltando Muros, surgido en Tenerife en 2009 en forma de un blog escrito por personas ingresadas en el antiguo Hospital Psiquiátrico (actualmente conocido como Área Externa de Salud Mental), que posteriormente fue tomando la forma de un proyecto global de lucha contra el estigma, con diferentes iniciativas y campos de actuación.

En definitiva, el estigma es un fenómeno complejo, con amplias repercusiones en la vida de las personas con enfermedad mental y, por ello, resulta imprescindible seguir interviniendo a través de la planificación de servicios adecuados a las necesidades de las personas con trastorno mental, la inclusión prioritaria de objetivos antiestigma de forma transversal en los servicios de salud mental, la sensibilización de la sociedad y medios de comunicación y la formación y concienciación sobre los derechos de las personas con problemas de salud mental dirigida tanto a profesionales de salud, servicios sociales, centros educativos, fuerzas y cuerpos de seguridad, judicatura, como a las propias personas afectadas y sus familiares.

## Bibliografía

AEN. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma. Madrid: AEN; 2007.

Bentall, R, Read J, Mosher L. Modelos de locura. Barcelona: Herder; 2007.

Confederación Salud Mental España, RED2RED Consultores. Estudio "Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma". Madrid: Confederación Salud Mental España; 2015.

Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. Enfermedad mental: análisis de las Actitudes de Rechazo Social y Estigmatización que sufren las personas con enfermedad. Madrid: Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid; 2006.

Gronholm P, Henderson C, Deb T, Thornicroft G. Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017; 52(3): 249-258.

López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev Asoc Neuropsiq*. 2008; 28(101): 43-83.

Mehta N, Clement S, Marcus E, Stona A, Bezborodovs N, Evans-Lacko S, et al. Evidence for efectivo interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2015; 207(5): 377-84.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Modelo de atención a las personas con trastorno mental grave. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007.

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

Navarro D, Chévez C. Elementos esenciales en la Rehabilitación Psicosocial de personas con trastorno mental grave: opinión de los expertos mediante un estudio Delphi. *Rehabilitación Psicosocial*. 2014; 11(1): 6-16.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Legislación sobre salud mental y derechos humanos, Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Ginebra: EDIMSA; 2005.

ONU. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Nueva York: ONU; 2006.

Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et al. Evidence for effective interventions targeting the stigma of mental illness at the workplace: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2016; 16:1.

## OBJETIVOS Y ACCIONES

### OBJETIVO GENERAL

**Prevención, reducción y erradicación del estigma, el autoestigma, la discriminación y la vulneración de derechos humanos en personas con trastornos mentales.**

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.** Disponer de un análisis de la situación periódico sobre el estigma (prejuicios y actitudes negativas), autoestigma y la discriminación (conductas reales) hacia personas con trastornos mentales en Canarias.

#### Actividades

- 1.1. Realización de encuesta/análisis de situación dirigida a colectivos clave sanitarios en relación a actitudes, creencias y conductas reales de discriminación sobre las personas con trastorno mental.

*Nota:* Colectivos clave sanitarios: Red de Salud Mental, Red de Atención a las Drogodependencias, Atención Primaria, Emergencias (112) y Servicios de Urgencia hospitalarios y extra-hospitalarios.

Colectivos clave no sanitarios: trabajadores sociales, empresarios y sindicatos, fuerzas de orden público, justicia, medios de comunicación, partidos políticos, colegios profesionales y educación.

- 1.2. Realización de encuesta/análisis de situación dirigida a colectivos clave no sanitarios en relación a actitudes, creencias y conductas reales de discriminación sobre las personas con trastornos mentales.

- 1.3. Realización de encuesta/análisis de situación dirigida a personas con trastornos mentales y sus familiares en relación a experiencias de estigmatización y discriminación.

- 1.4. Realización, publicación y divulgación de informes detallados con las conclusiones de las encuestas realizadas y propuestas de intervención con base a los datos recogidos.

**Objetivo específico 2.** Realizar acciones de sensibilización y concienciación en la población general que promuevan una actitud positiva y normalizada hacia las personas con trastornos mentales.

#### Actividades

- 2.1. Realizar campañas especializadas de divulgación dirigidas a la población general, centradas en transmitir la realidad actual de las personas con trastornos mentales y las posibilidades reales de recuperación, tratamiento e integración social, potencialidades y derechos.

- 2.2. Realizar actividades de sensibilización, divulgación y visibilización del colectivo, propiciando el contacto social de la población general con las personas con trastornos mentales y fomentando la participación directa de éstas en la planificación y desarrollo de dichas actuaciones de prevención y lucha contra el estigma.

**Objetivo específico 3.** Formar y sensibilizar a colectivos clave sanitarios sobre trastornos mentales y estigma:

Colectivos clave sanitarios: Red de Salud Mental, red de Atención a las Drogodependencias, Atención Primaria, Emergencias (112) y Servicios de Urgencia hospitalarios y extra-hospitalarios.

#### Actividades

- 3.1. Realizar intervenciones formativas y de sensibilización dirigidas a profesionales sanitarios: Red de Salud Mental, red de atención a la drogodependencias, Atención Primaria, Emergencias (112) y Servicios de Urgencia hospitalarios y extra-hospitalarios.
- 3.2. Incorporar contenidos sobre derechos humanos y salud mental, abordaje del estigma y autoestigma y enfoque de recuperación a los residentes en salud mental.

**Objetivo específico 4.** Formar y sensibilizar a colectivos clave no sanitarios (trabajadores sociales, empresarios, fuerzas de orden público, justicia, medios de comunicación, colegios profesionales, sindicatos, partidos políticos, ONGs y ámbito educativo).

#### Actividades

- 4.1. Realizar intervenciones formativas y de sensibilización dirigidas a colectivos clave no sanitarios: trabajadores sociales, empresarios, fuerzas del orden público, justicia, medios de comunicación, colegios profesionales, sindicatos, partidos políticos, ONGs y ámbito educativo (colegios e institutos), promoviendo la participación en esas actuaciones, siempre que sea posible, de personas con trastornos mentales (usuarios expertos).
- 4.2. Difusión de Guías de sensibilización y Buenas Prácticas en Salud Mental dirigidas a los profesionales de los medios de comunicación.

**Objetivo específico 5.** Prevención y disminución del autoestigma en personas con trastorno mental en la Red de Salud Mental.

#### Actividades

- 5.1. Realización de actividades de atención al autoestigma en todos los recursos de la Red de Salud Mental (que abarquen la prevención y evaluación del autoestigma, el fomento del desarrollo personal y del proyecto vital individual, con especial atención a aquellas que padezcan un trastorno mental grave).

**Objetivo específico 6.** Garantizar una práctica profesional que promueva la participación y el empoderamiento de las personas con trastornos mentales en su proceso de tratamiento y de recuperación, que respete los derechos humanos y su desarrollo personal individual.

#### Actividades

- 6.1. Elaborar una encuesta de satisfacción única para la Red de Salud Mental de Canarias, para cada uno de los dispositivos de la red.
- 6.2. Elaborar un documento sobre los aspectos éticos y legales en Salud mental y abordaje del estigma, que se difundirá en el ámbito del Servicio Canario de la Salud, dirigido a todos los profesionales sanitarios y no sanitarios relacionados con la atención a personas con trastornos mentales.

- 
- 6.3. Realización de actividades formativas dirigidas a los profesionales de la Red de Salud Mental para que incluyan como eje de la atención en salud mental la toma de decisiones compartidas, el uso del consentimiento y la planificación anticipada de decisiones, con el objetivo de favorecer la autonomía, el empoderamiento, la participación y la protección de los derechos de los usuarios, evitando medidas de sobreprotección y coerción.
- 
- 6.4. Inclusión en la historia clínica de salud mental de documentos específicos para el registro de decisiones anticipadas de tratamiento y designación de un representante para actuar de interlocutor en situaciones de crisis.
- 
- 6.5. Elaborar un documento de acogida que incluya información sobre los aspectos funcionales de los dispositivos de salud mental disponibles, la Carta de Derechos y Deberes de las personas usuarias y el procedimiento de quejas y reclamaciones.
- 
- 6.6. Adecuación de los protocolos de atención en los Servicios de Urgencias para evitar la discriminación de las personas con trastornos mentales, mediante la evaluación y revisión junto con los Servicios hospitalarios y extrahospitalarios implicados de los procedimientos de atención en Urgencias.
- 
- 6.7. Implantación de sistemas de evaluación de satisfacción y de detección de necesidades y expectativas en los Servicios de Salud Mental.
- 
- 6.8. Desarrollo de Programas de Ayuda Mutua y entrenamiento en Usuario Experto dirigidos a personas con trastornos mentales (común y grave), desde los dispositivos de Salud Mental.
- 
- 6.9. Diseño, implantación y evaluación de acciones destinadas a disminuir las medidas coercitivas y situaciones de asimetrías de poder en el ámbito de los servicios de atención a la salud mental, tendiendo a su desaparición.
- 
- 6.10. Participación efectiva de las personas con trastorno mental en sus planes individualizados de tratamiento, rehabilitación y recuperación.
- 
- 6.11. Incorporación de la figura de Usuario Experto a los Servicios de Salud Mental

**Objetivo específico 7. Realizar acciones de carácter preventivo y reducción y erradicación del estigma en el entorno familiar de las personas con trastornos mentales.**

**Actividades**

- 
- 7.1. Impulsar la participación de los movimientos de familiares y personas afectadas.
- 
- 7.2. Implementar grupos de psicoeducación familiar e intervenciones unifamiliares en los que se aborde el estigma y el autoestigma de familiares y personas afectadas.

**Objetivo específico 8. Disminuir la discriminación social que sufren las personas con trastornos mentales en diferentes contextos de su vida y fomentar y promover su inclusión social.**

**Actividades**

- 
- 8.1. Incrementar recursos específicos de Rehabilitación Psicosocial orientados a la inclusión social de las personas con trastornos mentales graves, sobre todo en las islas menores.
- 
- 8.2. Coordinación y colaboración con programas orientados a la inclusión social desarrollados por asociaciones de personas usuarias, asociaciones de familiares, ONGs, Ayuntamientos y otras instituciones implicadas.
- 
- 8.3. Favorecer y potenciar programas de Apoyo al Empleo en los dispositivos de Salud mental.
- 
- 8.4. Favorecer y potenciar programas de Alojamiento Alternativo.
-

---

8.5. Garantizar la evaluación adecuada de las personas con Trastorno Mental Grave en la Ley de Dependencia.

---

8.6. Garantizar el acceso a una prestación económica que garantice un modo de vida digna.

**Objetivo específico 9. Promover la participación de Asociaciones de personas con trastorno mental y Asociaciones de familiares de personas con trastorno mental en los órganos sanitarios y sociosanitarios.**

#### Actividades

9.1. Inclusión de las Asociaciones de personas con trastorno mental y Asociaciones de familiares de personas con trastorno mental en el diseño, planificación y evaluación de las políticas de salud mental que les afecten así como en grupos de trabajo de los servicios de Salud Mental.

---

# LÍNEA ESTRATÉGICA 9: SALUD MENTAL Y GÉNERO

## ANÁLISIS DE SITUACIÓN

---

### 1. Introducción

Es un hecho que mujeres y hombres presentan diferentes modos de enfermar, de diagnosticarse, tratarse y curarse, no sólo por sus diferencias biológicas, sino por sus diferentes estilos de vida, roles y responsabilidades. Las perspectivas biopsicosocial y de género muestran un complejo sistema de factores de riesgo sobre la salud mental de las personas, determinado por complejas interacciones entre cuerpo, mente y contexto social que intervienen en el proceso salud-enfermedad. Las estadísticas muestran que las mujeres realizan más consultas relacionadas con su salud mental que los hombres, a raíz, posiblemente, de una mayor percepción de sus estados emocionales y sus sensaciones corporales, con un mayor índice de sensibilidad a la ansiedad; que la salud de las mujeres se beneficia más de relaciones sociales estables pero padece más estrés interpersonal derivado de sus roles de cuidado y ayuda (Mingote, 2000); que son atendidas por los servicios médicos de Atención Primaria en mayor medida por patologías psiquiátricas, estados psicológicos o trastornos como ansiedad, depresión, trastornos de la alimentación, la sexualidad y el sueño, irritabilidad, hipervigilancia, fatiga, dolores inespecíficos, fobias, miedo, desolación, trastorno de pánico, conducta autodestructiva y síndrome postraumático; y que consumen con mayor frecuencia psicofármacos, prescritos o no (Labra, 2014). Por su parte, los hombres muestran un menor índice de sensibilidad a los problemas de los demás, por lo que son menos vulnerables ante las experiencias de pérdida o estrés; consultan en menor grado a los servicios médicos de Atención Primaria; presentan un mayor índice de conductas adictivas y de riesgo (tabaco, droga, alcohol, conductas hostiles), tienen menor percepción del riesgo y peor afrontamiento de riesgos para la salud (Mingote, 2000) y son diagnosticados con mayor frecuencia por los servicios especializados en casos de depresión e ideación suicida. Las mujeres presentan altas prevalencias en trastornos depresivos, de ansiedad y de fobias; mientras que en los hombres son más prevalentes los trastornos de personalidad, peligrosidad social, adicciones y conductas de riesgo (Montero et al., 2004). Existen condicionantes previos en las diferencias de morbilidad psiquiátrica de mujeres y hombres: genéticos y endocrinos (influencia del ciclo reproductivo y hormonal, que regula la actividad neurotransmisora, receptora y efectora), así como biopsicosociales, culturales y de género (Montero et al., 2004).

La superación de los paradigmas tradicionales hacia la construcción de nuevos enfoques requiere un descentramiento de la mirada biomédica, hegemónica en el discurso y las prácticas profesionales y el aporte de múltiples disciplinas y campos del conocimiento, que permitan una comprensión y una intervención adecuadas a las necesidades diferenciales de mujeres y hombres en salud mental (Grela y López, 2000).

### 2. Situación en Canarias

En Canarias la situación social y las condiciones de vida entre hombres y mujeres continúan desiguales en términos globales. No obstante, existen varias leyes y normas estatales y autonómicas dirigidas a reducir estas inequidades entre sexos y por tanto dirigidas hacia la igualdad entre mujeres y hombres. Destacamos la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres; Ley 1/2010, 26 febrero, Canaria de Igualdad entre Mujeres y Hombres; Estrategia para la Igualdad de Mujeres y Hombres 2013-2020 del Gobierno de Canarias, concretamente el eje estratégico "Vida saludable y atención a las necesidades de la salud diferencial debidas al género"; y el III Plan de Salud de Canarias, 2016-2017 del Servicio Canario de la Salud, que establece en una de sus líneas "Promover la igualdad y el respeto a la diversidad,

así como una atención sanitaria que contemple las diferencias entre mujeres y hombres y la incidencia de las variables de género en los procesos de salud-enfermedad como en la atención y el acceso a los servicios sanitarios”.

En Canarias, la población oficial es, a 1 de enero de 2016, de 2.101.924 residentes, con 16.248 mujeres más que hombres. Desde el año 2011 la tendencia anual ha sido el aumento poblacional en el sexo femenino y el descenso en el masculino. Por islas, Lanzarote, Fuerteventura, La Gomera y El Hierro son las que menos población femenina tienen, con un 49,26%; 48,17%; 49,14% y 49,07% respectivamente. Por el contrario esa relación es mayor a la media autonómica en Tenerife (50,78%), Gran Canaria (50,47%) y La Palma (50,54%) (Instituto Nacional de Estadística, 2016).

Según la Encuesta de Salud de Canarias (ISTAC, 2016) el porcentaje de personas que valoraba su estado de salud en los últimos 12 meses como “bueno” o “muy bueno” fue del 73,57%; más elevada en los hombres (76,69%) que en las mujeres (70,50%). Esta diferencia entre sexos se acentúa entre las personas de 65 y más años (59,93% de hombres frente al 45,16% de mujeres). Respecto a la salud mental, en el año 2015, el 23,68% de los ciudadanos en Canarias con 16 años o más tenían riesgo de sufrir un problema de salud mental (algo inferior al encontrado en el año 2009, en el que se halló el riesgo para el 25,62% de esta población). Los resultados muestran que a mayor edad, mayor es la probabilidad de sufrir un problema de salud mental, encontrándose a partir de los 45 años de edad el grupo con mayor frecuencia de trastornos mentales. Por su parte, en el 27,08% de las mujeres se evidenció la presencia de un probable trastorno psiquiátrico mientras que en los hombres fue del 20,16%. En cuanto a la conducta suicida, el 10,8% de la población de 16 y más años ha experimentado pensamientos suicidas alguna vez en su vida, siendo más frecuentes en las mujeres que en los hombres (13,42% vs. 8,11% respectivamente) (ISTAC, 2016). El suicidio consumado ha correspondido mayoritariamente a hombres. En el periodo correspondiente a los años 2017-2015, las cifras de suicidios fueron 1.206 (hombres) y 334 (mujeres), lo que supone un ratio de 3,61 / 1. Este ratio es concordante con el que se produce en los países occidentales (4:1) (MSPSI, 2012).

Por último hay que señalar otro gran problema relacionado con la discriminación social por razones de género que tiene un enorme impacto sobre la salud, que es la violencia contra las mujeres. Este fenómeno, del que se conoce sólo una pequeña parte, está presente en todos los países del mundo en los que se ha estudiado, independientemente de su grado de desarrollo, afecta a todas las razas, clases sociales, colectivos (sean laicos o religiosos), y constituye una causa importante de morbilidad y mortalidad en la mujer. En muchas sociedades la violencia contra las mujeres forma parte del orden establecido y con frecuencia es el único método conocido para la resolución de conflictos.

Las llamadas atendidas por el Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia del 112 del Gobierno de Canarias han mostrado una tendencia claramente ascendente entre 1999-2016, con 2.021 llamadas en 1999 y 14.390 en 2016. De las 14.390 llamadas en 2016, el 41,8% (6.021) constituyeron emergencias (casos de peligro) (Instituto Canario de Igualdad, 2017). En el primer trimestre de 2017 hubo 576 denuncias por violencia de género. Por su parte, la tasa de mujeres muertas por violencia de género a manos de su pareja o expareja en Canarias ha mostrado una tendencia descendente, como se muestra en la siguiente tabla:

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Nº</b>	6	4	6	5	5	7	3	2	2	1	3	2
<b>Tasa*</b>	7,20	4,70	7,00	5,70	5,60	7,71	3,28	2,20	2,19	1,10	3,28	1,89

\*Tasa por millón de mujeres.

Fuente: Instituto Canario de Igualdad, 2017

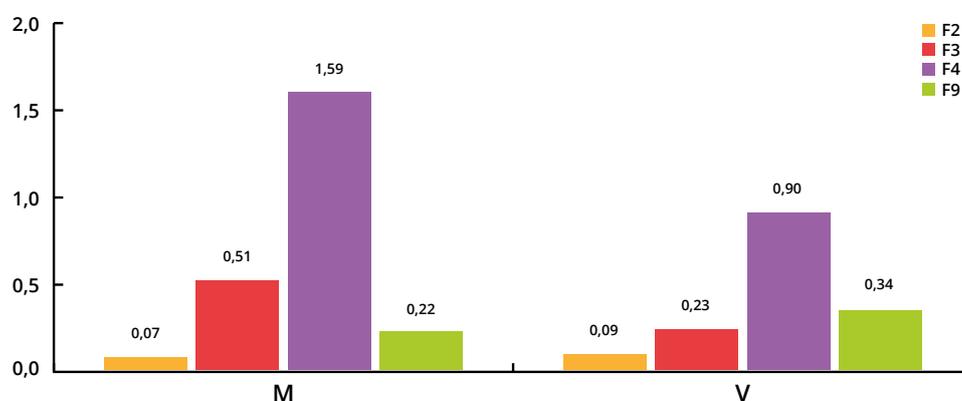
Entre los años 2005 y 2016 han muerto en Canarias 46 mujeres por violencia de género, con una media anual de 3,83 y una tasa media por millón de mujeres de 4,32 (Instituto Canario de Igualdad, 2017).

### 3. Morbilidad asistida en las USM de Canarias

En las USM de Canarias, en el año 2016 se atendieron un total de 69.888 pacientes, con un ligero predominio del sexo femenino (55,74%) entre los pacientes (RECAP, 2016). A continuación se muestran las tasas de incidencia y prevalencia tratadas.

#### Incidencia tratada por diagnóstico. Grupos F2, F3, F4 y F9. Canarias. Año 2016

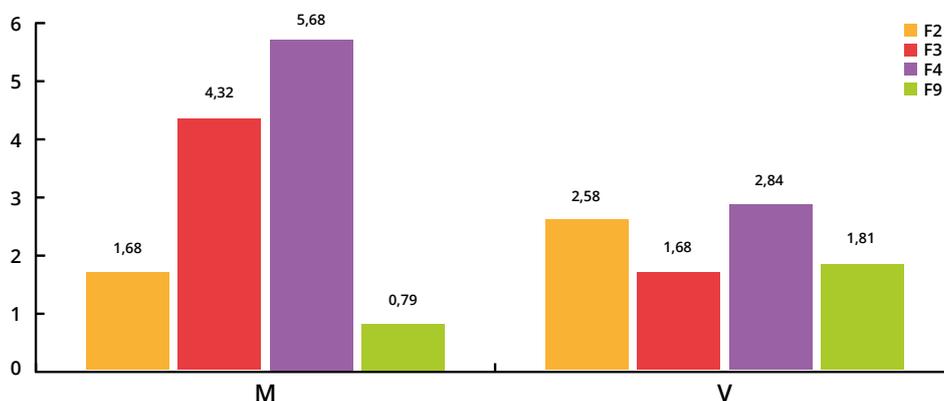
CANARIAS				
SEXO	F2	F3	F4	F9
M	0,07	0,51	1,59	0,22
V	0,09	0,23	0,90	0,34



El grupo diagnóstico con mayor incidencia tratada en Canarias, en ambos sexos, es el F4 (F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos). Sin embargo, la incidencia es mayor en el caso de las mujeres tanto en los diagnósticos del F4 como del F3 (1,59 y 0,51) que en el de los hombres (0,90 y 0,23). Los diagnósticos del F2 y F9 son más incidentes en hombres (0,09 y 0,34) que en mujeres (0,07 y 0,22).

#### Prevalencia tratada por diagnóstico. Grupos F2, F3, F4 y F9. Canarias. Año 2016

SEXO	F2	F3	F4	F9
M	1,68	4,32	5,68	0,79
V	2,58	1,68	2,84	1,81



El grupo diagnóstico F4 es el de mayor prevalencia tratada en Canarias en ambos sexos. Sin embargo, su prevalencia es el doble en mujeres que en hombres (5,68 vs. 2,84). También hay una marcada mayor prevalencia tratada del grupo diagnóstico F3 en mujeres respecto a los hombres (4,32 vs. 1,68). En los hombres, sin embargo, son más prevalentes respecto a las mujeres, los grupos F2 (2,58 vs. 1,68) y F9 (1,81 vs. 0,79).

En Canarias hay un total de 1.772 pacientes en dispositivos de rehabilitación psicosocial (CDRPS, ETAC, Mini-residencia, Programa de empleo, Plaza supervisada, Vivienda supervisada) de los cuales el 38,82% son mujeres y el 65,18% hombres. Este dato probablemente tenga relación con la mayor gravedad de la esquizofrenia en los hombres respecto a las mujeres (Abel et al., 2010). La media de edad en la población femenina que utiliza los dispositivos de rehabilitación psicosocial es mayor que la de los hombres (47,32 vs 45,54).

## Bibliografía

Abel K, Drake R, Goldstein J. Sex differences in schizophrenia. *Int Rev Psychiatry*. 2010; 22(5): 417-28.

Grela C, López A. Mujeres, salud mental y género. *Cuadernos Mujer Salud*, Comisión de la Mujer, Interendencia Municipal de Montevideo, 2001; 6:11.

Instituto Canario de Igualdad. Mujeres y hombres en Canarias. [Internet] 2017. Recuperado a partir de: [http://www.gobiernodecanarias.org/cmsgobcan/export/sites/icigualdad/galerias/ici\\_documentos/documentacion/Info\\_MuYHom\\_2017.pdf](http://www.gobiernodecanarias.org/cmsgobcan/export/sites/icigualdad/galerias/ici_documentos/documentacion/Info_MuYHom_2017.pdf)

Labra Valverdi P. La salud mental de mujeres supervivientes de violencia de género [Tesis]. Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad Complutense de Madrid; 2014.

Mingote C. La medicina psicosomática desde una perspectiva de género. En: II Jornadas de salud mental y género. Instituto de la Mujer. Ministerio de Igualdad; 2000.

Montero I, Aparicio D, Gómez-Beneyto M, Moreno-Küstner B, Reneses B, Usall J et al. Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gac Sanit*. 2004; 18(1):175-81.

MSPSI. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Madrid: MSPSI; 2012.

## OBJETIVOS Y ACCIONES

### OBJETIVO GENERAL

**Incorporar la perspectiva de género en la promoción de la salud mental, prevención, detección precoz, actividad asistencial, formación e investigación.**

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1. Desarrollar actividades de prevención y promoción de la salud mental en el contexto de la perspectiva de género.**

#### Actividades

- 1.1. Incluir la perspectiva de género en el "Programa comunitario de promoción de los factores de protección de la salud mental en Canarias".
- 1.2. Incluir la perspectiva de "salud mental y género" en la página web sobre pautas a seguir para la prevención y promoción de la salud mental.
- 1.3. Incluir la perspectiva de "salud mental y género" en cuantas Estrategias, Planes o Programas de ámbito autonómico se realicen sobre "prevención o promoción de la salud y género".

**Objetivo específico 2. Diseño e implantación de un programa de atención a la mujer con trastorno mental grave en el embarazo, parto y puerperio.**

#### Actividades

- 2.1. Constituir un grupo de trabajo multidisciplinar, coordinado por la DGPPAA, para la elaboración del programa de atención a la mujer con trastorno mental grave en el embarazo, parto y puerperio.  
*Nota:* El programa debe incluir, además del enfoque asistencial nuclear, un análisis de la situación específico y proveer indicadores para la futura evaluación de su correcta implementación.
- 2.2. Difusión e implementación del programa de atención a la mujer con trastorno mental grave en el embarazo, parto y puerperio en Canarias.

**Objetivo específico 3. Mejorar la detección de las mujeres con trastorno mental que han sufrido violencia de género, la estén sufriendo, o estén en situación de riesgo.**

#### Actividades

- 3.1. Difundir en las redes de Salud Mental y de Atención Primaria documentos y/o directrices que se consideren de referencia, que contengan orientaciones prácticas para su incorporación a la entrevista clínica, cuya finalidad sea la detección precoz de violencia de género.
- 3.2. Inclusión en la historia clínica electrónica de un apartado para el registro de información sobre una posible situación de violencia de género.
- 3.3. Desarrollar un documento que incluya criterios de valoración de situaciones de riesgo, criterios de derivación preferente/urgente a USM de mujeres víctimas de violencia de género.

---

3.4. Desarrollar un análisis de las necesidades de las mujeres víctimas de violencia de género, en materia de atención psicológica, vías de derivación y coordinación interinstitucional.

*Notas:*

- El documento debe elaborarse por un grupo de trabajo que incluya los servicios y/o recursos especializados de atención a víctimas de violencia de género, Dispositivo de Emergencia para Mujeres Agredidas (DEMA) y centros de acogida.
- Debe prestarse especial consideración, tanto en el análisis de necesidades como en las actividades, a los colectivos de mujeres más vulnerables, como es el caso de las mujeres con discapacidad intelectual. Para el análisis y el desarrollo de actividades se trabajará de forma coordinada con el movimiento asociativo representante de las mismas.

#### **Objetivo específico 4. Mejorar la formación y fomentar la investigación en materia de salud mental y género.**

##### **Actividades**

4.1. Integrar la perspectiva de género y salud mental en el Programa de Formación en Salud Mental en Canarias.

4.2. Desarrollar actividades formativas sobre género y salud mental, y atención biopsicosocial.

4.3. Incluir en la formación continua del personal sanitario aspectos sobre prevención, detección precoz, tratamiento, recursos y actividades en materia de violencia de género.

*Nota:* la formación incluirá también la relativa a colectivos especialmente vulnerables como es el caso de mujeres con discapacidad intelectual o del desarrollo, y otros que puedan estimarse.

4.4. Realizar actividades formativas y de sensibilización dirigidas a los profesionales sanitarios sobre la atención a las personas trans y a los menores valorados o susceptibles de ser valorados por identidad de género.

4.5. Realizar actividades informativas y de sensibilización dirigidas a profesionales de los centros docentes, sobre la atención que presta el SCS a las personas trans y a los menores valorados o susceptibles de ser valorados por identidad de género.

4.6. Realizar investigaciones sobre salud mental y género.

4.7. Incorporar análisis por sexo en las investigaciones de salud mental.

---

## LÍNEA ESTRATÉGICA 10: COORDINACIÓN

### 10.1. COORDINACIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO

#### ANÁLISIS DE SITUACIÓN

---

##### 1. Coordinación: Sistemas sanitario y social

La atención sociosanitaria en España fue definida en la Ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud como “el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los Servicios Sanitarios y Sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social, señalando que la continuidad del servicio será garantizada por los Servicios Sanitarios y Sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes”.

El Informe que realizó el Consejo Asesor de Sanidad, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2013, recoge la necesidad de coordinar los servicios de salud y los servicios sociales para atender enfermedades que requieren cuidados de larga duración, siendo la promoción de la salud, el autocuidado, el papel de las familias y el de los profesionales factores determinantes para la sostenibilidad de la atención sociosanitaria (MSSSI, 2013).

El informe de situación reflejado en el “Documento base para una atención integral sociosanitaria” (MSSSI, 2015) constituye un documento de referencia para la atención sociosanitaria que pretende:

- Garantizar la continuidad de los cuidados y la mejorar de la calidad.
- Garantizar un uso más racional de los recursos disponibles, evitando ingresos y estancias innecesarias y poco adecuadas a las características del hospital de agudos.
- Mejorar la capacidad de respuesta de los dispositivos asistenciales, sanitarios y sociales, asignando el recurso que mejor responda a las necesidades de la persona.
- Actuar como mecanismos de prevención ante reingresos y de implantación de mecanismos de detección precoz de la dependencia, de forma coordinada.
- Mejorar la calidad de vida de las personas y sus familias.

En la actualidad en el ámbito sanitario y el ámbito social existen competencias delimitadas por criterios administrativos, organizativos y de especialización que responden a su propia lógica de sistemas expertos. Estas competencias se enmarcan en la concepción de complementariedad, cuyo mecanismo básico es la coordinación.

##### 2. Necesidad de la coordinación

Los cambios sociales demográficos y contextuales, como el envejecimiento de la población, la mayor esperanza de vida, el aumento de las enfermedades crónicas y una atención a las personas con enfermedad mental orientada a la recuperación, justifican la necesidad de la coordinación sociosanitaria que, de acuerdo a postulados técnicos de consenso, debe centrarse en la continuidad asistencial, la mejora de la efectividad y eficiencia de los Servicios Sanitarios y Sociales, en la calidad de vida y satisfacción de los usuarios. Sin embargo, si bien las necesidades de las personas afectadas por trastornos mentales deben ser entendidas de manera global, las instancias administrativas implicadas ofrecen respuestas diferenciadas desde el ámbito sanitario y el ámbito social, por lo que la coordinación resulta esencial.

Un factor que añade complejidad es que, mientras que en el área sanitaria la vía de acceso e itinerarios asistenciales a través de las interconsultas están suficientemente regladas, en el ámbito de los Servicios Sociales se advierte una mayor complejidad que conlleva exigencias administrativas como la resolución del grado de discapacidad y el reconocimiento de la situación de dependencia para el acceso al sistema de provisión de servicios, la identificación de la situación económica y el acceso al sistema de proveedores de servicios.

### **3. Coordinación sociosanitaria en Canarias**

En las administraciones canarias, la Comunidad Autónoma, su gobierno, los Cabildos Insulares y los Ayuntamientos tienen competencias en las áreas sociosanitarias a distinto nivel. Los Cabildos prestan servicios en la atención a las personas mayores y a las personas con discapacidad, incluidas aquellas relacionadas con la salud mental. La corresponsabilidad y complementariedad con el Gobierno de Canarias en la materia justifica la necesaria coordinación interinstitucional.

La coordinación sociosanitaria en el sector de Salud Mental en Canarias cuenta con estructuras específicas que despliegan una cobertura a diferentes niveles de concreción, desde los consejos representativos y de participación, órganos técnicos de planificación hasta el más operativo en el abordaje individualizado de la coordinación. Ya se han descrito en el Análisis de situación global de este Plan las funciones de la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental (COMASAM), los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC), los Programas Insulares de Rehabilitación Psicosocial (PIRP), así como el marco legislativo en que se encuadran.

El Programa sociosanitario de Atención a la Discapacidad de Canarias (PAD), que se desarrolló en el período 2005 – 2010 y que incluía el sector de Salud Mental, constituyó un avance destacado en la atención sociosanitaria a las personas con trastornos mentales. Actualmente esta cobertura se realiza mediante convenios de cooperación anuales entre la Administración Pública y los Cabildos Insulares. En este marco de cooperación, las Administraciones canarias se adaptan progresivamente al nuevo horizonte que plantea la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, donde se establece una relación de servicios genéricos y de cobertura universal de las que las personas con enfermedad mental pueden ser beneficiarias. Sin embargo, se han señalado reiteradamente las dificultades de este colectivo para acceder a las prestaciones de dependencia. Entre las dificultades, cabe señalar una evaluación exclusivamente funcional, la valoración del grado y la necesidad de consensuar instrumentos, lo que ha impedido en gran medida su implantación.

En este sentido se han realizado aportaciones a efectos de subsanar las dificultades presentes en los siguientes apartados: necesidad de contar con informes del equipo de Salud Mental para el establecimiento del Programa Individual de Atención (PIA); asegurar el acceso desde la derivación de las USMC; desarrollar Programas de Atención Domiciliaria; Plazas de “respiro familiar”; Programas psicoeducativos para familias; acceso al mercado laboral; acceso a la vivienda; acceso al sistema educativo; igualdad; participación; y Atención a personas de edad avanzada con TMG.

La base de la planificación y desarrollo de recursos asistenciales se concretan en el Registro de casos psiquiátricos (RECAP), en tanto suministra información para la gestión, planificación, evaluación de rendimientos, adopción de decisiones e investigación.

## Bibliografía

Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Plan de Salud de Canarias 2016-2017. Entre la crisis y la transformación necesaria para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios. Las Palmas de Gran Canaria: FF Comunicación; 2016.

MSSSI. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo Asesor de Sanidad. Coordinación y atención sociosanitaria. Informe. 2013.

MSSSI. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento base para una atención integral sociosanitaria. 2015.

## OBJETIVOS Y ACCIONES

### OBJETIVO GENERAL

**Garantizar el acceso a los Servicios Sociosanitarios de las personas con enfermedad mental estableciendo un marco de cooperación entre los agentes implicados.**

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1. Consolidar los mecanismos de coordinación mediante las estructuras y órganos existentes de participación y planificación (COMASAM, CIRPAC) y operativas (PIRP) implicadas en la coordinación sociosanitaria del área de Salud Mental.**

#### Actividades

- 1.1. Actividad óptima y conforme a lo establecido en las respectivas reglamentaciones, de los órganos y estructuras implicadas (COMASAM, CIRPAC, PIRP).
- 1.2. Elaboración de procedimientos para el seguimiento de los organismos intervinientes.
- 1.3. Elaborar un documento que refleje los mecanismos de coordinación interinstitucional establecidos.
- 1.4. Definir los mecanismos a través de los cuales llegarán las propuestas de todos los agentes participantes.
- 1.5. Establecer normativas y acuerdos para la regulación de las distintas relaciones del espacio sociosanitario.
- 1.6. Elaborar una guía de recursos y funcionamiento del espacio sociosanitario.

**Objetivo específico 2. Establecer criterios de acceso y cartera común de prestaciones sociosanitarias para personas con TMG.**

#### Actividades

- 2.1. Elaboración de perfil de pacientes con TMG beneficiarios de las prestaciones, programas y servicios sociosanitarios.
- 2.2. Establecimiento de reuniones de coordinación entre profesionales que intervienen en el área sociosanitaria.

**Objetivo específico 3. Delimitar las funciones del responsable del PIRP.**

#### Actividades

- 3.1. Desarrollo de cuantas acciones sean necesarias para la delimitación de las funciones del responsable del PIRP.

**Objetivo específico 4. Definir la coordinación operativa en la gestión de acceso a las plazas sociosanitarias.**

#### Actividades

- 4.1. Desarrollo de cuantas acciones sean necesarias para la coordinación operativa en la gestión de acceso a las plazas sociosanitarias.

**Objetivo específico 5.** Definir los niveles de apoyos sociosanitarios adaptados a las necesidades de los pacientes, prevaleciendo los entornos naturales de proximidad, comunitarios, diurnos, red de alojamientos y residenciales con criterios de rehabilitación psicosocial.

#### Actividades

- 5.1. Elaboración de la cartera de prestaciones del sector social y sector sanitario, que incluya las competencias respectivas de cada uno de los actores que intervienen en el proceso de atención de los usuarios y familiares.
- 5.2. Elaboración interdisciplinar de mapas de procesos.

**Objetivo específico 6.** Considerar la perspectiva de género en el acceso a los dispositivos sociosanitarios (maternidad, maltrato, exclusión social).

#### Actividades

- 6.1. Realización de guía de criterios compensadores de situaciones de riesgo desde perspectiva de género.

**Objetivo específico 7.** Potenciar la participación y apoyo a las Asociaciones de Familiares y Usuarios especialmente mediante el desarrollo de líneas psicoeducativas y antiestigma.

#### Actividades

- 7.1. Elaboración de Manual para los usuarios sobre los recursos sociosanitarios de salud mental.
- 7.2. Desarrollo de acciones formativas (jornadas, seminarios, congresos, etc) que favorezcan encuentros entre profesionales de los ámbitos sanitarios, sociales, asociaciones y usuarios.

**Objetivo específico 8.** Desarrollo de procedimientos de coordinación sociosanitaria y gestión integrada que garanticen la atención integral.

#### Actividades

- 8.1. Promover la creación de normativas y convenios para la regulación de las distintas relaciones del espacio sanitario con el sociosanitario.
- 8.2. Elaborar una Guía Práctica del Espacio Socio Sanitario que incluya el entramado de relaciones intersectoriales, públicas y privadas que estructuran la situación actual.
- 8.3. Identificar necesidades de comunicación entre los distintos profesionales que intervienen en el espacio socio sanitario.
- 8.4. Formalizar los canales de comunicación mediante la implantación de un patrón de reuniones periódicas de los profesionales implicados en el proceso de atención socio sanitaria.
- 8.5. Realización de memoria anual por parte de los espacios sanitario y sociosanitario, de actividades realizadas para la consecución de objetivos.
- 8.6. Identificar los datos mínimos que deben registrarse en el proceso de atención sociosanitaria.
- 8.7. Elaborar un informe de análisis de datos del proceso de atención sociosanitaria.
- 8.8. Elaborar documentos de autorización de tratamiento de datos en la atención sociosanitaria.

---

8.9. Disponer de una herramienta informática que permita la recogida de estos datos y el acceso a ellos para cualquier consulta, su análisis y desarrollo de indicadores.

---

8.10. Establecer herramientas comunes de Gestión por procesos y Gestión de casos.

---

8.11. Establecer acuerdos de confidencialidad de datos con empresas prestadoras de servicios dependientes del PIRP.

---

8.12. Establecer las medidas necesarias para que la recogida y tratamiento de datos sociosanitarios se produzca solo en el contexto de una autorización previa por parte del paciente (o representante legal).

---

8.13. Priorizar el acceso a los recursos sociosanitarios mediante la definición de criterios consensuados.

---

8.14. Realización de mesas de trabajo intersectorial.

---

**Objetivo específico 9. Generar modelos de buenas prácticas, calidad asistencial, información, participación y defensa de derechos en los dispositivos sociosanitarios.**

**Actividades**

9.1. Elaboración de una guía de buenas prácticas de actuación en el ámbito sociosanitario.

**Objetivo específico 10. Asegurar la continuidad asistencial a pacientes en riesgo de exclusión social.**

**Actividades**

10.1. Coordinación con Servicios Sociales municipales y entidades que atienden a colectivos en riesgo de exclusión social.

---

10.2. Coordinación con los servicios de tratamiento de los Centros Penitenciarios.

---

10.3. Elaboración de mapa de procesos de recursos relativos a justicia.

---

10.4. Definir los recursos y servicios relativos a justicia, seguridad, apoyo legal y turno de oficio.

---

10.5. Definir los recursos específicos de integración para personas con trastorno mental que obtengan permisos o cumplimientos de condena.

**Objetivo específico 11. Acordar un informe de indicación por parte de los equipos de las Unidades de Salud Mental para el acceso y homologación de plazas sociosanitarias para personas con TMG.**

**Actividades**

11.1. Conformar un grupo de trabajo interprofesional e interadministrativo que formalice el modelo de informe para los Planes individuales de tratamiento (PIT) y Programas individuales de atención (PIA).

---

11.2. Consensuar un instrumento compartido que armonice los Planes individuales de tratamiento (PIT) del Servicio de Atención a la Dependencia y Programas individuales de atención (PIA).

---

## 10.2. COORDINACIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y JUSTICIA

### ANÁLISIS DE SITUACIÓN

---

En los últimos años las relaciones entre Salud Mental y Justicia han experimentado cambios notables. Por una parte, se han hecho más estrechas y comprometidas, con una presencia creciente del psiquiatra en los foros jurídicos. Por otra parte, se han incrementado los requisitos éticos y legales que regulan la actuación del psiquiatra, de la que pueden derivarse responsabilidades civiles, penales y deontológicas para los profesionales. Esta situación es consecuencia directa del cambio experimentado en la relación médico-paciente, presidida en la actualidad por unos principios éticos y unas normas jurídicas. Ambas disciplinas se interrelacionan en otras situaciones, como la presencia de personas con trastornos mentales en centros penitenciarios, la imposición de medidas judiciales relacionadas con la Salud Mental, o la situación particular de los menores. Sin embargo, las relaciones entre la psiquiatría y el derecho se han visto afectadas, con frecuencia, por los malentendidos, derivados en buena medida de la naturaleza de ambas (Arechederra, 2009).

Todo ello justifica la existencia de actuaciones entre profesionales de diversas disciplinas, llevadas a cabo de manera colaborativa, integrada, coordinada y sinérgica, en este caso, con el ámbito de la justicia, con el fin de lograr el mejor resultado para la sociedad en general, y el sujeto individual en particular.

Toda persona que sufra un trastorno mental, sea desde su nacimiento o sobrevenido, con independencia de las funciones psicológicas afectadas y la gravedad de su afección, es un ciudadano que conserva todos sus derechos como ser humano, salvo que un procedimiento legal, generalmente judicial, se los limite (Torres, 2009). En España, este principio general tiene una sólida base jurídica en la Constitución de 1978, en el Código Civil, en la Ley General de Sanidad, en el Convenio de Oviedo, en la Ley de Enjuiciamiento Civil y en la Ley 41/2002 que regula la autonomía del paciente, además de otros textos de nuestro ordenamiento jurídico.

En España es posible hospitalizar en su propio beneficio a una persona que sufre un trastorno mental cuando ésta no da su consentimiento. Es decir, se puede suprimir el derecho a la libertad por enfermedad mental a través de un ingreso involuntario. El procedimiento está previsto en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil que, entre otras cosas, dice: "El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, [...] requerirá autorización judicial". Esta ley deja claro el principio constitucional de que sólo la autoridad judicial puede permitir la privación de libertad, y el único motivo que puede aducir un juez para justificar su autorización es "por razón de trastorno psíquico".

Esta es la regla general contenida en dicho artículo que prevé que la autorización judicial será previa al internamiento, pero admite una salvedad, consistente en la aplicación del criterio de urgencia, en cuyo caso, el internamiento podrá realizarse por indicación médica cumpliendo el siguiente procedimiento: "salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal".

No hay que olvidar que también es posible el internamiento involuntario por orden judicial penal, en cuyo caso estará regido por las normas del ámbito penal y el enjuiciamiento criminal.

Pero no solo el ingreso involuntario suscita problemas, sino que asimismo hay que considerar los problemas que plantea el tratamiento y su carácter voluntario o no y otras medidas de coerción en el marco de los procesos terapéuticos hospitalarios. El difícil equilibrio entre los derechos humanos de las personas con trastorno mental y la posibilidad de administrar un tratamiento contra la voluntad de un enfermo, u otra medida restrictiva de su libertad, constituye aún un objeto de debate entre los profesionales que trabajan en salud mental.

En determinadas ocasiones, lo mejor que se puede hacer en beneficio de la persona enferma es restringirle su libertad de movimientos o administrarle un tratamiento, aún no contando con su conformidad; por lo tanto, debiera ser lícito hacerlo. Sin embargo, actuar sin el consentimiento del afectado y limitar aún más su libertad de movimientos puede ser también un atentado injustificado contra los derechos básicos de la persona enferma, y por lo tanto una conducta sancionable.

Por último, hay que destacar que el porcentaje de personas con trastornos mentales graves que abandonan el tratamiento, que no están en contacto con los servicios sanitarios, es alarmantemente alto, incluso en países con muchos recursos sanitarios. Este problema ha fundamentado un movimiento en pro de judicializar la solución a través de las órdenes de tratamiento en la comunidad, debate abierto que aún no se ha materializado en ninguna medida concreta.

Finalmente, debe señalarse que el análisis de las relaciones entre Psiquiatría y Justicia no puede circunscribirse en el caso de la Justicia solo y únicamente al Ámbito Judicial, sino que debemos incluir en dicho análisis la existencia de otros actores que participan en este ámbito de relaciones, como las fuerzas y cuerpos de seguridad, las instituciones penitenciarias y centros de medidas judiciales de menores e incluso el transporte sanitario, cuyas relaciones de colaboración y el perfecto ensamblaje de sus respectivas participaciones garantizan el ágil y adecuado funcionamiento de cada proceso.

## **Bibliografía**

Arechederra JJ. Psiquiatría Legal y Forense. En: Palomo T, Jiménez Arriero MA, coordinadores. Manual de psiquiatría. Madrid: Ene Life Publicidad SA y Editores; 2009. p. 687-694.

Torres F. Salud Mental, ética y derecho. En: Palomo T, Jiménez Arriero MA, coordinadores. Manual de psiquiatría. Madrid: Ene Life Publicidad SA y Editores; 2009. p. 677-685.

## OBJETIVOS Y ACCIONES

### OBJETIVO GENERAL

Establecer mecanismos de coordinación entre el Servicio Canario de la Salud con los órganos de Justicia, fuerzas del orden público, instituciones penitenciarias y centros de medidas judiciales de menores, que permitan llevar a cabo medidas e intervenciones de forma consensuada y coherente para los fines específicos de todas las partes, en aras de la calidad y eficiencia.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.** Disponer de acuerdos entre el Servicio Canario de la Salud y los órganos de Justicia y fuerzas de orden público en cuanto a los procedimientos operativos que deben seguirse en aquellas personas en situación de involuntariedad, haya sido ordenada por los órganos judiciales o indicada por un facultativo.

*Nota:* La situación de involuntariedad incluye tanto los ingresos involuntarios como cualquier otra medida de restricción de la libertad, en contra de los deseos de las personas (por ejemplo, contención física).

#### Actividades

1.1. Crear un grupo de trabajo intersectorial entre el Servicio Canario de la Salud, los órganos de Justicia ubicados en Canarias, las fuerzas de orden público e Instituciones Penitenciarias y Centros de medidas judiciales de menores.

*Nota:* Este grupo de trabajo debería contar con representantes de, al menos, las siguientes instancias:

- Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales.
- Servicios de Psiquiatría.
- 112.
- Servicios de Urgencia.
- Atención Primaria.
- Órganos de Justicia.
- Fuerzas de orden público.
- Instituciones Penitenciarias y Centros de medidas judiciales de menores.

1.2. Elaboración de documento de directrices consensuadas de actuación en personas que requieren evaluación y/o tratamiento sanitario, en situación de involuntariedad, y los traslados que estas situaciones impliquen.

*Nota:* Este documento de directrices debería incluir, al menos, procedimientos concernientes a las siguientes situaciones.

- Procedimiento operativo respecto a personas para las que se decreta autorización judicial.
- Procedimiento operativo respecto a personas para las que decreta orden judicial.
- Procedimiento operativo respecto a personas para las que un facultativo lo indica, sea de Salud Mental o de cualquier otra especialidad de Medicina, según criterio clínico y al amparo del marco jurídico existente.

Además del detalle de cada fase del procedimiento, deberá contener los siguientes elementos:

- Delimitación de funciones y responsabilidades de cada una de las partes implicadas.
- Mecanismos de coordinación y comunicación entre las diferentes partes.

### 1.3. Difusión del documento de directrices consensuadas entre los sectores implicados.

*Nota:* La difusión debe realizarse con un alcance autonómico en el seno de cada uno de los sectores implicados: Servicio Canario de la Salud, Justicia, Fuerzas de orden público, Instituciones penitenciarias y Centros de medidas judiciales de menores.

**Objetivo específico 2. Establecer un seguimiento periódico de las posibles incidencias en los procedimientos que se siguen en aquellas personas en situación de involuntariedad, encaminado a la identificación de problemas y establecimiento de medidas para corregirlas.**

#### Actividades

### 2.1. Desarrollar un sistema de recogida de datos sobre el número de personas que son objeto de procedimientos en situación de involuntariedad, por causa de salud mental, e incidencias durante estos.

*Nota:* se considerarán incidencias todas aquellas situaciones en las que no se cumplan las directrices consensuadas para estos procedimientos, o bien aquellas que, aún encuadrándose en los procedimientos establecidos, se consideren como tales a juicio facultativo.

### 2.2. Evaluar periódicamente el número de procedimientos con involuntariedad debido a causas de salud mental y las incidencias en Canarias.

*Nota:* la evaluación corresponderá a la Dirección General de Programas Asistenciales.

### 2.3. Evaluar periódicamente las incidencias concernientes a los procedimientos con involuntariedad debido a causas de salud mental.

### 2.4. Puesta en marcha de acciones de mejora necesarias.

*Nota:* las acciones necesarias se derivarán del análisis de incidencias.

**Objetivo específico 3. Implementar un modelo colaborativo y consensuado entre Salud Mental, órganos de Justicia, instituciones penitenciarias y centros de medidas judiciales de menores, para la atención a las personas con trastorno mental, sometidas a algún tipo de medida penal (medidas de internamiento, restricción de libertad o medidas de control ambulatorio).**

#### Actividades

### 3.1. Crear un grupo de trabajo intersectorial entre el Servicio Canario de la Salud, los órganos de Justicia ubicados en Canarias, Instituciones Penitenciarias y la Dirección General de Protección a la Infancia y Familia.

### 3.2. Diseñar e implementar un programa de atención a la salud mental para aquellas personas sometidas a medidas penales (medidas de internamiento, restricción de libertad o medidas de control ambulatorio), con el fin de prestar una atención de calidad y con la continuidad de cuidados necesaria.

**Objetivo específico 4.** Desarrollar los criterios y las líneas de actuación clínico-legales relativas a los procesos de incapacitación en personas con Trastorno Mental Grave que así lo requieran.

#### Actividades

- 4.1. Elaboración de una Guía sobre los criterios y las líneas de actuación clínico-legales relativas a los procesos de incapacitación de personas con Trastorno Mental Grave que así lo requieran.
-

## 10.3. COORDINACIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

### ANÁLISIS DE SITUACIÓN

---

#### 1. Introducción

Los Centros de Atención Primaria tienen una gran importancia en la atención a la salud mental. Además, constituyen la puerta de entrada a la Red de Salud Mental. Entre sus funciones se incluyen la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y derivación a las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC).

Los problemas de salud mental son muy comunes en la población. Los estudios sobre prevalencia de morbilidad psiquiátrica en Atención Primaria (AP) estiman prevalencias entre un 20 y un 40% (SCS, 2008). Asimismo, una de cada cuatro consultas en Atención Primaria es realizada por personas que tienen como principal o único motivo de consulta un problema de salud mental. Una gran proporción de estos pacientes recibe la atención en los Centros de Atención Primaria y nunca requieren una atención especializada en la red de salud mental.

El Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, con la colaboración de un amplio grupo de profesionales de Salud Mental y Atención Primaria, elaboró la guía "Salud Mental en Atención Primaria. Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes" (SCS, 2008), con el objetivo de mejorar la calidad de la atención que desde los centros de AP se presta a los trastornos de la salud mental. Se trata de un manual integrado de práctica clínica para los profesionales de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma Canaria.

En el III Plan de Salud de Canarias se han propuesto varias acciones en el Área de Salud Mental con cuatro objetivos fundamentales: mejorar la coordinación entre los profesionales de Salud Mental y Atención Primaria, mejorar la atención a los pacientes con Trastorno Mental Grave, mejorar el abordaje del Trastorno Mental Común y potenciar la formación en salud mental de los profesionales de AP.

#### 2. Coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria

En líneas generales, la coordinación intrainstitucional en Canarias ha sido heterogénea. Es probable que el motivo principal sea la ausencia de un protocolo de coordinación general o específico para alguno de estos ámbitos. A su vez, esta ausencia de protocolos probablemente ha estado influida por la heterogeneidad y complejidad del objeto último de tal coordinación: la persona con un trastorno mental, de naturaleza, gravedad y necesidades muy diferentes entre sí, y cambiantes a lo largo de la evolución. Las modalidades básicas de coordinación, hasta la fecha, han sido la escrita (informes de alta, informes clínicos o notas específicas), telefónica, y la presencial mediante reuniones (consultorías).

Si bien todos los dispositivos de la Red de Salud Mental pueden tener necesidad de comunicación con AP, en general se trata de contactos puntuales, a excepción de las USMC, que requieren una coordinación continua, dada la continuidad asistencial que prestan a los pacientes. Por ello este apartado se centra en la coordinación que se produce entre las USMC y AP.

- Coordinación escrita: La forma estándar y más frecuente de comunicación entre ambas redes es la escrita, principalmente mediante informes de derivación de AP a la USMC, informe clínico de tales valoraciones desde la USMC a AP, o notas clínicas acerca de aspectos concretos dirigidas a la otra parte. Otra forma de comunicación, menos frecuente, es la comunicación telefónica.

- **Coordinación presencial (Consultorías):** La forma más habitual de coordinación presencial son las reuniones entre ambos equipos, representados no al completo, por motivos organizativos y obligaciones asistenciales, sino parcialmente en ambos. Este tipo de coordinación se ve facilitada en aquellas USMC que se encuentran ubicadas en el mismo centro que el Centro de Atención Primaria. En estas reuniones de coordinación se abordan tanto aspectos generales (p.ej: problemas detectados en las derivaciones, en el tiempo de espera, etc.) o sobre pacientes en concreto. Sin embargo, no existe homogeneidad en Canarias en lo relativo a estas reuniones, en aspectos como la periodicidad, miembros que deben estar presentes, contenido, etc. Estas necesidades de discutir sobre pacientes concretos, unido a las experiencias previas reflejadas en la literatura científica, ha llevado al desarrollo de la figura del “facultativo consultor”, quien realiza reuniones programadas con los equipos de AP. La función principal es dar respuesta a casos planteados por AP, proporcionando orientaciones, clarificaciones, sugerencias, etc. Al mismo tiempo, esta labor permite un ejercicio de formación continua mediante casos reales. En óptimas condiciones, la actividad del facultativo consultor puede resultar en un mejor abordaje de los pacientes en AP, mejores derivaciones (tanto la derivación de quienes deben ser derivados, como la no derivación de quienes no), mejor formación de los médicos de AP, y en definitiva, una mejora de la calidad de la atención en salud mental en AP, que puede redundar a su vez en una menor presión asistencial en la Red de Salud Mental. Aunque en Canarias existe esta figura de facultativo consultor, ha dependido de las iniciativas en las diferentes áreas y por tanto, su desarrollo ha sido heterogéneo. En los últimos dos años se ha puesto en marcha la consultoría virtual, con óptimos resultados, según la valoración de ambas partes.

### 3. Conceptos

En esta propuesta se incluyen los conceptos de interconsulta, derivación y respuesta. Tanto la derivación como la interconsulta se conceptúan como aquellos actos de remitir un paciente a otro profesional sanitario, para ofrecerle una atención complementaria para su diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación. La derivación puede diferenciarse de la interconsulta en un matiz subjetivo del profesional remitente. Mientras que en la derivación la expectativa del remitente es una asunción del paciente por parte del profesional al que se remite (independientemente de que el seguimiento pueda ser conjunto), en las interconsultas las expectativas pueden ser de evaluación y tratamiento de forma puntual o más circunscrita en el tiempo.

Por su parte, la respuesta se puede conceptuar como la información clínica proporcionada por el profesional que ha evaluado al paciente, remitida al profesional remitente, independientemente del formato y vía utilizados.

### Bibliografía

Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Salud Mental en Atención Primaria. Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes. Santa Cruz de Tenerife: Sabater Gráficas; 2008.

Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Plan de Salud de Canarias 2016-2017. Entre la crisis y la transformación necesaria para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios. Las Palmas de Gran Canaria: FF Comunicación; 2016.

## OBJETIVOS Y ACCIONES

### OBJETIVO GENERAL

**Mejorar la Coordinación entre los profesionales de Salud Mental y Atención Primaria, mediante un modelo consensuado y homogéneo en Canarias.**

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.** Mejora de la coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental en términos de homogeneidad, frecuencia, calidad, accesibilidad compartida a la información clínica y aprovechamiento de las nuevas tecnologías.

#### Actividades

- 1.1. Unificar y oficializar los criterios de derivación de Atención Primaria a Salud Mental en Canarias, mediante un consenso entre ambos sectores.
- 1.2. Unificar en Canarias el criterio temporal adscrito a las derivaciones o interconsultas de carácter preferente y normal. Unificar en Canarias el dispositivo asistencial más adecuado para la atención a las interconsultas o derivaciones urgentes desde Atención Primaria, de pacientes en seguimiento en alguna USMC, con historia de seguimiento previo en USMC, o sin ella.
- 1.3. Crear e implantar un modelo único específico de interconsultas o derivaciones entre Atención Primaria y Salud Mental, que facilite y promueva la cumplimentación de aspectos imprescindibles.
- 1.4. Crear un cuestionario dirigido a los profesionales de Atención Primaria, sobre la calidad de las respuestas de las USM a las interconsultas o derivaciones, tanto sobre denegadas como las aceptadas, y aplicarlo de forma homogénea y completa en Canarias.
- 1.5. Crear un cuestionario dirigido a los profesionales de las USM, sobre la calidad de las interconsultas de Atención Primaria, tanto en adecuación a criterios de derivación como en calidad (principalmente información proporcionada y adecuación de esta), y aplicarlo de forma homogénea y completa en Canarias.
- 1.6. Evaluar de forma periódica la percepción de los profesionales de las USM y centros de AP de Canarias sobre la calidad de las interconsultas o derivaciones y de las respuestas a estas, con el fin de identificar problemas y desarrollar las acciones de mejora pertinentes.
- 1.7. Establecer un formato digital único para las interconsultas o derivaciones entre Atención Primaria y Salud Mental en Canarias.
- 1.8. Fomentar la realización de consultorías (virtuales o presenciales) entre Salud Mental y Atención Primaria, con la periodicidad acordada entre ambos sectores en cada pareja de dispositivos (USMC-AP), según sus especificidades y necesidades.
- 1.9. Crear una línea de comunicación telemática y bidireccional entre profesionales de ambos sectores.

**Objetivo específico 2.** Favorecer la mejora de la formación en salud mental de los profesionales de Atención Primaria, mediante una coordinación adecuada entre SM y AP para el diseño e implementación de las acciones formativas de salud mental dirigidas a AP.

#### Actividades

- 2.1. Incluir en el Programa de Formación en Salud Mental una sección dedicada a la formación dirigida a Atención Primaria.

---

- 2.2. Evaluar las necesidades formativas de los profesionales de Atención Primaria.

---

- 2.3. Desarrollar la programación formativa dirigida a Atención Primaria teniendo en cuenta las necesidades formativas expresadas por Atención Primaria y las estimadas por Salud Mental.

---

## 10.4. COORDINACIÓN ENTRE DISPOSITIVOS EN LA RED DE SALUD MENTAL

### ANÁLISIS DE SITUACIÓN

---

La Red de Salud Mental se compone de distintos dispositivos con los que se pretenden cubrir todas las necesidades de atención de la población, garantizando la equidad y la accesibilidad. Para ello, en la Comunidad Autónoma de Canarias, disponemos de 24 Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC) distribuidas por todo el territorio, además de 6 Unidades específicas de Infanto-Juvenil, 2 Hospitales de Día Infanto-Juvenil, 6 Unidades de Internamiento Breve (UIB), 2 Unidades de Media Estancia, 2 Unidades de Clínica y Rehabilitación, 2 Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario y 23 Centros de Día de Rehabilitación psicosocial.

La amplitud y diversidad de los recursos, hacen imprescindible una adecuada coordinación entre los dispositivos para garantizar una adecuada continuidad de cuidados. Para ello están establecidas las reuniones de coordinación periódicas de los dispositivos hospitalarios y sociosanitarios con las USMC, en las que se abordan aspectos específicos de la coordinación, se analiza cada caso derivado y se consensúan los objetivos terapéuticos. Sin embargo, la inexistencia de directrices consensuadas y homogéneas de coordinación por una parte, y la presión asistencial por otra, influyen para que la frecuencia de las actividades de coordinación sea variable y menor de la deseable.

Resulta imprescindible avanzar en el desarrollo de mecanismos eficaces de coordinación a nivel intrainstitucional para garantizar la atención integral a las personas con trastorno mental y optimizar nuestros recursos.

## OBJETIVOS Y ACCIONES

### OBJETIVO GENERAL

Establecer las vías, elementos y mecanismos de coordinación intrainstitucional, de tal forma que se facilite la continuidad asistencial, aumente la consistencia de las actuaciones y redunde en una mayor efectividad y eficiencia del sistema.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.** Avanzar en el desarrollo de mecanismos eficaces de coordinación y cooperación a nivel intrainstitucional que garanticen la atención integral de las personas con trastornos mentales.

#### Actividades

- 1.1. Elaborar e implementar procedimientos de derivación vía electrónica entre los dispositivos de la Red de Salud Mental, con el fin de agilizar los circuitos y el intercambio de información.
- 1.2. Ampliación y actualización continua del mapa sectorizado de los distintos dispositivos de la Red de Salud Mental acorde a la distribución geográfica de la población.
- 1.3. Trabajar mediante equipos multidisciplinares y articular mecanismos específicos para garantizar las reuniones de equipo, como elemento articulador básico para el funcionamiento sinérgico del equipo multidisciplinar.
- 1.4. Elaborar y/o actualizar manuales de funcionamiento en cada uno de los dispositivos de la Red de Salud Mental.
- 1.5. Elaborar un documento único sobre los criterios de derivación entre los dispositivos de la Red de Salud Mental.
- 1.6. Implantar de forma plena y generalizada la Historia Clínica Electrónica única en la Estación Clínica de Salud Mental, conectada con Atención Primaria y con otras áreas sanitarias, como elemento básico para la mejora de la transmisión de información clínica, y por ende, para la coordinación de todos los profesionales que actúan sobre un mismo caso.
- 1.7. Establecimiento de procesos de mejora continua de la coordinación basado en la evidencia existente, resultados obtenidos y procesos de benchmarking.

## 10.5. COORDINACIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y LA RED DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

### ANÁLISIS DE SITUACIÓN

---

La evaluación y tratamiento ambulatorio de las personas con drogodependencia se realiza en las Unidades de Atención a las Drogodependencias (UAD), que cuentan con equipos multidisciplinares. Estas UAD no están integradas en la red de salud mental en Canarias. Cuando se estima necesario el ingreso hospitalario con finalidad de desintoxicación, se realiza la derivación para ingreso en las Unidades de Desintoxicación Hospitalarias. Un requisito básico es la voluntariedad en el ingreso. La indicación se realiza por médicos de las UAD. Cuando existe patología dual, los pacientes reciben un seguimiento de forma conjunta por las USMC y las UAD.

En líneas generales, la coordinación intra e interinstitucional en Canarias ha sido heterogénea. Es probable que el motivo principal sea la ausencia de un protocolo de coordinación general o específico para alguno/s de estos ámbitos. Las modalidades básicas de coordinación, hasta la fecha, han sido la escrita (informes de alta, informes clínicos o notas específicas), telefónica, y la presencial mediante reuniones.

Para garantizar un adecuado abordaje integral y con continuidad de cuidados, es importante establecer directrices de coordinación entre las redes de Salud Mental y de atención a las drogodependencias, que estén consensuadas y sean homogéneas para toda la Comunidad Autónoma, especialmente cuando consideramos la complejidad de la patología dual, y la amplitud y diversidad de los recursos implicados.

## OBJETIVOS Y ACCIONES

### OBJETIVO GENERAL

**Mejorar la coordinación entre los dispositivos de Salud Mental y los dispositivos pertenecientes a la Red de Atención a las Drogodependencias, mediante la implantación de un modelo efectivo y homogéneo en Canarias.**

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1. Establecer directrices de coordinación entre las redes de Salud Mental y Atención a las Drogodependencias, de forma consensuada.**

#### Actividades

- 1.1. Creación de un grupo de trabajo conformado por profesionales de ambas redes para el desarrollo de las directrices operativas de coordinación.
- 1.2. Incluir en los protocolos de atención a la patología dual directrices operativas de coordinación entre ambas redes, que puedan establecer particularidades o especificaciones necesarias, respecto a las directrices generales de coordinación que se establezcan.

**Objetivo específico 2. Establecimiento de canales de comunicación tecnológicos efectivos, de fácil uso y accesibilidad entre ambas redes.**

#### Actividades

- 2.1. Fomentar el uso de nuevas tecnologías que redunden en una mejora de la coordinación entre ambas redes.
- 2.2. Crear un entorno virtual que facilite la coordinación de profesionales de ambas redes.  
*Nota:* El entorno virtual debería ser accesible a los profesionales de ambas redes, de utilización diaria, con posibilidad de comunicación dirigida personalizada, con notificaciones de mensajes, y que cumpla con la Ley de protección de datos y demás legislación vigente.

**Objetivo específico 3. Facilitación y homogeneidad de la transmisión de la información clínica entre ambas redes.**

#### Actividades

- 3.1. Establecer un documento de derivación bidireccional normalizado entre ambas redes.

**Objetivo específico 4. Establecimiento del consultor de Salud Mental en la red de atención a las Drogodependencias.**

#### Actividades

- 4.1. Realizar cuantas acciones sean necesarias para el establecimiento de la figura del consultor de Salud Mental en la red de atención a las drogodependencias, con carácter autónomo.  
*Nota:* Los objetivos y funciones propuestas son el asesoramiento en casos clínicos, el desarrollo de actividades de formación continuada e implementación de actividades de prevención y promoción de la salud mental. La periodicidad propuesta es mensual.

## 10.6. COORDINACIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

### ANÁLISIS DE SITUACIÓN

---

Los pacientes médico-quirúrgicos presentan una alta tasa de morbilidad psíquica, que se sitúa entre el 30-50% en pacientes ingresados y entre el 25-30% en pacientes ambulatorios. La comorbilidad psíquica no se detecta con frecuencia, pero motiva una excesiva utilización de servicios médicos y aumenta la incapacidad, morbilidad e incluso la mortalidad (Lobo y Campayo, 2009). Un tratamiento integral, de colaboración de psiquiatras con los equipos médico quirúrgicos, optimiza la asistencia y reduce costes, para lo que es fundamental el papel de la psiquiatría de interconsulta y enlace.

Tradicionalmente se ha descrito a la psiquiatría de enlace como aquella subespecialidad de la psiquiatría dedicada al diagnóstico, tratamiento y prevención de aquellos aspectos propios de la patología mental en el contexto de un hospital general; ya sea de patología médica en pacientes con patología psiquiátrica aguda o crónica como de las manifestaciones psiquiátricas de algunas enfermedades médicas (Koppmann, 2017).

Se ha diferenciado la interconsulta psiquiátrica, es decir, aquella respuesta concreta ante una pregunta específica que normalmente va destinada al profesional que la solicita y que tiene relación con el diagnóstico y manejo de una patología ajena a su especialidad o el uso de un fármaco en particular; con la psiquiatría de enlace, que implica trabajo conjunto en áreas de interés común cuyos límites no pertenecen a una especialidad particular tal y como ocurre, por ejemplo, en el dolor crónico, los trastornos alimentarios, los problemas de fertilidad o la oncología.

Los profesionales de Salud Mental de las Unidades Funcionales de Interconsulta y Enlace (UFIE) deben mantener un adecuado equilibrio entre las demandas técnicas de los otros profesionales de la salud, la familia y el propio paciente. Además, deben hacerse cargo del estigma que la salud mental tiene en otros entornos ajenos a los de Salud Mental, y muchas veces, proveer de cuidados a pacientes con trastornos psicóticos, con riesgo suicida o con drogodependencias en contextos médicos y espacios físicos ajenos a la especialidad.

En Canarias existen Unidades Funcionales de Interconsulta y Enlace, con personal específico o compartido con la UIB en los cuatro Hospitales de las islas capitalinas. En el resto, las tareas de interconsulta y enlace son realizadas por profesionales de la UIB.

Estas Unidades, además de atender las interconsultas de patología psiquiátrica de otros Servicios Hospitalarios, incluidas las Urgencias, y de prestar apoyo psicológico a los pacientes con cualquier patología somática que lo requieran, desarrollan una actividad asistencial en las siguientes áreas:

- CHNSC: Servicios de Cuidados Paliativos (incluyendo la atención a pacientes con ELA y E. Fibroquística), Neurología, Cirugía Infantil Oro-facial, Trasplantes Hepáticos, Unidad del Dolor, Pediatría y Oncología, Consultas externas hospitalarias de psicooncología, psiquiatría oncológica, atención de enfermería de los pacientes con la TEC de mantenimiento.
- CHUC: Psicooncología, VIH e Infecciones, Valoración para trasplante de donante vivo, Valoración previa de trasplante hepático, Rehabilitación cardíaca, Psicooncología infantil, Transexualidad.
- CHUIMI: Cirugía, Oncología, Cuidados Paliativos, Pacientes con lesiones medulares, Neuropsicología, Transexualidad.
- HUGC Dr. Negrín: Cirugía Bariátrica, Trasplante Hepático, Transexualidad.

Hasta la fecha, no puede hablarse de una coordinación reglada entre la Red de Salud Mental y otras especialidades médicas, sino de comunicación en función de las necesidades en casos concretos. Además de la interrelación evidente que se produce en los hospitales a través de los EFIE, en el ámbito ambulatorio se restringe a la comunicación mediante notas o informes clínicos, y ocasionalmente, a la vía telefónica.

## **Bibliografía**

Lobo A, Campayo A. Psiquiatría de enlace. En: Palomo T, Jimenez-Arriero MA, editores. Manual de Psiquiatría. Madrid: Grupo ENE Publicidad SA y Editores; 2009. p.651-659.

Koppmann A. Interconsulta, bioética y psiquiatría de enlace. Rev. Med. Clin. Condes. 2017; 28(6): 949-55.

## OBJETIVOS Y ACCIONES

### OBJETIVO GENERAL

**Implantar un modelo común de coordinación entre salud mental y otras especialidades médicas que resulte efectivo, eficiente y de calidad.**

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.** Disponer de Unidades Funcionales de Interconsulta y enlace (UFIE) de Salud Mental en todos los Hospitales del Servicio Canario de la Salud para la prevención, evaluación, detección y tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica asociada a la patología médica, cuya cartera de servicios sea lo más homogénea posible.

#### Actividades

1.1. Realizar un análisis de la situación sobre las Unidades Funcionales de Interconsulta y Enlace (UFIE), que incluya profesionales que las integran, actividad asistencial y cartera de servicios.

1.2. Analizar la demanda de otras especialidades médicas a los Servicio de Psiquiatría en Canarias, ya sea de pacientes hospitalizados o ambulatorios.

*Nota:* Hasta la actualidad, las áreas para las cuales se han instaurado consultas específicas en diferentes UFIE, debido a la mayor demanda y/complejidad, han sido:

- Atención psicológica y psiquiátrica a los pacientes oncológicos y a sus familiares.
- Evaluación e intervención psicológica de los pacientes en espera de cirugía bariátrica.
- Valoración psicopatológica de los pacientes en espera de ser sometidos a trasplante de hígado, pulmón o cualquier otro trasplante de donante vivo.
- Valoración psicológica y psiquiátrica de las personas transexuales (previa a iniciar tratamiento hormonal y/o someterse a intervenciones quirúrgicas) y seguimiento.
- Valoración e intervención psicológica con pacientes que han sufrido patología cardíaca isquémica.
- Valoración e intervención en pacientes con diagnóstico reciente de dermatitis crónicas.
- Valoración e intervención psicológica en patologías neurológicas graves (ELA, Lesionados medulares, enfermedades neurodegenerativas).
- Valoración neuropsicológica a demanda del Servicio correspondiente.

1.3. Analizar las diferencias entre las carteras de servicios de las diferentes UFIE y realizar acciones encaminadas a la homogeneización en Canarias, siempre que estas diferencias no se estén justificadas por diferencias geográficas de morbilidad asistida.

**Objetivo específico 2.** Realizar un análisis de las interconsultas hospitalarias y ambulatorias realizadas por las especialidades médicas a Salud Mental, y adecuar las actividades de prevención e intervención a las características de la demanda.

#### Actividades

2.1. Analizar la demanda recibida por parte de las distintas especialidades médicas en cuanto a número de peticiones, vía de solicitud, motivos principales de consulta y tipo de prioridad asistencial solicitada.

2.2. Realizar nuevas acciones de prevención y/o intervención de forma acorde a las características de la demanda de otras especialidades médicas.

**Objetivo específico 3.** Formar y sensibilizar a profesionales de servicios médicos y quirúrgicos para la detección y reconocimiento precoz de psicopatología y trastornos psiquiátricos en pacientes hospitalizados en tales servicios.

**Actividades**

- 3.1. Realización de actividades formativas y de sensibilización dirigidas a los profesionales de los servicios médicos y quirúrgicos de cada hospital.

**Objetivo específico 4.** Informatizar la transmisión de información clínica entre Salud Mental y el resto de especialidades médicas en toda la Comunidad.

**Actividades**

- 4.1. Establecimiento de un sistema de interconsulta virtual ambulatoria que pueda utilizarse antes de la formalización de la derivación.
- 4.2. Informatización del sistema de petición de interconsulta hospitalaria en todos los hospitales de Canarias.

# LÍNEA ESTRATÉGICA 11: SISTEMAS DE INFORMACIÓN

## ANÁLISIS DE SITUACIÓN

---

### 1. Introducción

De acuerdo a la definición de la OMS, un sistema de información de salud mental (SISM) es “un sistema que permite recoger, procesar, analizar, difundir y utilizar información sobre un servicio de salud mental y las necesidades de salud mental de la población a la que atiende”. El SISM debe ser concebido como un sistema para la actuación; una herramienta que busca mejorar la eficacia, la eficiencia y la equidad, ya que permite a los gestores y proveedores de servicios tomar decisiones más informadas que mejoren la calidad de la atención a la salud mental (OMS, 2010). Por tanto, al igual que cualquier sistema de información sanitaria, el SISM no sólo debe limitarse a la recogida de datos sino que debe dar respuesta a las necesidades de información en distintos niveles: de las administraciones sanitarias, para facilitar el desarrollo de políticas y su aplicación en la toma de decisiones relacionadas con la planificación y la gestión de recursos; de los profesionales, con el fin de contribuir a mejorar el conocimiento, su implicación en la gestión y calidad de los servicios, y la realización de investigación; y de la ciudadanía, como respuesta a las expectativas de información de pacientes y de familiares, favoreciendo además las decisiones informadas sobre su salud.

Disponer de información compartida, sistemática, suficiente, fiable y de calidad es un elemento clave para mejorar el conocimiento sobre los problemas de salud mental en la población canaria y para conseguir adaptar la oferta de los servicios a las necesidades de la población. Un SISM debe contribuir a facilitar una atención de más calidad, continuada y coordinada entre niveles de atención, y a que se disponga de herramientas de ayuda para una gestión más óptima de los recursos aportando la información necesaria para la toma de decisiones. Además de servir para detectar áreas de mejora en la organización, facilitar a los profesionales la labor asistencial y permitir una comunicación fluida entre niveles asistenciales, un sistema de información ideal sería aquél que incluyera también información sobre resultados en salud y de la calidad percibida.

### 2. Los Sistemas de Información de Salud Mental en el SNS

La primera Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (MSC, 2007) estableció, entre sus líneas estratégicas, el desarrollo de sistemas de información y evaluación con el objetivo de mejorar el conocimiento sobre la salud mental y la atención prestada. Posteriormente esta línea fue suprimida en la última estrategia vigente (MSPSI, 2011), al considerar que el sistema de información vendría determinado por los objetivos e indicadores de las demás líneas estratégicas.

En la evaluación de la primera Estrategia (MSPS, 2009) se pudo constatar que tan solo 9 Comunidades Autónomas (CCAA) aportaron información sobre la morbilidad atendida, hallándose una alta variabilidad entre ellas, lo que llevó a recomendar el desarrollo de un sistema de registro generalizado y homogéneo en todas las CCAA. Por el momento, no existe un sistema de información en salud mental que recoja la actividad asistencial en cada Comunidad Autónoma y que esté agregado a nivel nacional. El único sistema centralizado con el que se cuenta en la actualidad es el Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD), que forma parte del Sistema de Información Sanitaria del SNS, y que actualmente se limita a la información sobre la morbilidad atendida en pacientes en hospitalizados. Sin embargo, no se dispone por el momento de información homogénea sobre morbilidad atendida ambulatoria. A lo largo de los años, los diferentes servicios de salud han ido desarrollando paulatinamente sus propios SISM, sin que por el momento se haya conseguido desarrollar un sistema integrado a nivel del Sistema Nacional de Salud que garantice la homogeneidad y la comparabilidad a nivel autonómico.

### 3. Sistemas de Información y Registros de Salud Mental en Canarias

El registro acumulativo de casos psiquiátricos de Canarias (RECAP), creado el 4 de marzo de 2002 por Orden de la Consejería de Sanidad y Consumo, responde a la necesidad de disponer de un sistema unificado de información periódica sobre la utilización y actividades de la red de atención a la salud mental en Canarias. Está diseñado como un fichero longitudinal en el que se recogen los contactos de cada paciente con los diferentes dispositivos asistenciales en salud mental, por lo que permite hacer un seguimiento continuo de los mismos.

Un elemento clave que ha permitido avanzar en el desarrollo de los sistemas de información ha sido el proceso de informatización del Servicio Canario de la Salud, que ha facilitado tanto la obtención de los datos como la automatización de los procedimientos de recogida, procesamiento y explotación de la información correspondiente al proceso asistencial. Además, los beneficios para los profesionales sanitarios han sido múltiples: acceso rápido a la información básica de los pacientes, ayuda para una toma de decisiones más eficiente y adaptada a la evidencia científica, disminución de la variabilidad clínica, puesta en marcha de sistemas de ayuda para el análisis de la información y disminución de la carga burocrática, aumentando el tiempo dedicado a la atención clínica.

El Plan de Salud de Canarias 2016-2017, dentro de las estrategias a desarrollar en salud mental, establece de forma específica la necesidad de potenciar los sistemas de información y de registro específico de trastornos mentales en niños y adolescentes, y de recursos terapéuticos y asistenciales con indicadores homogéneos en toda la Comunidad Autónoma.

### 4. El Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias

#### 4.1. Situación actual

Desde la creación del RECAP hasta la actualidad, su implantación ha ido extendiéndose progresivamente hasta abarcar todos los dispositivos de la Red de Salud Mental, a excepción de los equipos funcionales de interconsulta y enlace, que se pretenden integrar próximamente.

La cumplimentación del registro en los dispositivos clínicos, USM y Hospitales de Día, se realiza desde la Historia Clínica Electrónica (HCE). En los dispositivos de rehabilitación psicosocial el registro se hace vía web, directamente en la aplicación del RECAP.

Además, este registro se nutre de datos procedentes de otros sistemas de información del SCS como el Sistema de Información Hospitalaria (SIH), la base de datos de tarjeta sanitaria y la Historia Clínica Electrónica, entre otros. Esta integración permite recuperar información de los pacientes al cruzarse bases de datos de diferentes ámbitos asistenciales y mejora la relación entre niveles asistenciales.

#### 4.2. Prestaciones y utilidad

La disponibilidad del RECAP permite y facilita los siguientes aspectos:

- Contribuye a la planificación y gestión de los recursos en un área concreta, fomentando una política descentralizadora e integradora, que facilite la accesibilidad a los servicios.
- Permite conocer el funcionamiento y la demanda de los servicios de salud mental.
- Suministra información rápida, fácilmente comprensible y de calidad, contribuyendo a la toma de decisiones en los distintos niveles de la organización.

- Facilita la investigación clínica y epidemiológica, así como la iniciación de estudios longitudinales sobre factores etiológicos, de pronóstico y/o tratamiento.

A partir de la base de datos se elabora periódicamente la información que se pone a disposición de los gestores y de los profesionales. El análisis de los datos y el desarrollo de indicadores y cuadros de mando se realiza con el Programa Oracle Business Intelligence. La explotación de los datos permite obtener una visión integral de todos los episodios asistenciales en los distintos dispositivos de Salud Mental, en los que está inmerso el paciente. Los cuadros de mando incorporan indicadores, que además de las funciones descritas de apoyo a la planificación, la gestión y la investigación, sirven para evaluar la calidad y la efectividad de programas, contribuyendo a instaurar medidas de mejora. La calidad de la información registrada se garantiza por medio de controles de calidad en todos los niveles del proceso y por programas con controles de errores lógicos.

## 5. Estación Clínica de Salud Mental en la Historia Clínica Electrónica DRAGO AE

Dentro de la aplicación informática corporativa de Atención Especializada-Drago AE se incluye la estación clínica de salud mental, que gestiona el proceso asistencial completo reflejando cada una de las relaciones del paciente con el sistema sanitario. Su objetivo no sólo es mejorar los flujos de trabajo, sino ofrecer un servicio más eficiente y de mayor calidad a la población. En su desarrollo se ha contado con la participación de los profesionales implicados, de forma que diera respuesta a sus necesidades.

## Bibliografía

Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Plan de Salud de Canarias 2016-2017. Entre la crisis y la transformación necesaria para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios. Las Palmas de Gran Canaria: FF Comunicación; 2016.

MSC. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. Madrid: MSC; 2007.

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

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

OMS. Organización Mundial de la Salud. Sistemas de información en salud mental. (Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental). Ginebra: OMS; 2010.

## OBJETIVOS Y ACCIONES

### OBJETIVO GENERAL

**Consolidar y mejorar el sistema de información en salud mental, de tal forma que resulte una herramienta útil para la obtención de información de la actividad asistencial, la gestión y la investigación.**

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1. Mejorar los indicadores de seguimiento de la actividad asistencial en salud mental orientados a resultados en salud.**

#### Actividades

- 1.1. Reuniones con los profesionales de la Red de Salud Mental para definir los indicadores principales y establecer estándares a diferentes niveles.
- 1.2. Integración en el SISM de datos relativos a la lista de espera, gestión económica, prescripción de psicofármacos e interconsulta virtual.
- 1.3. Incorporar estándares de referencia nacionales y/o internacionales para la comparación de los indicadores de Canarias.

**Objetivo específico 2. Proporcionar a los profesionales de la Red de Salud Mental información útil para la gestión asistencial.**

#### Actividades

- 2.1. Revisión de los cuadros de mando disponibles para analizar si cubren las necesidades de información.
- 2.2. Creación de mecanismos de retroalimentación con los profesionales.

**Objetivo específico 3. Evaluar y mejorar la calidad de los datos recogidos en el SISM.**

#### Actividades

- 3.1. Chequeo de la calidad de los datos contrastando la información del SISM con las fuentes disponibles.
- 3.2. Reuniones formativas e informativas con los profesionales sobre aspectos mejorables de la recogida de la información.
- 3.3. Puesta en marcha de soluciones informáticas que faciliten la cumplimentación de los registros.

**Objetivo específico 4. Garantizar el acceso a la historia clínica electrónica desde todos los dispositivos de la Red de Salud Mental, con el objeto de contar con información clínica y/o psicosocial del paciente a lo largo de todo el proceso asistencial.**

#### Actividades

- 4.1. Mejora de la infraestructura tecnológica y del equipamiento informático.
- 4.2. Desarrollos informáticos y dotación de los mecanismos de comunicación que permitan el acceso a la HCE por parte de los profesionales de la Red de Salud Mental.

**Objetivo específico 5. Integrar en el Sistema de Información de Salud Mental información relativa al grado de satisfacción de los usuarios.**

**Actividades**

5.1. Diseño de herramientas que permitan valorar el grado de satisfacción de los usuarios.

5.2. Integrar las herramientas de evaluación de la satisfacción de los usuarios en el SISM.

5.3. Incorporar los resultados de valoración de la satisfacción de los usuarios en los cuadros de mando.

**Objetivo específico 6. Facilitar el acceso a la información a profesionales, usuarios y la población.**

**Actividades**

6.1. Creación de un portal abierto vía web que permita consultar datos epidemiológicos y de actividad.

**Objetivo específico 7. Establecer un entorno colaborativo del SCS con otras instancias e instituciones, para facilitar la investigación intra e interinstitucional.**

**Actividades**

7.1. Establecimiento de un entorno colaborativo que incluya mecanismos de autorización y de desarrollo de consultas *ad hoc*.

**Objetivo específico 8. Facilitar el seguimiento de las personas con trastorno mental a través del uso de las nuevas tecnologías.**

**Actividades**

8.1. Revisión de los hallazgos disponibles sobre los diferentes instrumentos de nuevas tecnologías potencialmente útiles para mejorar el seguimiento clínico de las personas con trastorno mental.

8.2. Selección de instrumentos de nuevas tecnologías que se estimen más adecuados, en virtud de aspectos como el coste-efectividad, facilidad de uso y aceptabilidad potencial.

8.3. Implementación del uso del instrumento o instrumentos de nuevas tecnologías en Canarias.

*Notas:*

- Los instrumentos de nuevas tecnologías podrán estar orientados a la mejora de cualquier aspecto que se considere relevante para la mejora del tratamiento, seguimiento y evolución clínica (p.ej: mejora de la adherencia terapéutica, reducción del absentismo a consultas, reducción del riesgo suicida, etc).
- Los instrumentos de nuevas tecnologías pueden ser de diferente naturaleza (p.ej: aplicaciones para el móvil, recordatorios de consultas, etc).
- La implementación podrá realizarse mediante una experiencia piloto previa en un área geográfica determinada.

8.4. Incorporación de los datos obtenidos del uso de nuevas tecnologías al entorno colaborativo de los SISM.

**Objetivo específico 9. Desarrollar un sistema de evaluación y seguimiento del Plan de Salud Mental.**

**Actividades**

- 9.1. Elaboración de un panel de indicadores correspondientes a cada una de las líneas estratégicas del Plan de Salud Mental para su monitorización continua.
- 9.2. Determinación del sistema de recogida, elaboración y análisis de la información aportada por los indicadores.
- 9.3. Elaboración de un cuadro de mando que permita evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos del PSMC.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 12: FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

### ANÁLISIS DE SITUACIÓN

---

Los datos y análisis correspondientes a la formación y a la investigación se han desarrollado ampliamente en el Análisis de la situación global de este Plan. Por ello, a continuación solo se desarrollan algunas ideas básicas y datos adicionales.

La formación continua es un pilar básico para favorecer la atención sanitaria de calidad. La Estrategia en Salud Mental del SNS 2009-2013 (MSPSI, 2011) incluye la “Formación del personal sanitario” como una de sus Líneas Estratégicas.

Por su parte, la investigación es un imperativo moral para la comunidad que forman los profesionales de la salud y debe de entenderse como un elemento más del proceso asistencial. Además de ser un deber ético, proporciona las ventajas de que “la integración de la investigación con la práctica clínica garantiza una mayor calidad de los servicios de salud y una mejor y más rápida implantación de los avances científicos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y un cuidado más ético y eficaz de los pacientes” (MSC, 2007). La “Investigación en salud mental” es una de las líneas estratégicas básicas recogidas en la Estrategia en Salud Mental del SNS 2009-2013 (MSPSI, 2011).

Un hecho de gran relevancia en la formación de posgrado en nuestra Comunidad en los últimos años ha sido la constitución de Unidades Docentes Multiprofesionales de Salud Mental. En Canarias existen dos, en las que se integran los residentes de las especialidades de Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería de Salud Mental. La Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de Tenerife ha estado en proceso de acreditación provisional desde septiembre de 2010 hasta el 22 de marzo de 2017, fecha en la que ha obtenido la Acreditación por parte de la Subdirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con una capacidad docente de 4 residentes/año en la especialidad de Psiquiatría, 2 residentes/año en la especialidad de Psicología Clínica y 5 residentes/año en la especialidad de Enfermería de Salud Mental. Desarrolla un programa docente recogido en el Proyecto Docente aprobado en diciembre de 2010, que integra un Programa General, un Programa Específico para cada especialidad y un Programa Transversal. Dispone de tres días al mes para el desarrollo del programa docente. Están nombrados 8 tutores (4 de la especialidad de Psiquiatría, 2 de Psicología Clínica y 2 de Enfermería de Salud Mental). La Unidad Docente Multiprofesional de Gran Canaria ha solicitado la Acreditación como Unidad Docente Multiprofesional y se encuentra en la actualidad tramitando dicho proceso y a la espera de la resolución del Ministerio de Sanidad. Cuenta con la misma capacidad docente: 4 residentes/año en la especialidad de Psiquiatría, 2 residentes/año en la especialidad de Psicología Clínica y 5 residentes/año en la especialidad de Enfermería de Salud Mental.

### Bibliografía

MSC. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. Madrid: MSC; 2007.

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

## OBJETIVOS Y ACCIONES

### OBJETIVO GENERAL 1

**Potenciar la formación de los profesionales de los sectores implicados en la salud mental.**

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.1.** Disponer de un Programa de Formación Continuada en Salud Mental para todos los profesionales implicados en la atención a la salud mental, orientado a las prioridades establecidas en las líneas estratégicas de este Plan, y que compatibilice objetivos institucionales, demandas formativas de profesionales y necesidades de salud de la población.

##### Actividades

- 1.1.1. Análisis de las necesidades formativas en Salud Mental, que contemple los objetivos institucionales, demandas formativas de profesionales y necesidades de salud de la población.
- 1.1.2. Elaboración de un Programa de Formación Continuada, que contemple las necesidades formativas identificadas en el análisis.
- 1.1.3. Acciones de formación dirigidas a profesionales sanitarios y no sanitarios clave (Servicios Sociales, Educación, Justicia e Instituciones Penitenciarias).
- 1.1.4. Incluir acciones formativas de "paciente experto" y "familiar experto".
- 1.1.5. Fomentar el desarrollo de actividades de formación online.
- 1.1.6. Mejorar el alcance de las actividades formativas a las islas no capitalinas.
- 1.1.7. Implantar acciones formativas periódicas y regladas (sesiones clínicas y bibliográficas) en todos los dispositivos de la Red de Salud Mental.
- 1.1.8. Favorecer acciones formativas compartidas entre los dispositivos de la Red de Salud Mental.
- 1.1.9. Potenciar las actividades de docencia o formación continuada acreditadas.
- 1.1.10. Facilitar los procedimientos necesarios para la realización de docencia, actividades de formación continuada, formación en servicio, estancias de reciclaje u otras.
- 1.1.11. Realizar la necesaria difusión de las actividades formativas a los profesionales implicados.

**Objetivo específico 1.2.** Garantizar la calidad de la formación postgrado.

##### Actividades

- 1.2.1. Implementar cuantas acciones sean necesarias para el desarrollo de las Unidades Docentes Multiprofesionales de salud mental.
- 1.2.2. Realizar la formación postgrado en consonancia con lo establecido en los respectivos programas formativos oficiales de las especialidades de psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental.
- 1.2.3. Elaborar un Programa de Formación Transversal, General y Específico para las diferentes especialidades de Salud Mental: psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental.

---

1.2.4. Evaluar el desarrollo y la calidad de los Programas de Formación: Transversal, General y Específico para los Residentes de psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental integrados en las Unidades Docentes Multiprofesionales de Salud Mental de Tenerife y Gran Canaria.

---

1.2.5. Elaborar un Programa de Formación Específica para Tutores y Responsables Docentes que incluya el desarrollo de cursos sobre la normativa que regula, organiza y desarrolla la formación sanitaria especializada en los ámbitos nacional y autonómico, metodología docente, formación por competencias, instrumentos y metodología de evaluación en Formación Sanitaria Especializada, desarrollados anualmente en Canarias.

---

1.2.6. Actualización y mejora de las 'Guías Formativas' de las Unidades Docentes Multiprofesionales incorporando la descripción de las competencias que se han de adquirir en cada una de las rotaciones contempladas en los Planes Individuales Formativos de todos los especialistas en formación, según lo establecido en los Programas Oficiales de las Especialidades de Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería de Salud Mental mediante el establecimiento de reuniones conjuntas de los Tutores, Responsables Docentes y Jefe de Estudios.

## OBJETIVO GENERAL 2

**Fomentar la investigación en salud mental, la metodología de gestión del conocimiento científico y su aplicación a la práctica clínica.**

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 2.1. Potenciar la investigación, preferentemente la investigación clínica sobre las áreas de mayor repercusión negativa en la salud.**

#### Actividades

2.1.1. Determinar de forma consensuada las líneas de investigación prioritarias, según las áreas de mayor relevancia.

---

2.1.2. Disponer de un registro de investigaciones en salud mental en Canarias.

---

2.1.3. Apoyar el desarrollo de proyectos de investigación de calidad, especialmente los incluidos en redes acreditadas de centros de investigación y aquellos que participen en convocatorias competitivas autonómicas, nacionales o internacionales.

---

2.1.4. Fomentar el desarrollo de proyectos de investigación independientes, sin conflictos de intereses.

---

2.1.5. Impulsar proyectos de investigación conjuntos entre diferentes dispositivos de la Red de Salud Mental y con Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Universidades.

---

2.1.6. Facilitar la realización de Trabajos de Fin de Máster y/o Tesis doctorales y aumentar en número de doctores.

---

2.1.7. Fomentar el reconocimiento de la actividad investigadora de impacto en la carrera profesional.

---

2.1.8. Difundir la información de las investigaciones de salud mental.

---

**Objetivo específico 2.2. Potenciar la formación de los profesionales implicados en la salud mental en metodología de la investigación.**

**Actividades**

- 2.2.1. Cursos de ámbito autonómico sobre aspectos de metodología de la investigación, dirigidos a profesionales de la Red de Salud Mental.
- 2.2.2. Cursos de Formación Específica en Investigación para Residentes, dentro del Programa de Formación Transversal.
- 2.2.3. Incorporar a las Guías Formativas vigentes de las Unidades Docentes Multiprofesionales la elaboración del diseño de un proyecto de investigación para todos los residentes de las especialidades de psiquiatría, psicología clínica y enfermería de Salud Mental a lo largo de su proceso formativo.
- 2.2.4. Fomentar en la formación postgrado de residentes de psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental, la participación en, al menos, un proyecto de investigación.

**Objetivo específico 2.3. Fomentar la metodología de gestión del conocimiento científico.**

**Actividades**

- 2.3.1. Fomentar habilidades en el manejo de plataformas del conocimiento en Salud Mental, mediante formación sobre actualización de conocimientos, herramientas para la búsqueda y selección de información relevante para la práctica clínica.

**Objetivo específico 2.4. Fomentar la aplicación del conocimiento científico a la práctica clínica.**

**Actividades**

- 2.4.1. Fomentar habilidades en el manejo de plataformas del conocimiento en Salud Mental.
- 2.4.2. Promocionar la orientación de la práctica clínica sustentada en hallazgos científicos mediante la consulta regular y crítica de guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas y meta-análisis.



# V

# EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO



## 1. SEGUIMIENTO

Se estima necesario que durante la vigencia del Plan de Salud Mental de Canarias se realice un seguimiento de la consecución de los objetivos y acciones propuestas en el mismo, que se realizará mediante evaluaciones de seguimiento con **periodicidad bienal**, teniendo en consideración la amplitud del presente Plan, el número de indicadores y los sistemas de información y otras fuentes necesarias para su obtención, así como su análisis posterior.

Dichas evaluaciones de seguimiento se realizarán por una **comisión de seguimiento del Plan**, que estará conformada por el equipo coordinador de este (conformado por la Coordinación y el Equipo Técnico de Metodología y Redacción) y por profesionales de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, tanto responsables del Plan de Salud de Canarias como del Servicio de Evaluación, sin perjuicio de la posible ampliación que se estime necesaria.

Con base a cada una de estas evaluaciones se elaborarán **informes de seguimiento**, que incluirán los resultados a partir de los indicadores, así como un análisis de estos y recomendaciones para la mejora en la consecución de los objetivos y acciones propuestas.

Estos informes de seguimiento se remitirán a la Dirección General de Programas Asistenciales, Gerencias Hospitalarias, Jefaturas de Servicio de Salud Mental hospitalarias, Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental (COMASAM) y a los Consejos Insulares de rehabilitación psicosocial y acción comunitaria para personas con enfermedad mental (CIRPAC), sin perjuicio de que se pueda ampliar la remisión a otras instancias, si se estima conveniente, en función de los resultados obtenidos. En cualquier caso, estos informes tendrán un carácter transparente.

## 2. EVALUACIÓN GLOBAL

La evaluación global de la consecución de los objetivos y acciones propuestas corresponde al periodo completo de vigencia del Plan de Salud Mental de Canarias. El cálculo de sus indicadores permitirá obtener una visión de consecución de los objetivos tanto del Plan en su conjunto, como de cada una de las líneas estratégicas que lo componen.

Dicha evaluación global se realizará por la **comisión de seguimiento del Plan** reseñada en el apartado anterior, que emitirá informe de evaluación global del Plan, así como pormenorizado de cada una de sus líneas estratégicas, con las mismas características de difusión y transparencia reseñadas en el apartado anterior.

## 3. INDICADORES

Los indicadores constituyen los elementos clave para la evaluación del presente Plan de Salud Mental de Canarias; fueron propuestos por los mismos grupos de trabajo que han desarrollado los objetivos y acciones propuestas de cada una de las líneas estratégicas, e incluyen indicadores de estructura, de proceso y de resultado. La obtención de los datos necesarios para su cálculo requerirá del uso de diversos sistemas de información y diversas fuentes.

Para una mayor claridad, los indicadores se muestran contextualizados en los contenidos de los objetivos específicos y las actividades correspondientes a cada una de las líneas estratégicas. Se muestran a continuación.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 1: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

### OBJETIVO GENERAL

**Promover la salud mental y el bienestar emocional en las distintas etapas del ciclo vital y prevenir la incidencia del trastorno mental en la población general y en los grupos de riesgo.**

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.** Crear un grupo de trabajo, interdisciplinar e intersectorial, dedicado al análisis de la promoción y prevención de la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Canarias, que permita realizar una evaluación periódica de la situación en promoción y prevención en salud mental, y la toma de decisiones consensuadas en esta materia.

#### Indicadores

- Creación del grupo intersectorial (Sí/No).
- Análisis de la situación en Canarias, con periodicidad anual (Sí/No).

#### Actividades

- 1.1. Realización de informes detallados sobre los programas y las actividades que se realizan en materia de prevención y promoción de la salud mental en Canarias, con periodicidad anual.

#### Indicadores

- Realización anual del análisis de la situación en Canarias (Sí/No).

- 1.2. Creación de un grupo de trabajo intersectorial en el que estén representados el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA, el Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública (DGSP) y otras Administraciones Públicas que se estimen convenientes.

#### Indicadores

- Creación efectiva del grupo de trabajo (Sí/No).

**Objetivo específico 2.** Promover la formación de los profesionales sanitarios y no sanitarios en relación a la prevención y la promoción de la salud mental.

#### Indicadores

- Número de acciones formativas específicas en relación a la promoción y prevención de la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Canarias.

#### Actividades

- 2.1. Desarrollo y/o promoción de acciones formativas dirigidas a profesionales de la salud, Educación, Servicios Sociales, Menores, Empleo, Administración de Justicia y cualquier otro colectivo relevante, sobre la promoción de la Salud Mental y sus determinantes.

#### Indicadores

- Número de colectivos profesionales sanitarios y no sanitarios que han recibido formación específica sobre la prevención y promoción de la salud mental.
- Porcentaje de profesionales sanitarios y no sanitarios que han recibido formación de dichos talleres.

2.2. Acciones de formación para los profesionales sanitarios (Atención Primaria y Atención Especializada) en detección precoz de trastornos mentales a lo largo del ciclo evolutivo.

#### Indicadores

- Realización efectiva de actividades formativas dirigidas a Atención Primaria (Sí/No).
- Realización efectiva de actividades formativas dirigidas a Atención Especializada (Sí/No).

2.3. Realizar actividades formativas dirigidas a los profesionales de los medios de comunicación para el tratamiento de noticias relacionadas con la salud mental.

#### Indicadores

- Realización efectiva de actividades formativas dirigidas a los medios de comunicación (Sí/No).

**Objetivo específico 3. Promocionar el bienestar emocional de la mujer en el embarazo, la parentalidad positiva y la calidad del vínculo afectivo con la figuras parentales, durante las distintas etapas del desarrollo evolutivo.**

#### Actividades

3.1. Formación en prevención y promoción de salud mental a los profesionales sanitarios que intervienen en el control y seguimiento del embarazo.

#### Indicadores

- Número de actividades de formación.

3.2. Formación del personal sanitario relacionado con la infancia, en instrumentos específicos para la detección de situaciones de riesgo en la vinculación temprana del bebé con sus figuras parentales.

#### Indicadores

- Número de acciones formativas en las que se incluyan estos contenidos.

3.3. Inclusión en Historia Clínica Electrónica de, al menos, un instrumento de medida que evalúe la calidad del vínculo afectivo del menor con sus figuras parentales

#### Indicadores

- Realización de las gestiones pertinentes para la inclusión del instrumento de medida en DRAGO (Sí/No).

3.4. Coordinación y colaboración entre el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA, el Servicio de Promoción de la Salud de la DGSP, y otras administraciones públicas, para promover acciones formativas en materia de parentalidad positiva.

#### Indicadores

- Realización efectiva de acciones formativas de parentalidad positiva (Sí/No).

3.5. Promoción de acciones formativas presenciales y/o online de parentalidad positiva del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), dirigidas a figuras parentales de menores cuya edad oscile entre 0-3 años.

#### Indicadores

- Realización efectiva de al menos una actividad formativa al año dirigida a figuras parentales (Sí/No).

3.6. Promoción de acciones formativas presenciales y/o online de parentalidad positiva del MSSSI dirigidas a profesionales sanitarios, docentes y otros colectivos sociosanitarios.

#### Indicadores

- Realización efectiva de al menos una actividad formativa al año dirigida a los profesionales sanitarios, docentes y otros colectivos sociosanitarios, de ámbito autonómico (Sí/No).

3.7. Realización de campañas online (a través del canal de la DGSP Canariassaludable.org y sus redes sociales) sobre parentalidad positiva, dirigidas a la población.

#### Indicadores

- Inserción en las redes sociales del canal de al menos un contenido mensual sobre parentalidad positiva, dirigida a la población (Sí/No).

3.8. Realización en Atención Primaria de Grupos de Apoyo a la Crianza dirigido la figuras parentales.

#### Indicadores

- Número de Grupos de Apoyo a la Crianza que se realizan en Atención Primaria.

### **Objetivo específico 4. Desarrollar un Programa comunitario de promoción de los factores de protección de la salud mental en Canarias.**

#### Indicadores

- Existencia de programa de promoción de los factores de protección de la salud mental en Canarias, de forma acorde a las directrices incluidas en el Plan de Salud Mental de Canarias (Sí/No).

#### Actividades

4.1. Creación efectiva de un grupo de trabajo orientado a la planificación, desarrollo y coordinación de un programa de promoción de los factores de protección de la salud mental en la población en Canarias.

Responsables: DGPPAA y DGSP, con posibilidad de inclusión de otros organismos y participantes que, aún no perteneciendo a estas, se consideren necesarios.

#### Indicadores

- Creación efectiva del grupo de trabajo (Sí/No).

4.2. Realización de una página web sobre pautas a seguir para la prevención y promoción de la salud mental.

#### Indicadores

- Realización de la página web (Sí/No).

4.3. Desarrollo de intervenciones orientadas a la promoción de la salud mental a través de los medios de comunicación, redes sociales y campañas poblacionales.

#### Indicadores

- Número de intervenciones anuales en medios de comunicación relativas a promoción de la salud mental.
- Número de intervenciones anuales en forma de campañas poblacionales.
- Número de intervenciones anuales dirigidas a redes sociales.

4.4. Incorporación efectiva del programa de promoción de los factores de protección de la salud mental en la Red Canaria de "Islas y Municipios promotores de la salud".

#### Indicadores

- Inclusión en la Red Canaria de "Islas y Municipios promotores de la salud" del programa de promoción de los factores de protección de la salud mental (Sí/No)

**Objetivo específico 5. Analizar y promover la realización de acciones formativas, programas de promoción y prevención de la salud mental en la comunidad educativa.**

#### Indicadores

- Número de programas de prevención y promoción de la salud mental dirigidas a la comunidad educativa.

#### Actividades

5.1. Elaboración de un listado de asignaturas, actividades docentes, programas y estrategias de promoción de la salud mental.

#### Indicadores

- Realización efectiva de un listado de asignaturas, programas y estrategias de promoción de la salud mental (Sí/No).

5.2. Impartición generalizada en Canarias de la asignatura Educación Emocional.

#### Indicadores

- Número de alumnos/as que reciben formación en la asignatura Educación Emocional anualmente.
- Porcentaje de alumnos de Canarias que reciben formación en la asignatura Educación Emocional anualmente.

5.3. Realización de actividades formativas sobre salud mental dirigidas a la comunidad educativa.

#### Indicadores

- Número de actividades formativas realizadas.

**Objetivo específico 6. Promover la reducción de la medicalización, psiquiatrización y psicologización de los problemas de la vida cotidiana.**

**Actividades**

6.1. Realización de actividades formativas, talleres y grupos de apoyo, dirigidas a personas en situaciones de estrés y sufrimiento vital.

**Indicadores**

- Número de actividades formativas y de apoyo realizadas desde Atención Primaria, Salud Pública y otras Administraciones Públicas.
- Número de actividades formativas y de apoyo realizadas desde la comunidad.

**Objetivo específico 7. Reducir el estrés y el riesgo de *burnout* en los profesionales que trabajan en el ámbito de la Salud Mental.**

**Actividades**

7.1. Facilitar los espacios de apoyo emocional para reducir el estrés (asociado a casos específicos complejos o a la actividad laboral de forma general) en los diferentes dispositivos de la Red de Salud Mental.

**Indicadores**

- Porcentaje de dispositivos que declaran realizar estas sesiones con una programación establecida.

7.2. Realizar al menos una actividad formativa, de ámbito autonómico y con enfoque práctico, sobre el manejo del estrés y la prevención del *burnout* en profesionales que trabajan en el ámbito de la Salud Mental.

**Indicadores**

- Realización de actividad formativa con estas características (Sí/No).

## LÍNEA ESTRATÉGICA 2: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA

### OBJETIVO GENERAL

Reducir la tasa de suicidio, intentos de suicidio y autolesiones en Canarias, mediante mejoras en las actuaciones sobre la población y en la atención a los pacientes con riesgo suicida, en términos de prevención, detección precoz, intervención, seguimiento y coordinación.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.** Disponer de un programa de prevención de la conducta suicida en Canarias, que contenga un análisis de la situación periódico sobre las conductas suicidas en Canarias y cuyo contenido tome como base lo propuesto en esta línea estratégica del Plan de Salud Mental de Canarias.

#### Indicadores

- Existencia de programa de prevención de la conducta suicida en Canarias (Sí / No).
- Existencia de análisis de la situación sobre conductas suicidas en Canarias, con periodicidad anual (Sí / No).

#### Actividades

- 1.1. Creación efectiva de un grupo de trabajo orientado a la planificación, desarrollo y coordinación de un programa de prevención de la conducta suicida en Canarias.

#### Indicadores

- Constitución efectiva de grupo de trabajo que cuente, al menos, con profesionales de la DGPPAA y DGSP (uno o más por cada Dirección General), y que esté coordinado por la DGPPAA (Sí / No).
- Participación efectiva en el grupo de trabajo de al menos un profesional de la DGPPAA y uno de la DGSP (Sí / No).
- *Responsables:* DGPPAA y DGSP, con posibilidad de inclusión de aquellos participantes que, aún no perteneciendo a estas, se consideren necesarios.

- 1.2. Realización de informes detallados epidemiológicos sobre la conducta suicida en Canarias, con periodicidad anual.

#### Indicadores

- Realización anual del análisis de la situación sobre conductas suicidas en Canarias (Sí/No).

- 1.3. Elaboración del Programa de prevención de la conducta suicida en Canarias.

#### Indicadores

- Elaboración del Programa de prevención de la conducta suicida en Canarias (Sí/No).

**Objetivo específico 2.** Realizar acciones de carácter preventivo en la población sobre la conducta suicida.

#### Indicadores

- Reducción de las tasas de suicidio en Canarias (Sí/No; porcentaje).  
*Periodo temporal:* tasa media en los cinco años previos a la publicación del Plan vs. tasa media en los cinco años posteriores a la publicación del Plan (periodo de vigencia del Plan).

## Actividades

2.1. Coordinación y colaboración entre el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y la DG de Salud Pública para las acciones dirigidas a la población para la reducción de la conducta suicida.

### Indicadores

- Realización efectiva de acciones de coordinación y colaboración entre la DGPPAA y la DG de Salud Pública para las acciones dirigidas a la población para la reducción de la conducta suicida (Sí/No).

2.2. Realización de campañas de prevención de la conducta suicida, dirigidas a la población.

### Indicadores

- Número de campañas realizadas de prevención de la conducta suicida.
- Realización efectiva de al menos una campaña de prevención de la conducta suicida al año, dirigida a la población (Sí/No).

2.3. Realización de campañas sobre fortalecimiento de factores protectores, dirigidas a la población.

### Indicadores

- Realización efectiva de al menos una campaña sobre fortalecimiento de factores protectores, dirigida a la población (Sí/No).

2.4. Realización de página web sobre conducta suicida, con información útil para la prevención del suicidio y recursos disponibles.

### Indicadores

- Realización efectiva de página web con las características señaladas, dirigida a la población. (Sí/No).

2.5. Reducción o restricción del acceso a los medios letales.

### Indicadores

- Realización efectiva de acciones para la reducción o restricción del acceso a los medios letales (Sí/No).

2.6. Coordinación y colaboración entre el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y la DG de Salud Pública por una parte, y otros órganos autonómicos y otras administraciones públicas, por otra, para las acciones dirigidas a la población para la reducción de la conducta suicida.

### Indicadores

- Realización efectiva de coordinación y colaboración interinstitucional para la prevención de la conducta suicida (Sí/No).

2.7. Desarrollar actividades de formación en habilidades de afrontamiento y manejo de estrés en adolescentes y jóvenes.

### Indicadores

- Realización efectiva de acciones formativas sobre habilidades de afrontamiento y manejo de estrés dirigida a adolescentes y jóvenes (Sí/No).
- Porcentaje de centros de enseñanza de secundaria en los que se han realizado estas actividades.

2.8. Desarrollar actividades específicas para la atención a los familiares y allegados de personas que se han suicidado.

#### Indicadores

- Realización efectiva de actividades para la atención a los familiares y allegados de personas que se han suicidado (Sí/No).

#### Objetivo específico 3. Formar y sensibilizar a colectivos profesionales claves no sanitarios.

#### Indicadores

- Porcentaje de colectivos profesionales claves no sanitarios que han recibido formación específica sobre la conducta suicida.

*Profesionales claves no sanitarios:* periodistas, orientadores escolares, docentes, educadores sociales, mediadores sociosanitarios (trabajadores sociales, educadores, animadores socio-culturales, etc.), técnicos del 112, fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, cuerpo de bomberos u otros.

*Ámbito:* al menos de ámbito autonómico (una por provincia) pero preferiblemente insulares.

#### Actividades

- 3.1. Realización de actividades formativas y de sensibilización dirigidas a los profesionales de los medios de comunicación, centrados en las recomendaciones internacionales para el tratamiento de las noticias relacionadas con el suicidio en los medios de comunicación.

#### Indicadores

- Realización efectiva de al menos una actividad formativa y de sensibilización dirigidas a los profesionales de los medios de comunicación, de ámbito autonómico (Sí/No).

- 3.2. Realización de actividades formativas dirigidas a orientadores escolares, docentes, educadores sociales, mediadores sociosanitarios (trabajadores sociales, educadores, animadores socio-culturales, etc.), técnicos del 112, fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, cuerpo de bomberos y otras figuras significativas en el entorno de personas en riesgo.

#### Indicadores

- Realización efectiva de al menos una actividad formativa, de ámbito autonómico, dirigida a orientadores escolares, docentes, educadores sociales, mediadores sociosanitarios (trabajadores sociales, educadores, animadores socio-culturales, etc.), técnicos del 112, fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, cuerpo de bomberos y otras figuras significativas en el entorno de personas en riesgo (Sí/No).

#### Objetivo específico 4. Mejorar la formación de los profesionales sanitarios sobre la conducta suicida.

#### Indicadores

- Incremento porcentual de los cursos específicos dirigidos a las diferentes redes y colectivos profesionales.

*Periodo temporal:* años de vigencia del Plan vs. años previos al Plan.

*Redes y colectivos analizados:* Red de Salud Mental; Red de Atención a las Drogodependencias; Atención Primaria; profesionales del 112 y Servicios de Urgencias hospitalarios; farmacéuticos; forenses.

*Ámbito:* al menos de ámbito provincial, pero preferiblemente insulares.

## Actividades

- 4.1. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales de las redes de Salud Mental y de Atención a las Drogodependencias.

## Indicadores

- Realización efectiva de al menos una actividad formativa dirigida a profesionales de la Red de Salud Mental (Sí/No).
- Realización efectiva de al menos una actividad formativa dirigida a profesionales de la Red de Atención a las Drogodependencias (Sí/No).

- 4.2. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales de Atención Primaria.

## Indicadores

- Realización efectiva de al menos una actividad formativa dirigida a profesionales de Atención Primaria (Sí/No).

- 4.3. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales del 112 y Servicios de Urgencias hospitalarios.

## Indicadores

- Realización efectiva de al menos una actividad formativa dirigida a profesionales del 112 y Servicios de Urgencias hospitalarios (Sí/No).

- 4.4. Realización de actividades formativas dirigidas a farmacéuticos.

## Indicadores

- Realización efectiva de al menos una actividad formativa dirigida a farmacéuticos (Sí/No).

## Objetivo específico 5. Mejorar la actuación clínica en situaciones específicas de riesgo y complejidad.

### Indicadores

- Porcentaje de protocolos únicos específicos disponibles sobre conducta suicida en situaciones de riesgo y complejidad.  
*Situaciones de riesgo y complejidad incluidas:* paciente con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarios; paciente con riesgo suicida ingresado en Unidades de internamiento psiquiátrico; paciente menor de edad con riesgo suicida.

## Actividades

- 5.1. Elaboración de un protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarios.

*Nota:* El ámbito del protocolo no será global en cuanto a la evaluación e intervención, ya que la amplitud de las variables y factores implicados hace recomendable la evaluación y toma de decisiones de forma individualizada, cuyos marcos principales de referencia son el juicio clínico y las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica. Sin embargo, sí se incluirán aspectos específicos implicados en el proceso de atención y actuación en el paciente con riesgo suicida. Sin perjuicio de la inclusión de más aspectos que se consideren necesarios, se incluirán al menos los siguientes: cribado y clasificación inicial en el Servicio de Urgencias, medidas de seguridad (como el registro y retirada de objetos potencialmente dañinos) y las indicaciones de contención mecánica.

### Indicadores

- Realización efectiva de un protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarios (Sí/No).

- 5.2. Elaboración de un protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida ingresado en Unidades de internamiento psiquiátrico.

#### Indicadores

- Realización efectiva de un protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida ingresado en Unidades de internamiento psiquiátrico (Sí/No).

5.3. Elaboración de un protocolo único de actuación en el paciente menor de edad con riesgo suicida.

#### Indicadores

- Realización efectiva de un protocolo único de actuación en el paciente menor de edad con riesgo suicida (Sí/No).

5.4. Creación de una "línea de crisis" para la ayuda y asesoramiento telefónico inmediato de personas en riesgo de suicidio.

#### Indicadores

- Creación efectiva de una "línea de crisis" para la ayuda y asesoramiento telefónico inmediato de personas en riesgo de suicidio (Sí/No).

5.5. Planificación y estudio de viabilidad de una Unidad de Internamiento Ultrabreve por provincia para pacientes con riesgo suicida considerable e incierto. Debe incluir un estudio funcional, desarrollo de plan funcional y criterios de derivación e ingreso.

#### Indicadores

- Presentación de estudio de viabilidad en el plazo de un año (Sí/No).

### **Objetivo específico 6. Mejorar la coordinación intra e interinstitucional relativa a los pacientes con riesgo suicida o conductas suicidas.**

#### Indicadores

- Disponibilidad de protocolos únicos específicos de coordinación intrainstitucional e interinstitucional, sobre conducta suicida.

#### Actividades

6.1. Elaboración de un protocolo único de coordinación intrainstitucional para el paciente con riesgo suicida o conducta suicida.

#### Indicadores

- Realización efectiva de un protocolo único de coordinación intrainstitucional para el paciente con riesgo suicida o conducta suicida (Sí/No).

6.2. Elaboración de un protocolo único de coordinación interinstitucional sobre la actuación en el paciente con riesgo suicida o conducta suicida, en el que participen los profesionales sanitarios (Atención Primaria, Salud Mental, Drogodependencias, 112, servicios de urgencias hospitalarios) y profesionales clave no sanitarios (fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, ámbito de justicia y ámbito de menores).

#### Indicadores

- Realización efectiva de un protocolo único de coordinación interinstitucional para el paciente con riesgo suicida o conducta suicida, en el que hayan participado todos los sectores implicados (Sí/No).

## LÍNEA ESTRATÉGICA 3: ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES

### 3.1. PERSPECTIVA TRANSVERSAL

#### OBJETIVO GENERAL

Atender de forma integral a las personas con trastorno mental, mediante una atención caracterizada por su equidad, accesibilidad, calidad, continuidad, efectividad y eficiencia, que contemple asimismo la diversidad y los requerimientos específicos de cada persona.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.** Establecer un modelo de atención de calidad en el cual las personas con trastorno mental sean el eje central, mediante el uso de buenas prácticas, el respeto de su autonomía, derechos, dignidad, en un contexto de toma de decisiones compartida.

##### Actividades

- 1.1. Promover la adscripción en la práctica clínica, a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) sobre trastornos mentales, mediante actividades de promoción y formación.

##### Indicadores

- Número de actividades de promoción de las GPC.
- Número de actividades de formación cuyo contenido esté basado completa o mayoritariamente en GPC.

- 1.2. Favorecer la implicación de la persona con trastorno mental en el tratamiento, realizando actividades de sensibilización y formación a los profesionales sanitarios acerca de la toma de decisiones compartida.

##### Indicadores

- Número de actividades de sensibilización y formación de la toma de decisiones compartida en salud mental.
- Porcentaje de profesionales de salud mental que declaran realizar una práctica clínica que integra la toma de decisiones compartida.

**Objetivo específico 2.** Mejora de la detección y abordaje de los trastornos mentales en Atención Primaria.

##### Indicadores

- Disminución del número de derivaciones de AP a las USMC.
- Disminución del tiempo en lista de espera para el acceso a las USMC.

##### Actividades

- 2.1. Desarrollar un programa de colaboración entre equipos de Atención Primaria y Salud Mental. Esta colaboración se establecerá preferentemente a través de modelos de atención compartida y a través del desarrollo de estrategias de enlace. Es necesario:
  - La figura del coordinador de cada USMC como figura de enlace para facilitar la comunicación entre ambos equipos.
  - Colaboración entre Salud Mental y Atención Primaria para el establecimiento y acuerdo de documentos de referencia, que contengan los principios básicos del abordaje de los trastornos mentales en Atención Primaria.

- Diseñar estrategias efectivas de comunicación y cooperación entre los profesionales de Atención Primaria y Salud Mental mediante medios tradicionales (informes escritos, vía telefónica, reuniones) y los basados en las nuevas tecnologías (interconsulta virtual, videoconferencia y páginas web), favoreciendo el establecimiento de la Interconsulta asistencial docente y las sesiones clínicas para la derivación de casos.

#### Indicadores

- Número de contactos (virtuales o presenciales) entre AP y USM.

- **Objetivo específico 3.** Mejora de la prescripción de psicofármacos, de tal forma que esté acorde a las recomendaciones nacionales e internacionales, y control del gasto por psicofármacos.

#### Indicadores

- Realización de informes periódicos sobre el gasto por psicofármacos en Canarias, que contengan indicadores (Sí/No).
- Mejora de los indicadores respecto al año anterior (Sí/No).

#### Actividades

- 3.1. Desarrollar estrategias y actividades para aumentar la calidad, efectividad, seguridad y disminuir la variabilidad de los tratamientos farmacológicos, de forma que se sigan los criterios del uso racional del medicamento.

#### Indicadores

- Realización efectiva de actividades (Sí/No).

- 3.2. Realizar cursos de formación sobre uso racional de psicofármacos en Atención Primaria.

#### Indicadores

- Realización de actividades formativas y de sensibilización dirigidas a los profesionales de Atención Primaria (Sí/No).

- 3.3. Realización de actividades de formación para un uso racional de los fármacos a los profesionales de la psiquiatría.

#### Indicadores

- Realización de actividades formativas dirigidas a los profesionales de la psiquiatría.

- 3.4. Realización de campañas de sensibilización para un uso racional de los fármacos dirigidas a las personas con trastorno mental y/o población general.

#### Indicadores

- Realización efectiva de campañas de sensibilización (Sí/No).

#### Objetivo específico 4. Mejorar la atención en las USMC

#### Indicadores

- Aumento del cociente diferencial del número de pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) y Trastorno Mental Común (TMC).
- Aumento en el nº medio de consultas anuales en pacientes con TMG.
- Aumento del cociente diferencial del número de pacientes con TMG y Trastorno adaptativo.
- Reducción del absentismo a las consultas de las USMC.

#### Actividades

- 4.1. Valoración de las derivaciones de Atención Primaria mediante un procedimiento estandarizado, con asignación de profesional o profesionales responsables.

#### Indicadores

- Porcentaje de USMC que cuentan con un procedimiento establecido y lo utilizan de forma sistemática.

4.2. Implementar un sistema de recordatorio de consultas, común para Canarias, para disminuir el absentismo a las consultas de las USMC.

#### Indicadores

- Implementación de sistema de recordatorio de consultas (Sí/No).

4.3. Implementar un conjunto de medidas dirigidas a la reducción de la inasistencia y los abandonos en pacientes con TMG, y a las intervenciones necesarias en caso de producirse.

#### Indicadores

- Desarrollo e implementación del conjunto de medidas (Sí/No).

4.4. Dotar de recursos materiales e informáticos necesarios para el correcto funcionamiento de la USMC.

#### Indicadores

- Porcentaje de USMC con dotación material e informática adecuada.

4.5. Dotar a las USMC de un número de profesionales adecuado a la población de referencia.

#### Indicadores

- Elaboración de informes que contengan los ratios de profesionales de las USMC de Canarias, y comparativas con ratios de referencia nacionales e internacionales (Sí/No).
- Gestión de la dotación de recursos humanos en salud mental que tenga como referencia básica los ratios de profesionales (Sí/No).

4.6. Mejorar la atención a los familiares de pacientes con trastornos mentales graves para mejorar su capacidad de contribuir a su atención, facilitando asimismo, la colaboración de sus cuidadores informales cuando los hubiere. Promover la participación de los familiares en el proceso de recuperación de la persona.

#### Indicadores

- Creación e implementación de programa, subprograma o conjunto de acciones específicas (Sí/No).

**Objetivo específico 5. Realizar una atención a las urgencias psiquiátricas en Canarias que cumpla con estándares de seguridad y calidad, tanto por funcionamiento como por recursos estructurales y materiales.**

#### Indicadores

- Cumplimiento de estándares reflejados en el Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias (Sí/No).
- Cumplimiento de estándares de calidad reflejados en documentos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (Sí/No).

#### Actividades

5.1. Realización de análisis de la situación específico sobre las urgencias psiquiátricas en Canarias, que refleje la situación actual y las posibles deficiencias respecto a los estándares recomendados en el Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias y en documentos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, sobre esta área.

#### Indicadores

- Realización efectiva del informe (Sí/No).

---

5.2. Puesta en marcha de acciones necesarias para la mejora de los recursos estructurales, dotación material y de personal, de los Servicios de Urgencias de Canarias, en lo concerniente a la salud mental, que se hayan detectado como insuficientes o mejorables.

#### Indicadores

- Realización de acciones para la mejora, que se traduzcan en una mejora efectiva de los servicios de Urgencias (Sí/No).

5.3. Creación (en las infraestructuras hospitalarias existentes o en los Servicios de Urgencias de nueva creación) de circuitos diferenciados para pacientes con trastorno mental, atendiendo a sus características como pacientes especialmente vulnerables. Estos circuitos deberán disponer al menos de:

- Área de entrevista que garantice el derecho a la intimidad y privacidad del paciente, en condiciones no perturbadoras ni que puedan ser percibidas como amenazantes.
- Área de Observación específica, emplazada e integrada dentro del propio Servicio de Urgencias, pero que reúna las características necesarias para garantizar la protección psicofísica de estos pacientes.
- Box específico de contención mecánica: aislado del resto de pacientes, con medios y estructura que permitan la observación.

#### Indicadores

- Número de Servicios de urgencias hospitalarios que carecen de al menos alguna de estas tres características, en los que se ha creado alguna de estas, durante el periodo de vigencia del Plan.
- Porcentaje de Servicios de urgencias hospitalarios que reúnen estas tres características.

5.4. Dotar a los Servicios de Urgencias hospitalarios de medidas de seguridad, tanto para los profesionales sanitarios como para los propios pacientes.

#### Indicadores

- Número de acciones realizadas, que hayan supuesto cambios efectivos relativos a seguridad en los Servicios de urgencias hospitalarios, sean de funcionamiento o estructurales.

5.5. Atención a las personas con trastornos mentales por parte de personal de enfermería específico con experiencia y/o formación en el campo de la salud mental; preferentemente especialistas en salud mental.

#### Indicadores

- Porcentaje de Servicios de urgencias hospitalarios en los que la atención se realiza, cuando menos de forma habitual, por parte de personal de enfermería con experiencia y/o formación en salud mental; preferentemente especialistas en salud mental.

5.6. Realización de un protocolo único en Canarias sobre la actuación en situaciones de agitación psicomotriz.

#### Observaciones:

- La realización de un protocolo único no es per se excluyente de las posibles especificidades de los diferentes hospitales, las cuales se podrían contemplar en este documento.
- La contención física y las medidas tipo protocolo que en torno a esta se determinen, se incluyen en el concepto más amplio de la actuación ante el paciente con agitación psicomotriz.

### Indicadores

- Realización efectiva del protocolo (Sí/No).

5.7. Realización de un protocolo único en Canarias sobre la actuación en situaciones de involuntariedad.

#### Observaciones:

- La realización de un protocolo único no es per se excluyente de las posibles especificidades de los diferentes hospitales, las cuales se podrían contemplar en este documento.
- Se incluirán en este documento las medidas ante los abandonos del servicio y la actuación ante estas, en virtud de los aspectos clínicos y legales que conciernan.

### Indicadores

- Realización efectiva del protocolo (Sí / No).

5.8. Realización de un protocolo único en Canarias sobre la actuación ante el paciente con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarios.

#### Observaciones:

- La realización de un protocolo único no es per se excluyente de las posibles especificidades de los diferentes hospitales, las cuales se podrían contemplar en este documento.

### Indicadores

- Realización efectiva del protocolo (Sí/No).

**Objetivo específico 6. Mejorar la gestión de los dispositivos y los procesos relacionados directamente con la atención a los pacientes con trastorno mental.**

### Indicadores

- Establecimiento de la Gestión por procesos (Sí/No).
- Porcentaje de dispositivos de la Red de Salud Mental que cuentan con un Plan Funcional.
- Número de protocolos para los principales trastornos, implantados según la técnica de gestión por procesos.

*Nota:* Se estima que los grupos de trastornos principales serían los F20-29, F30-39, F40-49 y F90-F98 según la CIE-10.

### Actividades

6.1. Definir procedimientos y mapas de procesos para los principales trastornos tratados en la Red de Salud Mental.

### Indicadores

- Número de trastornos principales para los que se han definido procedimientos y mapas de procesos.

6.2. Realizar actividades formativas dirigidas a profesionales de la Red de Salud Mental sobre la Gestión por Procesos.

### Indicadores

- Número de actividades formativas sobre Gestión por Procesos.
- Incremento porcentual de los cursos sobre Gestión por Procesos dirigidos a la Red de Salud Mental y los distintos colectivos profesionales.

*Periodo temporal:* años de vigencia del Plan vs. años previos al Plan.

6.3. Elaborar y/o actualizar planes funcionales en cada uno de los dispositivos de la Red de Salud Mental.

#### Indicadores

- Dispositivos de la Red de Salud Mental que cuentan con un plan funcional (número y porcentaje).

*Nota:* Los planes funcionales deberían realizarse con la participación de todos los profesionales de cada uno de los dispositivos.

**Objetivo específico 7. Promover e integrar las figuras del “paciente experto” y “familiar experto” en la Red de Salud Mental de Canarias.**

#### Actividades

7.1. Conformación de grupo de trabajo para el establecimiento de un modelo de referencia sobre el “paciente experto” y “familiar experto” en la Red de Salud Mental de Canarias.

*Nota:* El grupo de trabajo contará, de forma indispensable, con la representación de pacientes y familiares a través de Asociaciones.

#### Indicadores

- Conformación del grupo de trabajo (Sí/No).
- Elección y desarrollo de un modelo de actuación (Sí/No).

7.2. Puesta en marcha de actividades de divulgación sobre “paciente experto” y “familiar experto”, con carácter autonómico.

#### Indicadores

- Acciones de divulgación, con carácter autonómico (Sí/No).

7.3. Puesta en marcha de actividades de formación de pacientes y profesionales sobre “paciente experto” y “familiar experto”, con carácter autonómico.

#### Indicadores

- Actividades de formación, con carácter autonómico (Sí/No).

## 3.2. TRASTORNO MENTAL GRAVE

### OBJETIVO GENERAL 1

**Garantizar un modelo de atención comunitaria para las personas con Trastorno Mental Grave (TMG), que contemple la detección precoz, continuidad asistencial, rehabilitación psicosocial, y que se caracterice por su calidad, equidad y accesibilidad.**

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.1.** Disponer de un programa de prevención y atención a las personas con TMG, que contenga un análisis de la situación periódico y cuyo contenido tome como base lo propuesto en esta línea estratégica del Plan de Salud Mental de Canarias.

##### Indicadores

- Existencia de programa de prevención y atención a las personas con TMG (Sí/No).

##### Actividades

**1.1.1.** Creación efectiva de un grupo de trabajo para el desarrollo del Programa de prevención y atención a las personas con TMG.

*Nota:* El grupo de trabajo para su elaboración será multidisciplinar y contará al menos con profesionales de la Red de Salud Mental, Atención Primaria, Dirección General de Salud Pública y la Dirección General de Programas Asistenciales, y estará coordinado por esta última.

##### Indicadores

- Constitución efectiva de grupo de trabajo (Sí / No).

**Objetivo específico 1.2.** Garantizar que la atención a la persona con TMG sea continuada, integral y multidisciplinar, evitando la variabilidad en los circuitos y prácticas clínicas.

##### Indicadores

- Reducción en el número de personas con TMG cuyo seguimiento en las USM se realiza por un único profesional (Sí/No; porcentaje).
- Reducción en la tasa de ingresos hospitalarios de las personas con TMG (Sí/No; porcentaje).
- Reducción en la tasa de reingresos hospitalarios de las personas con TMG (Sí/No; porcentaje).
- Porcentaje de los dispositivos de la Red de Salud Mental que utilizan como referencia las guías, protocolos clínicos y manuales recomendados para TMG por el Sistema Nacional de Salud. Meta: 100%.

##### Actividades

**1.2.1.** Elaborar e implantar un modelo organizativo de mapas de gestión por procesos, denominado "Proceso Asistencial del Trastorno Mental Grave" (PATMG).

*El PATMG tendrá las siguientes características:*

- Describirá el circuito de atención a través de los dispositivos de Salud Mental, una vez hecho el diagnóstico de sospecha de TMG.
- Incluirá la atención multidisciplinar (psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, auxiliar de enfermería, terapia ocupacional), la promoción de citas de distintos profesionales en un mismo día (para evitar inasistencias), al mismo tiempo que se evitará que haya solapamiento en las intervenciones de distintos profesionales. Se harán recomendaciones respecto a la periodicidad de dichas intervenciones.

- Incluirá la elaboración de un Plan Individualizado de Tratamiento (PIT), revisable periódicamente, adaptado a las necesidades de la persona con TMG en cada momento, y compartido por todos los dispositivos de la Red implicados en el proceso de tratamiento y recuperación.
- Incluirá la priorización en las consultas de los pacientes con TMG, en la forma y métodos específicos que se estimen convenientes.
- Cada paciente tendrá un profesional de referencia o responsable.

#### Indicadores

- Porcentaje de dispositivos en Salud Mental que aplican su circuito del “Proceso Asistencial del TMG”.
- Porcentaje de personas con TMG a las que se les aplica el circuito del “Proceso Asistencial del TMG”. Meta: 100% en 5 años (incremento de al menos un 20% anual).
- Porcentaje de personas con TMG que tienen realizado un PIT y están incluidas en un programa de continuidad de cuidados, en los dispositivos de Salud Mental en los que se trabaje con el “Proceso Asistencial al TMG”. Meta: 100% en 5 años (incremento de al menos un 20% anual).
- Reducción en el porcentaje de personas con TMG que han necesitado ingreso hospitalario (Sí/No; porcentaje).
- Reducción en el porcentaje de personas con TMG que necesitan atención por Psiquiatría en los Servicios de Urgencia hospitalarios (Sí/No; porcentaje).
- Reducción en el porcentaje de personas con TMG que reingresan en las UIB tras un alta hospitalaria (Sí/No; porcentaje).

#### 1.2.2. Creación de hospitales de día para adultos.

#### Indicadores

- Creación de hospitales de día, de ámbito provincial (Sí/No).

#### 1.2.3. Establecer un censo en Canarias, actualizado periódicamente, de la población con TMG, obtenido a partir de datos del RECAP.

#### Indicadores

- Existencia de censo de la población con TMG en Canarias (Sí/No).
- Actualización periódica (anual) del censo (Sí/No).

### Objetivo específico 1.3. Reducir el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico del TMG.

#### Indicadores

- Disponibilidad de un subprograma de detección precoz de TMG (Sí/No).
- Aplicación efectiva del subprograma en los dispositivos implicados, con ámbito autonómico (Sí/No).

#### Actividades

#### 1.3.1. Elaboración de un subprograma para la detección e intervención precoz en el TMG en psicosis incipiente y primeros episodios.

*Notas:* Este incluirá al menos los primeros episodios, psicosis incipientes y población de riesgo. Estará basado en los hallazgos científicos disponibles y tendrá una orientación basada en la continuidad intensiva durante el periodo crítico de los primeros 5 años, transversalidad y búsqueda de la remisión y la recuperación. El grupo de trabajo para su elaboración será multidisciplinar y contará con profesionales de la Red de Salud Mental, Atención Primaria, Dirección General de Salud Pública y la Dirección General de Programas Asistenciales, y estará coordinado por esta última.

#### Indicadores

- Constitución del grupo de trabajo para la elaboración del subprograma (Sí/No).
- Elaboración del subprograma (Sí/No).

1.3.2. Desarrollar las acciones contempladas en el subprograma, con un alcance autonómico.

#### Indicadores

- Porcentaje de acciones contempladas en el subprograma, efectivamente desarrolladas.
- Implementación del subprograma con ámbito autonómico (Sí/No).

**Objetivo específico 1.4. Disponer de un análisis periódico sobre las necesidades de dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial de las personas con TMG en Canarias, y mejorar su accesibilidad a los recursos sociosanitarios.**

#### Indicadores

- Existencia del análisis de las necesidades en Canarias, con periodicidad anual (Sí/No).

#### Actividades

1.4.1. Actualización y cumplimentación de la ficha de necesidades de las personas con TMG.

#### Indicadores

- Porcentaje de personas con TMG que tienen cumplimentada la ficha de necesidades.

1.4.2. Realización de un análisis detallado por áreas de salud, de las necesidades de dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial de las personas con TMG en Canarias.

#### Indicadores

- Realización del análisis de las necesidades en Canarias con periodicidad anual (Sí/No).

1.4.3. Analizar la accesibilidad de las personas con TMG a plazas de rehabilitación psicosocial y plazas sociosanitarias, para el desarrollo de acciones de mejora oportunas.

#### Indicadores

- Porcentaje de plazas de rehabilitación psicosocial adjudicadas respecto a las solicitadas para personas con TMG.
- Porcentaje de plazas sociosanitarias públicas adjudicadas respecto a las solicitadas para personas con TMG.

**Objetivo específico 1.5. Mejorar la adherencia terapéutica, la continuidad asistencial y de cuidados.**

#### Indicadores

- Reducción en el porcentaje de abandonos de las consultas en USM por parte de los pacientes con TMG (Sí/No; porcentaje).
- Reducción en el porcentaje de inasistencia a consultas en USM por parte de los pacientes con TMG (Sí/No; porcentaje).

#### Actividades

1.5.1. Elaboración de un subprograma para la mejora de la adherencia terapéutica, continuidad asistencial y de cuidados.

*Notas:* Estará basado en los hallazgos científicos disponibles. El grupo de trabajo para su elaboración será multidisciplinar y contará con profesionales de la Red de Salud Mental, Atención Primaria y la Dirección General de Programas Asistenciales, y estará coordinado por esta última.

### Indicadores

- Constitución del grupo de trabajo para la elaboración del subprograma (Sí/No).
- Elaboración del subprograma (Sí/No).

1.5.2. Desarrollar las acciones contempladas en el subprograma, con un alcance autonómico.

### Indicadores

- Porcentaje de acciones contempladas en el subprograma, efectivamente desarrolladas.
- Implementación del subprograma con ámbito autonómico (Sí/No).

**Objetivo específico 1.6. Adaptar la atención que se presta a las personas con TMG que pertenecen a determinados colectivos de riesgo y contemplar las necesidades diferenciales según la perspectiva de género y las diferentes etapas de la vida.**

### Indicadores

- Número de programas de atención a personas con TMG que pertenecen a colectivos de riesgo.
- El Programa de prevención y atención a las personas con TMG contempla las necesidades diferenciales según la perspectiva de género y las diferentes etapas de la vida (Sí/No).

### Actividades

1.6.1. Se desarrollarán y aplicarán programas de intervención específicos para:

- TMG en población inmigrante.
- TMG en personas en situación o riesgo de exclusión social.
- TMG en primeros episodios psicóticos.
- TMG refractario.
- TMG y discapacidad intelectual.

*Nota:* Las planificaciones correspondientes al TMG en población geriátrica, población infantojuvenil y en la mujer están descritas en sus líneas estratégicas correspondientes.

### Indicadores

- Número de programas desarrollados sobre estos colectivos específicos.
- Número de programas desarrollados sobre estos colectivos específicos, con implementación efectiva de ámbito autonómico.

**Objetivo específico 1.7. Reforzar y fomentar las actividades de formación continuada y de investigación sobre TMG.**

### Indicadores

- Número de actividades de formación continuada sobre TMG para profesionales.
- Número de proyectos de investigación sobre TMG, en desarrollo.
- Número de proyectos de investigación desarrollados sobre TMG, que se publican en revistas nacionales o internacionales con factor de impacto.

### Actividades

1.7.1. Incluir, en el Programa de Formación en Salud Mental, una sección específica dedicada a la formación en TMG.

### Indicadores

- Inclusión en el Programa de Formación en Salud Mental, de una sección específica dedicada a la formación en TMG (Sí/No).

1.7.2. Garantizar que en los seminarios y sesiones propios de cada dispositivo de Salud Mental se incluya el TMG.

#### Indicadores

- Porcentaje de dispositivos de Salud Mental que han incluido temas relacionados con el TMG en los seminarios y sesiones propios del dispositivo durante el año.

1.7.3. Garantizar la organización de actividades de formación en TMG con una periodicidad fija, cuyo sustento principal sean los hallazgos científicos sobre efectividad de los modelos de atención o de sus elementos constituyentes.

#### Indicadores

- Número de actividades de formación desarrolladas de estas características.

1.7.4. Crear un grupo de investigación centrado en el TMG.

#### Indicadores

- Creación efectiva del grupo de investigación (Sí/No).
- Número de proyectos de investigación en desarrollo.
- Número de publicaciones en revistas de impacto nacionales o internacionales.

## OBJETIVO GENERAL 2

**Establecer un modelo de atención en el cual las personas con TMG y sus familiares sean el eje central, en un contexto de respeto a la autonomía y de toma de decisiones compartida.**

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 2.1. Mejorar la satisfacción de las personas con TMG y sus familias, mediante el uso de buenas prácticas, el respeto de su autonomía, derechos, dignidad, y la promoción del empoderamiento.**

#### Indicadores

- Mejora de la satisfacción de las personas con TMG y sus familias (Sí/No; porcentaje)
- Aumento en el número de consentimientos informados elaborados y utilizados (Sí/No; porcentaje).
- Aumento en el número de protocolos únicos elaborados y utilizados (Sí/No; porcentaje).

#### Actividades

2.1.1. Elaborar un documento de acogida para los diferentes dispositivos, que deberá incluir una breve información (preferentemente en material divulgativo tipo folleto) sobre los aspectos funcionales del recurso de Salud Mental al que llegue la persona con TMG, y/o su familia.

#### Indicadores

- Porcentaje de los dispositivos de Salud Mental para los que se ha elaborado un documento de acogida.
- Porcentaje de los dispositivos de Salud Mental para los que se ha elaborado un documento de acogida, que realizan un uso adecuado de estos.

2.1.2. Dar visibilidad y dar a conocer la Carta de Derechos y Deberes de los usuarios, así como facilitar y orientar en el procedimiento de quejas y reclamaciones.

### Indicadores

- Porcentaje de dispositivos de Salud Mental que tienen de manera visible en sus instalaciones la Carta de Derechos y Deberes del paciente.
- Porcentaje de dispositivos de Salud Mental que facilitan el procedimiento para Quejas y Reclamaciones.

2.1.3. Adscripción a las buenas prácticas desarrolladas en el contexto español y que han demostrado su eficacia y efectividad, aludidas en la Estrategia Nacional, respetando los aspectos éticos y legales de la práctica asistencial en los procedimientos aplicados de forma involuntaria a las personas con TMG.

### Indicadores

- Aumento en el número de actividades formativas relacionadas con las buenas prácticas (Sí/No; porcentaje).
- Identificación y difusión en los dispositivos de la Red de Salud Mental, de documentos de buenas prácticas (Sí/No).
- Reducción en el número de reclamaciones por motivos directamente relacionados con malas prácticas, desinformación, posible incumplimiento de derechos, etc. (Sí/No; porcentaje).

2.1.4. Integrar la figura del “paciente experto” en el modelo asistencial.

### Indicadores

- Número de reuniones organizadas desde los Servicios de Psiquiatría y responsables de PIRP con asociaciones de pacientes y familiares para valorar sus comentarios y sugerencias.
- Establecimiento de un procedimiento para la integración del paciente experto en el modelo asistencial (Sí/No).
- Integración efectiva de la figura del paciente experto en la Red de Salud Mental (Sí/No).

2.1.5. Actividades formativas dirigidas a los profesionales sanitarios para minimizar el uso de medidas restrictivas en los internamientos.

*Nota:* Entre otros aspectos, se incluirán las técnicas de desescalada verbal, técnicas de comunicación, aspectos éticos de la práctica clínica y contención farmacológica.

### Indicadores

- Número de actividades formativas de estas características.
- Número de áreas en las que se ha realizado al menos una actividad formativa de estas características.
- Reducción en el número y duración de los procedimientos de contención física en los Servicios de Urgencias hospitalarios (Sí/No; porcentaje).
- Reducción en el número y duración de los procedimientos de contención física en las Unidades de Internamiento de Salud Mental (Sí/No; porcentaje).

2.1.6. Actividades formativas sobre medidas alternativas a la contención, dirigidos a profesionales sanitarios de otros dispositivos y Servicios médicos externos a Salud Mental.

### Indicadores

- Número de actividades formativas sobre medidas alternativas a la contención, realizadas para otros dispositivos y Servicios médicos externos a Salud Mental.

2.1.7. Actividades formativas que promuevan una filosofía de trabajo basada en el respeto a la autonomía, el empoderamiento y el modelo de toma de decisiones compartidas.

### Indicadores

- Número de actividades formativas de estas características.
- Número de actividades formativas de estas características de ámbito, al menos, provincial.

2.1.8. Disponer de cuestionarios de satisfacción dirigidos a pacientes y familiares, para los diferentes dispositivos de la Red, que puedan ser aplicados de forma homogénea en toda la Comunidad.

### Indicadores

- Disponibilidad de cuestionarios de satisfacción dirigidos a pacientes y familiares, para los diferentes dispositivos de la Red (Sí/No).
- Porcentaje de dispositivos de la Red para los que se dispone de cuestionarios de satisfacción dirigidos a pacientes y familiares.

*Nota:* Los cuestionarios de satisfacción podrán ser, bien cuestionarios elaborados por otras instituciones oficiales, o bien de elaboración propia.

## **Objetivo específico 2.2. Implementación en Canarias de Manifestaciones anticipadas de voluntad en Salud Mental y/o Planificación anticipada de decisiones en Salud Mental.**

2.2.1. Creación de grupo de trabajo para el estudio de la implementación en Canarias de Manifestaciones anticipadas de voluntad en Salud Mental y/o Planificación anticipada de decisiones en Salud Mental.

### Indicadores

- Creación de grupo de trabajo (Sí/No).
- Estudio de la implementación (Sí/No).

2.2.2. Estudio de las necesidades de elaboración normativa (creación o adaptación) para su implementación.

### Indicadores

- Estudio de las necesidades de elaboración normativa (Sí/No).

2.2.3. Establecer un protocolo único de actuación sobre la planificación anticipada de decisiones.

### Indicadores

- Desarrollo y establecimiento de procedimiento único de actuación (Sí/No).

2.2.4. Realización de actividades formativas dirigidas a los profesionales de la Red de Salud Mental sobre las Manifestaciones anticipadas de voluntad en Salud Mental y la Planificación anticipada de decisiones en Salud Mental.

### Indicadores

- Realización efectiva de, al menos una actividad formativa, de ámbito autonómico, dirigida a profesionales de la Red de Salud Mental, que aborden estos aspectos de manera nuclear (Sí/No).
- Número de actividades formativas centradas en estos aspectos.
- Número de actividades formativas que incluyan estos aspectos.

2.2.5. Realizar acciones de divulgación a los usuarios, de carácter autonómico.

### Indicadores

- Realización de acciones de divulgación, de carácter autonómico (Sí/No).

### **Objetivo específico 2.3. Potenciar la atención a familias de personas con TMG.**

#### **Actividades**

2.3.1. Actividades de intervención familiar y/o psicoeducativas para mejorar la capacidad de afrontar las crisis y prevenir las recaídas.

#### **Indicadores**

- Porcentaje de USM que realizan actividades de intervención familiar y/o psicoeducativas, con frecuencia al menos anual.
- Porcentaje de dispositivos de la Red de Salud Mental que realizan actividades de intervención familiar y/o psicoeducativas, con frecuencia al menos anual.

2.3.2. Actividades de formación dirigidas a profesionales, sobre la intervención familiar y/o psicoeducación.

#### **Indicadores**

- Aumento en el número de actividades formativas de estas características (Sí/No; porcentaje).

### 3.3. TRASTORNO MENTAL COMÚN

#### OBJETIVO GENERAL

Mejorar el abordaje del Trastorno Mental Común en Atención Primaria y Salud Mental.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.** Mejora en el uso de tratamientos con eficacia terapéutica y acordes a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica.

##### Indicadores

- Disminución de la prescripción de benzodiazepinas en pacientes con TMC (Sí/No; porcentaje).
- Incremento en el número de altas en las USM de pacientes con diagnóstico de TMC.

##### Actividades

- 1.1. Desarrollar un programa de actuación para el tratamiento del TMC en las USM, que priorice los abordajes terapéuticos breves, con el objetivo de evitar la iatrogenia y psiquiatrización de los pacientes y que tome como referencia los aspectos contenidos en esta línea estratégica.

##### Indicadores

- Constitución de grupo de trabajo multidisciplinar (Sí/No).
- Elaboración del programa e implementación (Sí/No).

- 1.2. Difusión e implementación de una Guía para el diagnóstico y tratamiento de los TMC en Atención Primaria.

##### Indicadores

- Difusión e implementación de la Guía en la Comunidad (Sí/No).

- 1.3. Mejorar el uso racional de psicofármacos, adecuando la prescripción a las indicaciones clínicas establecidas.

##### Indicadores

- Porcentaje de psicofármacos en pacientes con TMC que se indican de forma acorde a sus indicaciones.

- 1.4. Dotar a los profesionales de Atención Primaria de habilidades específicas para el manejo del malestar subjetivo del paciente, así como de formación sobre intervención psicoterapéutica en TMC, sea terapia única o combinada con fármacos.

##### Indicadores

- Realización de cursos de formación sobre habilidades en el manejo del malestar subjetivo del paciente, de ámbito autonómico (Sí/No).
- Realización de cursos de formación sobre intervención psicoterapéutica en TMC, de ámbito autonómico (Sí/No).

**Objetivo específico 2.** Mejorar la formación de los profesionales de AP y SM sobre el Trastorno Mental Común.

##### Indicadores

- Aumento en el número de acciones formativas dirigidas a AP sobre el TMC, de ámbito autonómico (Sí/No).
- Aumento en el número de acciones formativas dirigidas a SM sobre el TMC, de ámbito autonómico (Sí/No).
- Número de profesionales de AP y SM que participan en estas actividades.

### Actividades

- 2.1. Realizar cursos de formación sobre Trastorno Mental Común para profesionales de Atención Primaria.

### Indicadores

- Realización de cursos sobre TMC dirigidos a AP (Sí/No).
- Ámbito:* al menos provincial; preferiblemente autonómico.

- 2.2. Realizar cursos de formación sobre Trastorno Mental Común para profesionales de Salud Mental.

### Indicadores

- Realización de cursos sobre TMC dirigidos a SM (Sí/No).
- Ámbito:* al menos provincial; preferiblemente autonómico.

- 2.3. Realizar formación en TMC cuyos contenidos prioritarios sean el diagnóstico y utilidad de instrumentos de evaluación, el uso adecuado de los tratamientos psicofarmacológicos, las técnicas de psicoterapia adaptadas para AP, y los abordajes terapéuticos breves en SM.

### Indicadores

- Porcentaje de cursos sobre TMC, dirigidos a Atención Primaria, que incluyen como tema principal el diagnóstico y utilidad de instrumentos de evaluación, el uso adecuado de los tratamientos psicofarmacológicos o las técnicas de psicoterapia adaptadas para AP.
- Porcentaje de cursos sobre TMC, dirigidos a Salud Mental, que incluyen como tema principal el uso adecuado de los tratamientos psicofarmacológicos o los abordajes terapéuticos breves en SM.

- 2.4. Mejorar la formación de los profesionales de AP sobre el TMC mediante las sesiones clínicas.

### Indicadores

- Porcentaje de USM que realizan sesiones clínicas conjuntas con AP, sobre TMC (al menos dos al año).

## Objetivo específico 3. Mejorar la coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental.

### Actividades

- 3.1. Establecer un calendario permanente de reuniones y/o consultorías entre Atención Primaria y Salud Mental, que permita la comunicación continuada entre los profesionales de ambas redes.

### Indicadores

- Porcentaje de USMC que cuentan con un calendario de actividades de coordinación con AP, consensuado entre ambas partes.

- 3.2. Mejorar la coordinación entre los profesionales de AP con las USM, mediante el aprovechamiento de las tecnologías de la información y comunicación (TIC).

### Indicadores

- Porcentaje de USMC que utilizan con periodicidad las TIC para la coordinación con AP.

- 3.3. Dar respuesta adecuada a todas las derivaciones de AP.

*Nota:* Sería recomendable establecer un cuestionario estructurado breve y homogéneo para todos los centros de la Comunidad sobre el grado de satisfacción respecto a este tema.

#### Indicadores

- Porcentaje de USM que ofrecen respuestas adecuadas a las derivaciones realizadas, según encuestas a los Centros de AP.

3.4. Realización de documento consensuado entre Salud Mental y Atención Primaria que contenga los criterios de derivación desde Atención Primaria a las USM y los requisitos de respuesta desde estas a AP.

#### Indicadores

- Realización efectiva del documento consensuado (Sí/No).

### 3.4. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

#### OBJETIVO GENERAL

Proporcionar una atención de calidad, integral y coordinada a las personas con trastorno de la conducta alimentaria, que incluya la prevención.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.** Disponer de un programa de prevención y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en Canarias, que contenga un análisis de la situación y cuyo contenido tome como base lo propuesto en esta línea estratégica del Plan de Salud Mental de Canarias.

##### Indicadores

- Existencia de programa de prevención y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en Canarias (Sí/No).
- Existencia de análisis de la situación sobre trastornos de la conducta alimentaria en Canarias (Sí/No).

##### Actividades

- 1.1. Creación efectiva de un grupo de trabajo orientado a la planificación, desarrollo y coordinación de un programa de prevención y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en Canarias.

##### Indicadores

- Constitución efectiva de grupo de trabajo multidisciplinar que cuente con profesionales de la Red de Salud Mental, Atención Primaria, Endocrinología y Nutrición, Dirección General de Salud Pública y Dirección General de Programas Asistenciales, y que esté coordinado por esta última (Sí/No).
- 1.2. Realización de análisis de la situación sobre trastornos de la conducta alimentaria en Canarias que incluya al menos: información epidemiológica (basada principalmente en datos de morbilidad asistida en Atención Primaria y en Salud Mental); datos sobre la atención prestada en los diferentes dispositivos; demanda y derivación a otros recursos sanitarios externos al SCS.

##### Indicadores

- Realización efectiva de análisis de la situación sobre trastornos de la conducta alimentaria en Canarias (Sí/No).

**Objetivo específico 2.** Reducir la incidencia y prevalencia de Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) en Canarias mediante la promoción de hábitos saludables y la aceptación de la diversidad en la imagen corporal, en el contexto del subprograma de prevención.

##### Indicadores

- Reducción de la incidencia y prevalencia de los TCA.  
*Periodo temporal:* incidencia y prevalencia medias en los cinco años previos a la publicación del Plan vs. incidencia y prevalencia medias en los cinco años posteriores a la publicación del Plan (periodo de vigencia del Plan).

##### Actividades

- 2.1. Diseñar un subprograma de prevención y detección precoz de TCA en Canarias, que se encuadre en el Programa de atención a las personas con TCA, cuyo contenido tome como base lo propuesto en esta línea estratégica del Plan de Salud Mental de Canarias.

### Indicadores

- Existencia de subprograma de prevención y detección precoz de TCA en Canarias (Sí/No).

2.2. Diseñar un procedimiento de intervención de carácter preventivo en los centros educativos de Canarias, que esté encuadrado, por una parte, en el subprograma de Prevención y detección precoz de TCA y, por otra, en los programas educativos de la Consejería de Educación y Universidades del Gobierno de Canarias.

### Indicadores

- Constitución de un grupo de trabajo que cuente con profesionales de las instituciones implicadas para desarrollar actividades preventivas en el entorno escolar (Sí/No).
- Facilitación de herramientas de cribado a los centros educativos para favorecer la detección precoz en caso de sospecha o presencia de síntomas alimentarios (Sí/No).

2.3. Elaborar actividades informativas sobre TCA dirigidas a profesionales de Centros Educativos y Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos (AMPAS) de Canarias, para facilitar la detección precoz, manejo y estrategias de actuación ante la sospecha o presencia de síntomas alimentarios.

### Indicadores

- Desarrollo de actividades informativas dirigidas a profesionales de la enseñanza y padres de alumnos (Sí/No).

2.4. Realización de campañas preventivas junto con actuaciones en educación para la salud a través de los medios de comunicación.

*Enfoque y contenidos mínimos:* La campaña debería estar enfocada al fortalecimiento de factores protectores y la promoción de hábitos alimentarios saludables, dada la relación entre el sobrepeso/obesidad y la aparición de síntomas alimentarios. Debe incidir en la importancia de mantener un peso saludable, así como la aceptación de la diversidad en la imagen y la visión crítica de los mensajes que promueven la delgadez patológica.

### Indicadores

- Desarrollo de campaña preventiva (Sí/No).

## Objetivo específico 3. Facilitar la detección precoz de nuevos casos y personas afectadas por TCA.

### Indicadores

- Reducción del tiempo de evolución del TCA en el momento del diagnóstico (Sí/No; porcentaje).

### Actividades

3.1. Diseñar e implementar actividades de sensibilización y formación continuada dirigidas a personal sanitario.

### Indicadores

- Realización efectiva de actividades de sensibilización y formación a profesionales sanitarios (Sí /No).

3.2. Proporcionar a los Centros de Atención Primaria documentos de referencia para el reconocimiento temprano y manejo de riesgos médicos en el cuidado de personas con TCA.

*Nota:* Se considera un documento adecuado a los efectos mencionados la "Guía para el reconocimiento temprano y manejo de riesgos médicos en el cuidado de individuos con TCA", editada por la Academy for Eating Disorders (AED), sin perjuicio de que pueda estimarse que otro documento cumpla mejor este propósito.

#### Indicadores

- Selección de documento de referencia y distribución efectiva a los profesionales de Atención Primaria (Sí/No).

**Objetivo específico 4. Mejorar la atención terapéutica que reciben las personas con TCA, de tal forma que sea de calidad, sustentada en hallazgos científicos, integral, coordinada intra e interinstitucionalmente y que cuente con los recursos necesarios.**

#### Indicadores

- Reducción en el número de ingresos hospitalarios de personas con TCA (Sí/No; porcentaje).

#### Actividades

- 4.1. Actualizar el documento existente sobre TCA de ámbito autonómico (Protocolo de actuación en los trastornos de la conducta alimentaria), de tal forma que resulte válido para el conjunto de Canarias, pero que contemple las particularidades de los diferentes dispositivos de nuestra Comunidad.

#### Indicadores

- Actualización documento para la prevención y tratamiento de las personas con TCA en Canarias (Sí/No).

*Ámbito:* autonómico

- 4.2. Realizar la divulgación de dicho documento entre los profesionales del Servicio Canario de la Salud (Red de Salud Mental, Atención Primaria y otras especialidades que se estimen).

#### Indicadores

- Disponibilidad del documento en los centros de salud de la Comunidad y en las Unidades de Salud Mental (Sí/No).

- 4.3. Revisar y actualizar los protocolos de intervención en cada uno de los dispositivos de atención a personas con TCA, con base en las Guías de Práctica Clínica, de tal forma que sean documentos unificados en la Comunidad.

#### Indicadores

- Revisión, actualización y unificación de protocolos para la atención a personas con TCA (Sí/No).

- 4.4. Coordinación entre los distintos órganos autonómicos y administraciones públicas para facilitar la realización de formación y actualización en TCA.

#### Indicadores

- Realización de reuniones de coordinación y colaboración entre los organismos implicados para favorecer la formación e investigación en TCA (Sí/No).

- 4.5. Coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental para la evaluación de la derivación de forma adecuada a recursos especializados en TCA.

#### Indicadores

- Acciones de coordinación entre AP y SM con tal fin (Sí/No).

*Ámbito:* autonómico.

- 4.6. Consenso y difusión de los criterios y proceso de derivación a recursos especializados.

#### Indicadores

- Establecimiento consensuado de criterios de derivación a otras consultas especializadas implicadas en el tratamiento de TCA (Sí/No).
- Difusión de los criterios y proceso de derivación a los recursos disponibles para TCA (Sí/No).

4.7. Promover el desarrollo de conocimiento empírico, fomentando la formación y la investigación sobre TCA en nuestra Comunidad entre los diferentes organismos implicados.

#### Indicadores

- Realización de actividades de formación y actualización en TCA (Sí/No).
- Realización de algún estudio en nuestra Comunidad relacionado con TCA (Sí/No).

*Ámbito:* Autonómico, o al menos provincial.

4.8. Desarrollar vías de comunicación entre dispositivos de alta frecuentación por personas afectadas por TCA, especialmente con los recursos que atienden a población infanto-juvenil.

#### Indicadores

- Establecimiento de criterios de derivación de casos de riesgo en USMIJ a UTCA (Sí/No).
- Designación de profesionales responsables de los diferentes dispositivos implicados para facilitar la coordinación entre los recursos sanitarios (Sí/No).
- Designación de profesionales responsables de la colaboración entre los recursos del Servicio Canario de Salud y las Asociaciones de Afectados (Sí/No).

4.9. Evaluar la satisfacción de usuarios y familiares sobre el grado de satisfacción con la atención recibida en los diferentes recursos, con el fin de obtener una retroalimentación que oriente sobre los aspectos o áreas que requieren mejoras.

#### Indicadores

- Diseño de un instrumento de evaluación de satisfacción (Sí/No).
- Aplicación efectiva de encuestas a usuarios y familiares (Sí/No).

### **Objetivo específico 5. Mejora de la dotación de recursos hospitalarios: creación de una Unidad de hospitalización infanto-juvenil y hospital de día.**

#### Indicadores

- Creación de Unidad de hospitalización infanto-juvenil (Sí/No).
- Creación de Hospital de Día (Sí/No).

*Ámbito:* provincial (ambas provincias).

#### Actividades

5.1. Realización de cuantas acciones sean necesarias para la creación de la Unidad de Hospitalización Infanto-juvenil en ambas provincias, en la que puedan ingresar pacientes con TCA menores de 18 años que así lo requieran.

#### Indicadores

- Realización de acciones necesarias para la creación de la Unidad de Hospitalización Infanto-juvenil en ambas provincias (Sí/No).

5.2. Realización de cuantas acciones sean necesarias para la creación de un Hospital de Día (HD) que permita el tratamiento en régimen de hospitalización parcial de los casos que requieran una intervención más intensiva y no reúnan criterios de ingreso hospitalario.

### Indicadores

- Realización de acciones necesarias para la creación del Hospital de Día en ambas provincias (Sí/No). Se consideran necesarias:
  - Establecer un grupo de trabajo para el diseño y planificación.
  - Valoración de la viabilidad del proyecto por los organismos pertinentes.
  - Actividades de formación específica para los profesionales que conformarán el equipo terapéutico en el HD.

**Objetivo específico 6. Mejorar la atención a familiares de personas afectadas o que presenten conductas de riesgo relacionadas con la posible presencia de un TCA.**

### Actividades

- 6.1. Realizar actividades de asesoramiento para familiares, proporcionando pautas básicas de actuación y manejo de síntomas de alarma, en colaboración con las Asociaciones de Afectados y Familiares de Canarias.

### Indicadores

- Realización efectiva de actividades de asesoramiento para familiares (Sí/No).

**Objetivo específico 7. Facilitar e incrementar los recursos para la atención a personas con TCA que presentan sintomatología de larga evolución y/o presentan síntomas graves, para reducir el impacto de los síntomas.**

### Indicadores

- Incremento de los recursos para las personas con TCA que presentan sintomatología de larga evolución (Sí/No).

*Ámbito:* provincial, en ambas capitales de provincia.

### Actividades

- 7.1. Desarrollar protocolos de intervención específicos a nivel ambulatorio y hospitalario para la atención a TCA de larga evolución con los diferentes especialistas implicados.

### Indicadores

- Diseño de protocolos de actuación para el manejo de personas con TCA, con sintomatología grave de curso crónico en Atención Primaria (Sí/No).
- Revisión y actualización del protocolo de atención hospitalaria para la intervención en casos de curso crónico (Sí/No).

- 7.2. Desarrollar criterios de derivación a recursos sociosanitarios y de rehabilitación psicosocial a los afectados con TCA de curso crónico que puedan beneficiarse, facilitando su recuperación y reinserción social.

### Indicadores

- Desarrollo efectivo de los criterios de derivación (Sí/No).

**Objetivo específico 8. Reforzar la coordinación de los diferentes profesionales implicados en casos con presencia de comorbilidad grave, patología dual y alta demanda de recursos especializados.**

### Indicadores

- Existen reuniones de coordinación entre los diferentes profesionales para el manejo de casos con alta demanda de recursos y presencia de comorbilidad grave (Sí/No).

*Ámbito:* insular.

### Actividades

8.1. Planificar un espacio de coordinación para el abordaje de casos graves con los diferentes profesionales implicados, para garantizar la continuidad de la intervención.

### Indicadores

- Realización de reuniones de coordinación para unificar criterios de actuación en casos complejos o que implican mayor riesgo (p. ej: TCA en el embarazo, diabetes, etc) (Sí/No).

8.2. Valoración en sesiones clínicas del Servicio de aquellos casos que lo requieran por su complejidad.

### Indicadores

- Realización efectiva de tales valoraciones en equipo (Sí/No).

### 3.5. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

#### OBJETIVO GENERAL

Proporcionar una atención de calidad, integral y coordinada a las personas con trastorno de la personalidad.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.** Disponer de un programa de tratamiento de personas con trastorno de la personalidad en Canarias, que contenga un análisis de la situación y cuyo contenido tome como base lo propuesto en esta línea estratégica del Plan de Salud Mental de Canarias.

##### Indicadores

- Existencia de programa de tratamiento de personas con trastorno de la personalidad en Canarias (Sí/No).
- Existencia de análisis de la situación sobre trastornos de la personalidad en Canarias (Sí/No).

##### Actividades

- 1.1. Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar para la elaboración de un programa de tratamiento de las personas con trastorno de la personalidad.

##### Indicadores

- Constitución efectiva de grupo de trabajo (Si/No).

*Constitución del grupo:* el grupo de trabajo debe incluir profesionales de la Red de Salud Mental (específicamente psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros y trabajadores sociales) y de la DGPPAA.

**Objetivo específico 2.** Mejorar la atención a las personas con trastorno de la personalidad.

##### Indicadores

- Reducción de los ingresos hospitalarios de personas con trastorno de la personalidad (Sí/No; porcentaje).

##### Actividades

- 2.1. Desarrollar una atención multidisciplinar y coordinada siempre que sea necesaria.

##### Indicadores

- Porcentaje de pacientes con trastornos de la personalidad en los que se realiza un abordaje multidisciplinar y coordinado.

- 2.2. Establecer unos criterios generales de derivación y alta en los distintos dispositivos.

##### Indicadores

- Establecimiento de criterios generales de derivación y alta (Sí/No).

- 2.3. Realizar Planes Individualizados de Tratamiento (PIT).

*Nota:* Los PIT deben tener una visión integral, e incluir aspectos relacionados con el tratamiento y cuantos otros se estimen necesarios, como los sociales, educacionales, de empleo y alojamiento.

##### Indicadores

- Porcentaje de pacientes con trastorno de la personalidad para los que se ha realizado un Plan Individualizado de Tratamiento.
- Número de PIT realizados.

2.4. Realización de abordajes psicoterapéuticos sustentados en hallazgos científicos, tanto individuales como grupales, según las necesidades de los pacientes.

#### Indicadores

- Porcentaje de dispositivos en los que se realizan psicoterapias sustentadas en hallazgos científicos.

2.5. Inclusión en los programas de empleo y alojamiento de aquellos pacientes con trastornos de personalidad que lo requieran.

#### Indicadores

- Número de pacientes con trastornos de personalidad que han sido incluidos en programas de empleo y alojamiento.
- Número y porcentaje de personas incluidas en programas de empleo que han conseguido un empleo.
- Número y porcentaje de personas incluidas en programas de alojamiento a los que se ha otorgado un alojamiento.

2.6. Promover el uso racional de fármacos en las personas con trastornos de personalidad, de forma acorde a lo recomendado en las Guías de Práctica Clínica, mediante acciones formativas.

#### Indicadores

- Número de acciones formativas en las que se incluye el uso racional de fármacos acorde a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica.
- Porcentaje de profesionales que declaran adscribirse a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica, en lo concerniente al tratamiento farmacológico.
- Porcentaje de pacientes en los que su tratamiento farmacológico no se adscribe a lo recomendado en las Guías de Práctica Clínica.

2.7. Creación de espacios de supervisión para los profesionales que atienden a las personas con trastornos de personalidad.

#### Indicadores

- Porcentaje de dispositivos en los que se dispone de estos espacios de supervisión periódicos.

**Objetivo específico 3. Mejorar los recursos para la atención a las personas con trastorno de la personalidad, mediante la creación de hospitales de día y otros recursos de rehabilitación psicosocial y laboral, tales como centros de atención diurna integrales o viviendas supervisadas.**

#### Indicadores

- Creación de hospitales de día, de ámbito provincial, en ambas capitales de provincia (Sí/No).
- Creación de otros recursos de rehabilitación psicosocial y laboral, de ámbito provincial, en ambas capitales de provincia (Sí/No).

#### Actividades

3.1. Desarrollar cuantas acciones sean necesarias para la creación de Hospitales de Día, de ámbito provincial.

#### Indicadores

- Desarrollo de actividades necesarias (Sí/No).

3.2. Desarrollar cuantas acciones sean necesarias para la creación de otros recursos de rehabilitación psicosocial y laboral, de ámbito provincial.

#### Indicadores

- Desarrollo de actividades necesarias (Sí/No).

**Objetivo específico 4. Mejorar la coordinación intra e interinstitucional relativa a los pacientes con trastorno de la personalidad grave.**

**Actividades**

- 4.1. Realizar acciones de coordinación intrainstitucional (Atención Primaria y Red de Salud Mental).

**Indicadores**

- Porcentaje de dispositivos que realizan acciones de coordinación intrainstitucional, con periodicidad al menos trimestral.

- 4.2. Realizar acciones de coordinación interinstitucional.

*Instituciones potencialmente implicadas:* Servicio de Coordinación Técnica de Atención a las Drogodependencias, Consejería de Educación, Servicio de Protección al Menor, Servicios Sociales y Justicia.

**Indicadores**

- Porcentaje de servicios que realizan acciones de coordinación interinstitucional, con periodicidad al menos anual.

**Objetivo específico 5. Mejorar la formación sobre trastornos de la personalidad en los sectores implicados.**

**Indicadores**

- Aumento de las actividades formativas sobre trastornos de la personalidad (Sí/No; porcentaje).

**Actividades**

- 5.1. Realizar acciones formativas específicas sobre trastornos de personalidad, dirigidos a la Red de Salud Mental, especialmente sobre el abordaje psicoterapéutico sustentado en hallazgos científicos.

**Indicadores**

- Realización de actividades formativas, de ámbito autonómico (Sí/No).

- 5.2. Realizar acciones formativas específicas y de sensibilización sobre trastornos de personalidad, dirigidos a los ámbitos de intervención implicados, tales como el educativo y el social, la sociedad en general y las familias de las personas afectadas.

**Indicadores**

- Realización de actividades formativas, de ámbito autonómico (Sí/No).

*Otros ámbitos implicados:* Servicios Sociales; Servicio de Protección al Menor; Consejería de Educación; Servicio de Atención a las Drogodependencias; sociedad en general; y familias de personas con trastorno de la personalidad.

### 3.6. LA SALUD FÍSICA DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

#### OBJETIVO GENERAL

**Mejorar y promover la salud física de los pacientes con trastorno mental grave de Canarias, mediante acciones de promoción de la salud y prevención, detección e intervención integral sobre los factores, comportamientos de riesgo y enfermedades somáticas coexistentes.**

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1. Promover el acceso de los pacientes con TMG a los recursos de Atención Primaria para el abordaje de los problemas de salud física.**

##### Indicadores

- Número de visitas anuales que realizan los pacientes con TMG a su médico de familia en el Centro de Salud.

##### Actividades

- 1.1. Realización de directrices consensuadas de coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental, en el contexto del abordaje de los problemas de salud física en pacientes con TMG.

##### Indicadores

- Realización efectiva de documento de directrices consensuadas de coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental, en el contexto del abordaje de los problemas de salud física en pacientes con TMG (Sí/No).

- 1.2. Reuniones de coordinación entre Psiquiatría y AP.

##### Indicadores

- Realización de reuniones de coordinación entre Psiquiatría y AP (Sí/No).

**Objetivo específico 2. Promover hábitos de vida saludables.**

##### Actividades

- 2.1. Transmitir tanto desde la unidad de Salud Mental como desde Atención Primaria pautas dirigidas a los pacientes para realizar dieta cardiosaludable y ejercicio físico adecuado.

##### Indicadores

- Porcentaje de pacientes con TMG en los que se realiza, en AP, la promoción de hábitos de vida saludables.
- Porcentaje de pacientes con TMG en los que se realiza, en las USMC, la promoción de hábitos de vida saludables.

**Objetivo específico 3. Mejorar la actuación clínica de los profesionales mediante una mejor formación y la adscripción a los documentos de referencia nacionales e internacionales, sobre la salud física en los pacientes con TMG.**

- 3.1. Difundir en la Comunidad aquellos documentos que se consideren de referencia básica (Guías de práctica clínica, consensos, directrices o protocolos) para el abordaje de la salud física en los pacientes con TMG.

##### Indicadores

- Difusión de documento o documentos de referencia en la Comunidad (Sí/No).

3.2. Realización de un documento de consenso operativo el abordaje de la salud física en el TMG, que esté basado en las recomendaciones internacionales y nacionales, en hallazgos científicos, y que incluya criterios operativos de actuación, solicitud de pruebas, coordinación entre SM y AP.

#### Indicadores

- Realización del documento de consenso (Sí/No).
- Difusión efectiva del documento de consenso en Canarias, a profesionales de AP y SM.

3.3. Sensibilizar y formar a todos los profesionales de la salud sobre la necesidad de prevenir y tratar adecuadamente las enfermedades físicas en los pacientes con TMG.

#### Indicadores

- Actividades específicas de formación sobre la salud física en TMG de ámbito autonómico (Sí/No).
- Actividades formación, de ámbito autonómico, sobre TMG en las que la salud física sea uno de sus contenidos (Sí/No).

3.4. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales de las redes de Salud Mental y Atención a las Drogodependencias (UAD)

#### Indicadores

- - Realización efectiva de al menos una actividad formativa dirigida a profesionales de la Red de Salud Mental (Sí/No)
- - Realización efectiva de al menos una actividad formativa dirigida a profesionales de la Red de Atención a las Drogodependencias (Sí/No)

*Ámbito:* autonómico.

3.5. Realización de actividades formativas dirigida a los profesionales de Atención Primaria.

#### Indicadores

- Realización efectiva de al menos una actividad formativa dirigida a profesionales de la Red de Atención Primaria (Sí/No).

*Ámbito:* autonómico.

**Objetivo específico 4. Sensibilizar y formar a familiares y educadores de pisos tutelados, mini-residencias, Centros de Día y Talleres Ocupacionales de pacientes con TMG para promover un estilo de vida cardiosaludable.**

#### Indicadores

- Porcentaje de colectivos que han recibido la formación específica para promover un estilo de vida cardiosaludable.

#### Actividades

4.1. Realización de un programa de psicoeducación.

#### Indicadores

- Realización efectiva de un programa de psicoeducación (Sí/No).

4.2. Realización de sesiones de psicoeducación impartidas por parte de personal sanitario en Unidades de Salud Mental, Centros de Salud, mini-residencias, asociaciones de familiares, asociaciones vecinales o dependencias municipales.

#### Indicadores

- Porcentaje de dispositivos y objetivos diana en los que se han realizado sesiones de psicoeducación.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 4: ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL INFANTO - JUVENIL

### OBJETIVO GENERAL

Potenciar la Salud Mental de niños y adolescentes de la Comunidad Autónoma Canaria, desde el Modelo Comunitario y con una perspectiva biopsicosocial, a través de actuaciones que favorezcan la promoción y prevención, optimizando la calidad de la atención en términos de evaluación, diagnóstico y tratamiento, y favoreciendo la formación de los profesionales e impulsando la investigación.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.** Consolidar la Red de Atención Infanto-juvenil como estructura que dé respuesta a los problemas de salud mental de la población diana desde un enfoque humanista y personalizado; completar la red de recursos asistenciales específicos para este grupo de edad hasta contar con dispositivos específicos y con equipos multidisciplinares en cada dispositivo.

#### Indicadores

- Existencia de análisis de situación específico de la atención en Salud Mental a niños y adolescentes que permita valorar, de forma periódica, las necesidades (Sí/No).
- Existencia de implementación anual de recursos humanos en cada dispositivo de la Red Infanto-Juvenil y planificación de la distribución de recursos humanos en los Programas de Gestión Convenida para el área de Infantil (Sí/No).
- Incremento de recursos físicos específicos destinados a la Atención IJ (Sí/No).

#### Actividades

1.1. Creación de una unidad de hospitalización breve (UHB) infanto-juvenil por cada provincia.

#### Indicadores

- Creación de la UHB infanto-juvenil en cada provincia (Sí/No).
- Adecuada dotación de recursos humanos (Sí/No).

1.2. Creación de Unidades de Salud Mental infanto-juveniles (USMIJ) específicas en todas las islas con dotación personal completa.

#### Indicadores

- Creación de Unidades de Salud Mental infanto-juveniles (USMIJ) específicas en todas las islas con dotación personal completa (Sí/No).

1.3. Incremento de la oferta de plazas de hospitalización parcial.

#### Indicadores

- Incremento de la oferta de plazas de hospitalización parcial (Sí/No; porcentaje).

1.4. Creación de dispositivos intermedios de atención e intervención (p.ej. Centros de Día).

#### Indicadores

- Creación de dispositivos intermedios de atención e intervención (Sí/No).

1.5. Creación de Unidades específicas para evaluación, diagnóstico y tratamiento intensivo, individualizado y continuado de la población con Trastorno del Espectro Autista (TEA) infanto-juvenil de Canarias.

#### Indicadores

- Creación de tales Unidades específicas (Sí/No).

1.6. Facilitación de medios y recursos para garantizar la accesibilidad a los distintos dispositivos arriba reseñados.

#### Indicadores

- Puesta en marcha de acciones para garantizar la accesibilidad de pacientes a cualquier dispositivo (Sí/No).

### Objetivo específico 2. Fomentar la excelencia en la asistencia y la gestión en salud mental infanto-juvenil.

#### Actividades

2.1. Potenciación de una Red diferenciada y coordinada con recursos humanos específicos para salud mental infanto-juvenil.

#### Indicadores

- Cambios efectivos hacia una red diferenciada y coordinada (Sí/No).

2.2. Incremento de los recursos humanos y de infraestructuras.

#### Indicadores

- Incremento en recursos humanos (Sí/No).
- Incremento en infraestructuras (Sí/No).

2.3. Refuerzo de la multidisciplinariedad en la asistencia, con funciones y tareas bien definidas para cada tipo de profesional, creando así las USM específicas de IJ (USMIJ) con dotación completa.

#### Indicadores

- Existencia de profesionales de las distintas categorías en cada dispositivo de la Red IJ (Sí/No).

2.4. Consolidación de Jefaturas de Servicio propias para Psiquiatría Infanto-Juvenil.

#### Indicadores

- Jefaturas de Servicio diferenciadas (Sí/No).

2.5. Estudio de las necesidades de recursos para la atención a niños y adolescentes con problemas de salud mental.

#### Indicadores

- Reuniones con departamentos de Gestión Clínica, Dirección Médica y Dirección General de Programas Asistenciales para evaluar y reevaluar necesidades (Sí/No).

2.6. Gestión de la agenda electrónica adaptándola a la especificidad de la asistencia en esta población, con flexibilización en tiempos asistenciales, de forma que se contemplen las actividades de grupo, coordinación, atención domiciliaria, etc.

#### Indicadores

- Adaptaciones/modificaciones de tiempos en agenda electrónica (Sí/No).

2.7. Mejora de los sistemas informáticos para facilitar la actividad y calidad asistencial.

#### Indicadores

- Mejora de sistemas informáticos (Sí/No).

2.8. Desarrollo de indicadores específicos para la evaluación de la calidad de la asistencia de esta población.

#### Indicadores

- Nº de indicadores específicos de calidad asistencial.

**Objetivo específico 3. Optimizar la colaboración y coordinación intra e interinstitucional para garantizar la atención integral de la población Infanto-Juvenil.**

**Indicadores**

- Creación de cauces institucionales que mejoren la coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria, Educación, así como con Servicios Sociales, Dirección General de Protección a la Infancia y Familia, Justicia, y Salud Pública (Sí/No).
- Revisión periódica de los Convenios con Educación, Justicia y Consejería de Empleo, Políticas Sociales y Vivienda (Sí/No).
- Seguimiento y evaluación de la aplicación de dichos Convenios (Sí/No).

**Actividades**

- 3.1. Establecimiento de una coordinación reglada y homogénea entre los equipos de las diferentes instituciones implicadas para ayudar a ofrecer una asistencia de calidad, delimitar las funciones de los diferentes profesionales, evitar la duplicidad o contradicción de las intervenciones, facilitar el acceso a los servicios y permitir una intervención más eficiente.

**Indicadores**

- Existencia de coordinación reglada y homogénea con Educación, Servicios Sociales y Dirección General de Protección a la Infancia y la Familia, Justicia y Salud Pública (Sí/No).

**Objetivo específico 3.1. Coordinación Salud Mental y Atención Primaria.**

**Actividades**

- 3.1.1. Establecimiento de canales de comunicación entre Atención Primaria y Salud Mental, de forma regular e institucional.

**Indicadores**

- Creación de canales de comunicación reglados entre Atención Primaria y Salud Mental (Sí/No).

- 3.1.2. Potenciación de las consultorías (presenciales o virtuales)

**Indicadores**

- Aumento del nº de consultorías (Sí/No).

- 3.1.3. Unificación de criterios de derivación a Salud Mental desde Atención Primaria.

**Indicadores**

- Elaboración y difusión de documento de consenso sobre los criterios de derivación a Salud Mental (Sí/No).

- 3.1.4. Establecimiento de programa institucional de formación continuada en Salud Mental en el que esté contemplada la formación de los profesionales de Atención Primaria.

**Indicadores**

- Nº de horas de formación específica en Salud Mental orientada a Atención Primaria.

- 3.1.5. Integración de actividades de promoción y prevención en salud mental en la práctica asistencial de las consultas de Atención Primaria.

**Indicadores**

- Nº de actividades de prevención y promoción de salud mental realizadas en Atención Primaria.

- 3.1.6. Consensuar con los equipos de Atención Primaria la incorporación de procedimientos de detección de psicopatología en el Programa del Niño Sano.

#### Indicadores

- Introducción de instrumentos de detección de psicopatología que puedan ser empleados en Atención Primaria (Sí/No).

### Objetivo específico 3.2. Coordinación de Salud Mental con Educación.

#### Actividades

- 3.2.1. Revisar y actualizar el convenio de colaboración entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Educación y Universidades, garantizando la integración de todos los menores con problemas de salud mental y no solo la de aquellos con patologías concretas.

#### Indicadores

- Actualización y revisión del convenio de colaboración (Sí/No).

- 3.2.2. Homogeneización de los procedimientos de coordinación que se llevan a cabo entre Salud Mental y los Equipos de Orientación de Educación Pública (EOEP).

#### Indicadores

- Existencia de procedimientos formales de coordinación (Sí/No).

- 3.2.3. Elaboración, por parte del equipo de salud mental, de pautas básicas de actuación y estrategias para el manejo psicológico y conductual de determinados casos en los centros educativos.

#### Indicadores

- Colaboración con los EOEP a través de pautas de actuación para menores con determinadas patologías en los centros educativos (Sí/No).
- Valoración de la puesta en marcha de dichas pautas de manejo (Sí/No).

- 3.2.4. Programación de objetivos conjuntos de intervención con menores con TMG en el ámbito educativo.

#### Indicadores

- Elaboración y puesta en marcha de objetivos comunes en ambos ámbitos de intervención (Educación / Sanidad) (Sí/No).

- 3.2.5. Elaboración y desarrollo conjunto de programas preventivos en salud mental y detección precoz a través de la coordinación con Atención Primaria.

#### Indicadores

- Elaboración y desarrollo de programas preventivos a llevar a cabo de forma conjunta (Sí/No).
- Existencia de coordinación entre los EOEP y Atención Primaria (Sí/No).

- 3.2.6. Participación de Educación en el programa de formación de salud mental, para aquellos contenidos propios de salud mental infanto-juvenil.

#### Indicadores

- Participación efectiva de Educación en el programa de formación de salud mental, en el área de salud mental infanto-juvenil.

### Objetivo específico 3.3. Coordinación Salud Mental con Servicios Sociales.

#### Actividades

- 3.3.1. Revisar y actualizar el Convenio de colaboración entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Empleo, Políticas Sociales y Vivienda.

#### Indicadores

- Revisión del Convenio (Sí/No).

3.3.2. Creación de procedimientos formales de coordinación y protocolos de derivación, para garantizar la continuidad de cuidados.

#### Indicadores

- Creación de procedimientos formales de coordinación entre Salud Mental y Servicios Sociales (Sí/No).
- Existencia de protocolos de derivación (Sí/No).

3.3.3. Establecimiento de un plan de trabajo común entre Salud Mental y los Servicios Sociales de Atención Primaria (Ayuntamientos) y los Servicios Sociales Especializados, en los casos donde exista patología mental.

#### Indicadores

- Existencia de plan de trabajo entre Servicios Sociales y Salud Mental (Sí/No).

### Objetivo específico 3.4. Coordinación Salud Mental con Protección a la Infancia y la Familia.

#### Actividades

3.4.1. Creación de procedimientos formales de coordinación y protocolos de derivación, para garantizar la continuidad de cuidados.

#### Indicadores

- Creación de procedimientos formales de coordinación entre Salud Mental y la Dirección General de Protección a la Infancia y la Familia (Sí/No).
- Existencia de protocolos de derivación (Sí/No).

3.4.2. Implementación de un procedimiento sistemático de evaluación psicológica general entre la población infanto-juvenil en acogimiento residencial que presente síntomas y signos de patología mental.

#### Indicadores

- Existencia de procedimientos de evaluación para menores en acogimiento (Sí/No).

3.4.3. Colaboración en la formación del personal educativo de los centros y hogares en aspectos básicos de la psicopatología del niño y adolescente.

#### Indicadores

- Nº de actividades formativas en Salud Mental para centros educativos y hogares residenciales.

3.4.4. Desarrollo de recursos residenciales específicos para pacientes con TMG en situación de desamparo o guarda, así como centros de día y tarde para aquellas familias con dificultades y escaso o nulo apoyo familiar.

#### Indicadores

- Creación de los recursos mencionados (Sí/No).

### Objetivo específico 3.5. Coordinación Salud Mental con Justicia.

#### Actividades

3.5.1. Creación de procedimientos formales de coordinación con Justicia.

#### Indicadores

- Existencia de procedimientos formales de coordinación (Sí/No).

3.5.2. Implementación de un procedimiento sistemático de evaluación psicológica general entre la población infanto-juvenil con medidas judiciales.

#### Indicadores

- Existencia de procedimientos de evaluación para menores con medidas judiciales (Sí/No).

3.5.3. Colaboración en la formación del personal educativo que intervenga con menores con medidas judiciales, en aspectos básicos de la psicopatología del adolescente.

#### Indicadores

- Nº de acciones formativas en Salud Mental para personal que trabaja con menores con medidas.

### **Objetivo específico 3.6. Coordinación Salud Mental con Salud Pública.**

#### Actividades

3.6.1. Desarrollo de un programa de intervención con adolescentes con conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas. Realizar intervenciones dentro de lo contemplado en el Plan Nacional de Drogas y en el de la Comunidad Autónoma, con el objetivo de disminuir el uso y abuso de sustancias adictivas en todo el ámbito de la Comunidad.

#### Indicadores

- Elaboración de un Programa de detección e intervención para los adolescentes con consumo de sustancias (Sí/No).

### **Objetivo específico 3.7. Desarrollo del mapa de recursos existentes en las distintas Consejerías.**

#### Actividades

3.7.1. Creación del mapa de dispositivos y recursos para la atención infanto-juvenil de todas las Consejerías intervinientes dentro del marco de la Comisión Interinstitucional antes reseñada.

#### Indicadores

- Existencia del mapa de recursos para la población infanto-juvenil (Sí/No).

### **Objetivo específico 4. Desarrollar un programa homogéneo para la asistencia al Trastorno Mental Común (TMC) en edad infanto-juvenil.**

#### Indicadores

- Desarrollo de programa para la asistencia al TMC en edad infanto-juvenil (Sí/No).

#### Actividades

4.1. Mejora en la detección y atención de niños y adolescentes con indicios de desajustes emocionales o cualquier otra sintomatología en patología mental susceptible de derivar a salud mental.

#### Indicadores

- Existencia de criterios comunes de derivación a Salud Mental (Sí/No).

4.2. Unificación de los criterios de derivación del TMC en edad infanto-juvenil a las USM desde Atención Primaria y otros Servicios en toda la CCAA.

#### Indicadores

- Nº de derivaciones realizadas que se ajustan a los criterios de derivación a salud mental.

4.3. Desarrollo de guías de actuación o procedimientos en patología psiquiátrica común infanto-juvenil, que no sólo abarque al paciente sino a su familia y entorno.

#### Indicadores

- Existencia de procedimientos o guías sobre TMC en edad infanto-juvenil (Sí/No).

4.4. Homogeneización de la atención psicoterapéutica, mediante el empleo de programas manualizados para TMC.

#### Indicadores

- Nº de programas psicoterapéuticos manualizados en TMC infanto-juvenil en marcha en la CCAA.

4.5. Formación continuada en programas psicoterapéuticos de eficacia probada para el TMC infanto-juvenil.

#### Indicadores

- Nº de actividades formativas que incluyan psicoterapia de eficacia probada para el TMC infanto-juvenil.

**Objetivo específico 5. Mejorar el pronóstico, el funcionamiento general, la calidad de vida y reducir la comorbilidad física y mental de la población infanto-juvenil con Trastorno Mental Grave.**

#### Indicadores

- Cociente entre intervenciones sanitarias realizadas con pacientes con diagnóstico de TMG respecto a aquellos con TMC.
- Nº de acciones de coordinación realizadas para el abordaje de pacientes con TMG.
- Porcentaje de pacientes con TMG que abandonan el seguimiento.

**Objetivo específico 5.1. Potenciar y favorecer la asistencia a los trastornos graves en salud mental infanto-juvenil, de forma que se garantice la intervención rápida, la continuidad de cuidados y que exista una coordinación con otros programas sanitarios y sociales.**

#### Actividades

5.1.1. Desarrollo e implementación de un Programa de asistencia al Trastorno Mental Grave Infanto-Juvenil, que incluya la necesidad de elaborar un Plan Individualizado de Tratamiento para cada paciente.

#### Indicadores

- Elaboración e implantación de programa de atención al TMG IJ (Sí/No).
- Porcentaje de pacientes con TMG IJ que tienen un Plan Individualizado de Tratamiento (Sí/No).

5.1.2. Desarrollo de protocolos, guías o documentos de consenso para el abordaje especializado de los trastornos mentales graves en población Infanto-Juvenil.

#### Indicadores

- Nº de protocolos, guías o documentos de consenso realizados y difundidos.

5.1.3. Fomentar y revalorizar las intervenciones profesionales deseables y poco habituales: comunitarias, rehabilitadoras, visitas a domicilio, etc.

#### Indicadores

- Nº de actividades comunitarias realizadas con pacientes con TMG.

5.1.4. Programa de atención a la salud física de los niños y adolescentes con trastorno mental grave.

#### Indicadores

- Existencia y cumplimiento del programa de atención a la salud física para TMG (Sí/No).

5.1.5. Consensuar con los equipos de Atención Primaria la incorporación de procedimientos de detección de psicopatología sugestiva de trastorno mental grave en el Programa del Niño Sano.

#### Indicadores

- Introducción de instrumentos de detección de psicopatología que puedan ser empleados en Atención Primaria (Sí/No).

5.1.6. Homogeneización la atención psicoterapéutica, mediante el uso de programas manualizados en el TMG.

#### Indicadores

- N° de programas psicoterapéuticos para TMG, manualizados, en marcha.

5.1.7. Fomento de talleres psicoeducativos dirigidos a las familias de niños y adolescentes con TMG.

#### Indicadores

- N° de talleres de psicoeducación familiar.

5.1.8. Programa de transición para pacientes con TMG que pasan a la etapa adulta. Coordinación de las actuaciones entre los dispositivos de salud mental infanto-juvenil y los de adultos.

#### Indicadores

- Existencia de Programa de Transición (Sí/No).

5.1.9. Propuesta de creación, conjuntamente entre las Consejerías de Sanidad y Educación, de aulas y/o centros educativos terapéuticos donde las necesidades de pacientes con TMG sean cubiertas adecuadamente. Creación de aulas cuya atención esté focalizada en aquellos niños y adolescentes con necesidades educativas especiales (NEE) derivadas de una patología mental grave, y donde la presencia de Educación y Sanidad se den de forma conjunta.

#### Indicadores

- Creación de aulas/centros para pacientes con TMG IJ y NEE (Sí/No).

**Objetivo específico 5.2. Diagnóstico precoz e intervención temprana, intensiva, especializada y continuada, de menores con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) para mejorar el pronóstico, evolución, nivel de adaptación, funcionamiento general y calidad de vida de la población con TEA de Canarias.**

#### Actividades

5.2.1. Desarrollo de un Programa específico (subprograma del TMG) para la atención del TEA en Canarias.

#### Indicadores

- Elaboración e implementación de un subprograma específico para TEA (Sí/No).

5.2.2. Dotación de los recursos humanos y materiales específicos necesarios para la creación de Unidades Específicas para el tratamiento intensivo, individualizado y continuo de la población Infanto-Juvenil de Canarias con TEA que lo requieran.

#### Indicadores

- Creación de Unidades Específicas para el TEA con equipo multidisciplinar (Sí/No).

5.2.3. Realización de intervenciones multidisciplinarias, especializadas e intensivas para la mejora de interacción social, nivel de adaptación, integración, calidad de vida y de funcionamiento general de la población con TEA de Canarias.

#### Indicadores

- N° de intervenciones multidisciplinarias realizadas en población TEA.
- N° de profesionales y de recursos que intervienen con población TEA.

5.2.4. Elaboración e implantación de protocolo para las derivaciones por sospecha de TEA desde Atención Primaria.

#### Indicadores

- Existencia de protocolo de derivación de paciente con sospecha de TEA (Sí/No).

**Objetivo específico 6. Promover actuaciones de promoción y prevención en salud mental infanto-juvenil, favoreciendo la integración social y la erradicación del estigma.**

#### Indicadores

- N° de acciones preventivas realizadas.
- N° de acciones realizadas para la integración y erradicación del estigma.

**Objetivo específico 6.1. Promoción y prevención en población general y en grupos de riesgo sin patología: Desarrollo de programas de promoción y prevención de la salud mental para la población general, dirigidos a niños y adolescentes así como a las familias; en colaboración con otras Consejerías (Educación y Universidades, Empleo y Políticas Sociales) e instituciones (Cabildos, Ayuntamientos).**

#### Actividades

6.1.1. Formulación y realización de intervenciones para promocionar la salud mental en la infancia y la adolescencia, que formarán parte de las estrategias de acción de la atención primaria, especializada y salud pública para la detección de situaciones de riesgo (aislamiento social, abusos, maltrato, etc.).

#### Indicadores

- N° de intervenciones de promoción de salud mental.

6.1.2. Estrategias de promoción e información dirigida a responsables institucionales y medios de comunicación: incrementar la presencia de información oficial ofertada y promocionada por las asociaciones profesionales, producir y divulgar buenas prácticas, divulgación de información sobre recursos existentes.

#### Indicadores

- N° de estrategias de promoción de salud mental para instituciones y medios de comunicación.

6.1.3. Elaboración, implantación y desarrollo de un programa conjunto de prevención del acoso escolar en la infancia y adolescencia, en coordinación con Atención Primaria, Servicios Sociales y Educación.

#### Indicadores

- Elaboración del programa conjunto de prevención del acoso escolar (Sí/No).

6.1.4. Elaboración, implantación y desarrollo de un programa de prevención del suicidio en la infancia y adolescencia, en coordinación con Atención Primaria, Salud Pública, Servicios Sociales y Educación.

#### Indicadores

- Elaboración del programa de prevención del suicidio en la infancia y adolescencia (Sí/No).

6.1.5. Elaboración, implantación y desarrollo de un programa de seguimiento entre Atención Primaria, Servicios Sociales y Salud Mental de aquellos niños cuyos padres presentan un TMG.

#### Indicadores

- Elaboración del programa de seguimiento de hijos de pacientes con TMG.

6.1.6. Colaboración en la realización de campañas destinadas a fomentar los factores protectores dirigidos a la población general.

#### Indicadores

- N° de campañas destinadas a fomentar los factores protectores, en las que participa Salud Mental.

### Objetivo específico 6.2. Promoción y prevención en población con TMG o con riesgo de padecerlo

#### Actividades

6.2.1. Colaboración en la elaboración, implementación y desarrollo de la Estrategia de Atención Temprana, atendiendo especialmente al niño de 0 a 6 años, que aborde los Trastornos del Desarrollo.

#### Indicadores

- Colaboración en la Estrategia de Atención Temprana (Sí/No).

6.2.2. Desarrollo de intervenciones en Atención Primaria y en Salud Mental dirigidas a ofrecer apoyo a las familias que cuidan y atienden niños y adolescentes con enfermedades crónicas discapacitantes, para prevenir los problemas de salud mental que pudieran derivarse del desempeño de su rol.

#### Indicadores

- N° de familias con hijos con TMG atendidos para ayudar en el rol de cuidador.

6.2.3. Desarrollo de intervenciones en Atención Primaria y en Salud Mental dirigidas a ofrecer apoyo a niños y adolescentes con limitaciones secundarias a patología orgánica.

#### Indicadores

- N° de intervenciones realizadas con pacientes con patología orgánica.

6.2.4. Realización de actividades formativas dirigidas a orientadores escolares de Primaria, Secundaria y Bachillerato, trabajadores sociales y otras figuras significativas en el entorno del menor y familias de riesgo de presentar un TMG.

#### Indicadores

- Realización efectiva de al menos una actividad formativa, de ámbito autonómico, dirigida a orientadores escolares de Educación Primaria, Secundaria y Bachillerato, trabajadores sociales y otras figuras significativas en el entorno de familias de riesgo (Sí/No).

6.2.5. Intervenciones dirigidas a fomentar la integración y reducir el estigma de menores con enfermedad mentales, dirigidas a profesionales de la salud, de la comunicación, de la educación, de la judicatura, empresarios y agentes sociales, asociaciones de personas con trastornos mentales y sus familiares.

#### Indicadores

- N° de actividades formativas para los profesionales mencionados con objeto de reducir el estigma en personas con TMG.

6.2.6. Adecuación progresiva de recursos humanos y materiales a las necesidades particulares de los niños y adolescentes con trastornos mentales: necesidades de ocio, de relación, de ocupación y de participación, con respeto a su intimidad, su dignidad y libertad de movimientos.

#### Indicadores

- Mejora de recursos físicos y de oferta de espacios de ocio y tiempo libre para personas con TMG (Sí/No).

### Objetivo específico 7. Mejorar la formación de los profesionales implicados en la atención a los problemas de salud mental Infanto-Juvenil.

#### Indicadores

- N° de actividades formativas específicas sobre Salud Mental Infanto-Juvenil.

#### Actividades

7.1. Inclusión, en el Programa de Formación de Salud Mental, del área formativa en salud mental infanto-juvenil.

#### Indicadores

- Inclusión efectiva del área formativa en salud mental infanto-juvenil en el Programa de Formación de Salud Mental (Sí/No).

7.2. Desarrollo de acciones formativas y de sensibilización para profesionales y agentes de otras redes de atención Infanto-Juvenil (colectivos profesionales claves no sanitarios), tales como servicios sociales y educativos, en cuanto a promoción de la salud mental infanto-juvenil y detección precoz de trastornos en este grupo de edad.

#### Indicadores

- N° de acciones formativas conjuntas para profesionales que atienden a niños y adolescentes en riesgo de presentar problemas de salud mental (Sí/No).

### Objetivo específico 8. Promocionar la investigación en Psiquiatría y Psicología Clínica infanto juvenil

#### Indicadores

- N° de proyectos de investigación en curso.

#### Actividades

8.1. Disponer de adecuados sistemas de registro, evaluación y acceso a la información epidemiológica en la Red de Salud Mental infanto-juvenil.

#### Indicadores

- Disponibilidad de sistemas de registro adecuados en la Red de Salud Mental Infanto-juvenil (Sí/No).

## LÍNEA ESTRATÉGICA 5: ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE PERSONAS DE EDAD AVANZADA

### OBJETIVO GENERAL 1

Proporcionar una atención integral a las personas de edad avanzada con trastornos mentales y a sus cuidadores.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.1.** Establecer una adecuada coordinación entre la Red de Salud Mental y otros dispositivos asistenciales y sociales implicados en la atención a las personas de edad avanzada con trastornos mentales.

#### Actividades

- 1.1.1. Elaborar e implementar un protocolo de atención psicogeriátrica en las USM, centrado en los aspectos de coordinación con Atención Primaria, Neurología, Geriátrica y Servicios Sociosanitarios, que contemple la continuidad de cuidados de las personas de edad avanzada con trastornos mentales.

#### Indicadores

- Realización del protocolo de atención psicogeriátrica centrado en la coordinación (Sí/No).
- Porcentaje de USM donde se ha implantado y desarrollado efectivamente.

- 1.1.2. Identificar aquellos trastornos mentales y situaciones clínicas que deban ser priorizados, y realizar cuantas acciones sean necesarias para su priorización efectiva.

#### Indicadores

- Realización de análisis de trastornos mentales y situaciones clínicas que deban ser priorizadas (Sí/No).
- Puesta en marcha de acciones encaminadas a la priorización efectiva en las USM (Sí/No).

*Nota:* Sin perjuicio de posteriores análisis, el grupo de trabajo estima los siguientes trastornos mentales y situaciones clínicas como prioritarias: demencias, trastornos afectivos y ansiosos graves, trastornos psicóticos, trastornos mentales orgánicos, adicciones, comorbilidades, polifarmacia, riesgo suicida, víctimas de malos tratos y personas en situación de exclusión social.

- 1.1.3. Designar a un responsable de la implantación y seguimiento del protocolo de atención psicogeriátrica en todas las USM que dispongan al menos de dos psiquiatras en su organigrama.

#### Indicadores

- Nombramiento efectivo del responsable del protocolo de atención psicogeriátrica (Sí/No).

- 1.1.4. Realizar actividades asistenciales de enlace, en las USM donde esté implantado el protocolo de atención psicogeriátrica, con el personal técnico y auxiliar de los centros residenciales socio-sanitarios para mayores dependientes y centros de día, del área de cobertura de cada USM, realizando tareas de consulta y de apoyo y orientación en el desarrollo de medidas de promoción, prevención y atención a la Salud Mental de los/las residentes.

#### Indicadores

- Porcentaje de USM que participan en actividades asistenciales de enlace con centros residenciales para personas mayores.
- Nº de actividades asistenciales/año, diferenciadas según su naturaleza (contacto telefónico, telemático o visitas al centro residencial).

1.1.5. Establecer una cooperación asistencial con cada una de las cuatro consultas monográficas de Trastornos de la Memoria y Demencias existentes en Canarias.

#### Indicadores

- N° de psiquiatras integrados efectivamente en el organigrama asistencial de las consultas monográficas de Trastornos de la Memoria y Demencias de Canarias.
- N° de pacientes atendidos anualmente en estas consultas.

**Objetivo específico 1.2. Conocer y facilitar el acceso de las personas de edad avanzada con Trastornos Mentales Graves (TMG), a los recursos de atención domiciliaria, residencial y psicogeriatrica, así como al resto de dispositivos especializados de la Red de Salud Mental y de Drogodependencias.**

#### Indicadores

- Existencia de una guía de recursos socio-sanitarios específicos para personas de edad avanzada con trastornos mentales en Canarias.
- Existencia de un censo de acceso a recursos socio-sanitarios de las personas mayores diagnosticadas de TMG, con una actualización anual.
- Existencia de un censo de las necesidades socio-sanitarias de las personas mayores diagnosticadas de TMG, con una actualización anual.
- Porcentaje de uso de recursos alojativos en personas de edad avanzada con TMG que lo han requerido, durante el periodo de vigencia del Plan.
- Número de personas mayores de 65 años que no acceden a los diferentes recursos propios de la Red de Salud Mental y de drogodependencias, por motivo de su edad.

#### Actividades

1.2.1. Elaborar una guía de recursos socio-sanitarios específicos para personas de edad avanzada con trastornos mentales en Canarias.

#### Indicadores

- Elaboración de un censo de necesidades socio-sanitarias de las personas mayores diagnosticadas de TMG (Sí/No).
- Revisión anual del registro de necesidades socio-sanitarias de las personas mayores diagnosticadas de TMG (Sí/No).

1.2.2. Elaborar un censo de las necesidades en atención domiciliaria, residencial y psicogeriatrica de los mayores diagnosticados de TMG, tratados en las USM, y actualizarlo anualmente.

#### Indicadores

- Elaboración de un censo de necesidades socio-sanitarias de las personas mayores diagnosticadas de TMG (Sí/No).
- Revisión anual del registro de necesidades socio-sanitarias de las personas mayores diagnosticadas de TMG (Sí/No).

1.2.3. Crear un subprograma específico dentro del Programa Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP), con la dotación económica suficiente, que establezca la creación y gestión de los recursos socio-sanitarios necesarios para cubrir la demanda de alojamiento específico o atención domiciliaria destinado a personas de edad avanzada con TMG.

#### Indicadores

- Elaboración efectiva de un subprograma específico dentro del PIRP para las personas mayores con TMG (Sí/No).
- N° de personas beneficiarias de atención domiciliaria.
- N° de personas trasladadas a dispositivos específicos.

- 1.2.4. Facilitar el acceso de las personas mayores con trastornos mentales, sin límite de edad, a los dispositivos especializados de la Red de Salud Mental y de drogodependencias, siempre que cumplan los criterios clínicos de inclusión establecidos de cada uno de los dispositivos.

#### Indicadores

- Nº de personas mayores de 65 años que acceden a los diferentes recursos propios de la Red de Salud Mental y de Atención a las Drogodependencias.
- Nº de personas mayores de 65 años que no acceden a los diferentes recursos propios de la Red de Salud Mental y de Atención a las Drogodependencias, por motivo de su edad.

### Objetivo específico 1.3. Mejorar el diagnóstico y el tratamiento de las personas de edad avanzada con trastornos mentales.

#### Indicadores

- Disminución porcentual en los DHD (Dosis Diaria Definida por 1.000 habitantes y día) de ansiolíticos e hipnóticos en personas de edad avanzada, obtenido en el contexto de actividades de uso racional del medicamento.
- Reducción del tiempo de espera para el acceso a camas de Geriátrica en hospitales terciarios (Sí/No; variación porcentual).
- Porcentaje menor del 3% de la población de edad avanzada que esté sin diagnóstico, tras haber acudido tres consultas a una USM (Sí/No).

#### Actividades

- 1.3.1. Elaborar y difundir, en Atención Primaria y los Servicios de Urgencias, un documento sobre métodos de diagnóstico precoz de los trastornos psicogerítricos más prevalentes (depresión y demencia)

#### Indicadores

- Existencia de documento que recoja los métodos de detección precoz en Psicogeriatría (Sí/ No).
- Distribución efectiva del documento entre los médicos de Atención Primaria y Servicios de Urgencias (Sí/No).

- 1.3.2. Implementar un protocolo de vigilancia farmacológica en pacientes geriátricos, coordinado con el Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación y Atención Primaria, centrado en la polimedicación, las interacciones y los efectos secundarios de los psicofármacos.

#### Indicadores

- Existencia del protocolo de vigilancia farmacológica en pacientes geriátricos (Sí/No).
- Nº de personas incluidas en el protocolo de vigilancia farmacológica en pacientes geriátricos.
- Disminución de la DHD de benzodiazepinas e hipnóticos (Sí/No; variación porcentual).

- 1.3.3. Promover el acceso de las personas de edad avanzada tratadas en las USM a los tratamientos psicoterapéuticos.

#### Indicadores

- Incremento del número de personas mayores de 65 años que son tratados en las consultas de Psicología de las USM (Sí/No; variación porcentual).

- 1.3.4. Mejorar la atención sanitaria de los pacientes mayores hospitalizados con trastornos mentales, mediante el aumento de los recursos.

#### Indicadores

- Incremento del número de camas destinadas a Geriátrica en los hospitales terciarios de Canarias.

1.3.5. Mejorar la atención sanitaria de los pacientes mayores hospitalizados con trastornos mentales, mediante la mejora de la atención durante los ingresos.

#### Indicadores

- Elaboración y difusión de documento con recomendaciones sobre posibles especificidades de la población de edad avanzada, que deban tenerse en consideración durante los ingresos hospitalarios.

**Objetivo específico 1.4. Afianzar la relación entre la Red de Salud Mental y las asociaciones de personas con trastorno mental (incluyendo las demencias) y sus familiares, así como los centros sociales de atención a los mayores, promoviendo su participación en la elaboración de programas de atención psicogerítrica y su contribución en las actividades formativas que precisen.**

#### Indicadores

- Participación activa de las asociaciones en los programas de atención psicogerítrica (Sí/No).
- Realización de actividades formativas en el ámbito de la Psicogeriatría, por parte de profesionales de la red de Salud Mental, en las asociaciones y centros de mayores que lo demanden (Sí/No).

#### Actividades

1.4.1. Promover la participación de responsables de las asociaciones de personas con trastornos mentales (incluyendo las demencias) en la elaboración de programas de atención psicogerítrica.

#### Indicadores

- Participación de asociaciones en la elaboración o en la revisión de programas de atención psicogerítrica (Sí/No).
- Nº de asociaciones que han participado en la elaboración o en la revisión de programas de atención psicogerítrica.

1.4.2. Realizar actividades formativas específicas en Psicogeriatría (charlas, conferencias, talleres, mesas redondas y asesoramiento), que sean de interés para los miembros de las asociaciones y los centros de mayores, haciendo énfasis en la prevención, detección precoz y desestigmatización de las enfermedades mentales, manejo de las alteraciones conductuales y síntomas psiquiátricos, así como el fomento y la promoción del envejecimiento activo y saludable.

#### Indicadores

- Nº de actividades formativas/año impartidos en asociaciones de pacientes con TMG y familiares.
- Nº de actividades formativas/año impartidos en centros de mayores.

**Objetivo específico 1.5. Prestar apoyo a las personas del entorno familiar que actúan como cuidadores de personas mayores y habilitar recursos de respiro y tratamiento diurno.**

#### Indicadores

- Existencia de grupos de apoyo a cuidadores de personas de edad avanzada con enfermedades neuropsiquiátricas, en al menos el 75% de las USM.
- Existencia de un Hospital de Día para personas con trastornos psicogerítricos en ambas provincias.

#### Actividades

1.5.1. Crear un grupo psicoeducativo de apoyo a cuidadores de personas de edad avanzada con TMG, tratados en las USM.

#### Indicadores

- Porcentaje de USM cuyos cuidadores en su población de referencia reciben psicoeducación.

1.5.2. Habilitar un Hospital de Día específico para personas de edad avanzada con TMG en ambas provincias, en coordinación con las USM.

#### Indicadores

- Creación de dos Hospitales de Día para personas con trastornos psicogerítricos, uno en cada capital de provincia (Sí/No).

## OBJETIVO GENERAL 2

**Mejorar la formación en Psicogeriatría de los profesionales implicados en el tratamiento de las personas de edad avanzada con trastornos mentales, hasta lograr unas adecuadas competencias técnicas, relacionales y éticas, e impulsar la investigación en esta área de conocimiento.**

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 2.1. Potenciar la formación continuada en Psicogeriatría.**

#### Indicadores

- Aumento en el número de actividades formativas en psicogeriatría en Canarias (periodo previo al Plan vs. periodo de vigencia del Plan).

#### Actividades

2.1.1. Desarrollar la atención a la psicogeriatría en Canarias, en infraestructuras, recursos humanos, y aspectos funcionales, de forma que mejore la calidad de la formación en psicogeriatría, contemplada en los programas de formación de los residentes de salud mental.

#### Indicadores

- Nº de residentes formados en psicogeriatría.

2.1.2. Impartición de cursos de formación sobre temas del área de la psicogeriatría, dirigido a los profesionales de la red de salud mental, en ambas provincias, en el contexto del Programa de Formación en Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales.

#### Indicadores

- Número de cursos sobre el área de la psicogeriatría.
- Nº de profesionales que han recibido esta formación.

2.1.3. Impartición de cursos de formación sobre psicogeriatría, dirigido a facultativos de Atención Primaria, de residencias de mayores y otras especialidades médicas, así como personal de enfermería, en ambas provincias, cuyo contenido sea la detección precoz de los trastornos psicogerítricos más comunes, el manejo farmacológico y no farmacológico de las alteraciones conductuales y síntomas psiquiátricos de la demencia y el uso adecuado de los psicofármacos en el anciano.

#### Indicadores

- Realización efectiva de los cursos de formación (Sí/No).
- Nº de profesionales que han recibido esta formación.

2.1.4. Realizar formación dirigida a los profesionales de la Red de Salud Mental para la mejora del diagnóstico y tratamiento de los trastornos que acompañan al envejecimiento en personas con discapacidad intelectual, especialmente en el Síndrome de Down.

#### Indicadores

- Realización efectiva de los actividades formativas (Sí/No).
- Nº de profesionales que han recibido esta formación.

### Objetivo específico 2.2. Fomentar la investigación en el área de conocimiento de la Psicogeriatría.

#### Indicadores

- Incremento en número de publicaciones en psicogeriatría (Sí/No; incremento porcentual)
- Incremento en número de proyectos de investigación en curso, en área de psicogeriatría (Sí/No; incremento porcentual).

#### Actividades

2.2.1. Creación de un grupo de investigación en Psicogeriatría en el contexto del Programa de Investigación en Salud Mental del SCS, que pudiera realizar, no solo proyectos locales, sino en cooperación con otros grupos similares del resto de las Comunidades Autónomas.

#### Indicadores

- Creación de un grupo de investigación dedicado a la Psicogeriatría (Sí/No).
- Nº de profesionales adscritos al grupo de investigación.  
*Nota: se recomienda que el mínimo sea de tres participantes.*
- Nº de proyectos de investigación realizados.
- Nº de proyectos de investigación que han culminado en publicación.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 6: ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON PATOLOGÍA DUAL Y ADICCIONES

### OBJETIVO GENERAL

Proporcionar una atención integral a las personas con patología dual y adicciones, centrada en el usuario, y de forma coordinada entre las redes atención implicadas en el proceso terapéutico.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.** Disponer de un sistema de evaluación y registro asistencial que ayude a detectar las necesidades de las personas con comorbilidad de trastorno mental y trastorno por uso de sustancias (TUS) y permita realizar análisis e informes de la situación.

#### Indicadores

- Existencia de un registro específico para las personas con patología dual (PD) (Sí/No).
- Se dispone anualmente de un análisis de la situación en Canarias (Sí/No).

#### Actividades

- 1.1. Realizar un análisis de la situación de las personas con patología dual en Canarias, con periodicidad anual.

#### Indicadores

- Registro rutinario de la actividad asistencial (Sí/No).
- Realización anual del análisis de la situación en Canarias (Sí/No).

**Objetivo específico 2.** Desarrollar un programa específico para el abordaje terapéutico integral y coordinado entre la Red de Salud Mental y la Red de Atención a las Drogodependencias, de las personas con coexistencia de trastornos adictivos y TMG. Tal programa debe incluir al menos los siguientes aspectos:

#### Indicadores

- Existencia de un programa específico para patología dual en las redes de Salud Mental y Atención a las Drogodependencias (Sí/No).

**Objetivo específico 2.1.** Un Plan Terapéutico Individualizado (PTI) común a todos los dispositivos sanitarios y sociales que intervienen con esa persona.

#### Indicadores

- Aumento de un 20% anual en el porcentaje de personas con PD que tienen un PTI (Sí/No).

#### Actividades

- 2.1.1. Puesta en marcha de cuantas acciones sean necesarias para que se elabore un PTI tras la evaluación inicial de las personas con patología dual.

*Observaciones:* El paciente debe estar implicado en el proceso. El PTI estará integrado dentro del Programa de atención a personas con PD.

#### Indicadores

- Porcentaje de pacientes con patología dual para los que se ha realizado un PTI.

**Objetivo específico 2.2.** Recomendaciones para la detección precoz e intervención temprana en pacientes con trastorno de adicción y comorbilidad psiquiátrica grave.

#### Indicadores

- Existencia de tales recomendaciones (Sí/No).
- Número de dispositivos de las redes de salud mental y drogodependencias que siguen estas recomendaciones.

#### Actividades

2.2.1. Elaborar un documento con recomendaciones para la detección e intervención temprana en pacientes con trastorno adictivo y comorbilidad psiquiátrica grave.

#### Indicadores

- Realización del documento con recomendaciones para la detección e intervención temprana en pacientes con trastorno adictivo y comorbilidad psiquiátrica grave.

2.2.2. Promover la prevención, detección precoz e intervención temprana en TUS en pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Grave, mediante actividades de psicoeducación, individual o grupal, grupos en encuentro entre pacientes y profesionales, etc.

#### Indicadores

- Realización efectiva de actividades de prevención, detección precoz e intervención temprana (Sí/No).

### Objetivo específico 2.3. Subprograma de atención al paciente con patología dual dentro de los programas de rehabilitación psicosocial.

#### Indicadores

- Existencia de un subprograma de atención a la patología dual en los programas de rehabilitación psicosocial (Sí/No).

#### Actividades

2.3.1. Elaborar un subprograma de atención a la patología dual en los programas de rehabilitación psicosocial, preferentemente de carácter autónomo (Sí/No).

#### Indicadores

- Elaboración del subprograma, de carácter autónomo (Sí/No).
- Porcentaje de islas con programas de rehabilitación psicosocial, que cuentan con este subprograma.

2.3.2. Implementar las acciones contempladas en el subprograma de atención a la patología dual en los programas de rehabilitación.

#### Indicadores

- Implementación efectiva del subprograma (Sí/No).

### Objetivo específico 2.4. Prevención e intervenciones específicas para grupos identificados de mayor riesgo y vulnerabilidad frente a la patología dual (población reclusa, sin hogar, menores en situación de riesgo, etc.).

#### Indicadores

- Número de grupos de riesgo identificados en los que se han realizado intervenciones específicas con carácter anual.
- Nº de personas pertenecientes a estos grupos poblacionales más vulnerables a la patología dual atendidos de forma específica.

## Actividades

2.4.1. Desarrollar actividades de prevención de TUS en población infanto-juvenil identificada como vulnerable.

*Ejemplo de población vulnerable:* pacientes en seguimiento por Salud Mental Infanto-Juvenil, con antecedentes familiares de TMG, TUS, u otros trastornos mentales

*Ejemplos de tipos de actividades:* psicoeducación (individual o grupal), charlas, seminarios, grupos de encuentro pacientes, padres y profesionales, tanto en el ámbito sanitario como en los centros educativos.

## Indicadores

- Realización de actividades de prevención de TUS en población infanto-juvenil de riesgo (Sí/No).

2.4.2. Actividades de prevención de TUS en pacientes con TMG: actividades de psicoeducación, (individual o grupal), charlas, seminarios, grupos de encuentro entre pacientes y profesionales, etc.

## Indicadores

- Realización de actividades de prevención de TUS en personas con TMG (Sí/No).

2.4.3. Realizar intervenciones adaptadas para tratar la patología dual en poblaciones especialmente vulnerables.

## Indicadores

- Desarrollo de intervenciones que incluyan a las poblaciones especialmente vulnerables (p.ej: personas internadas en centros penitenciarios, sin hogar, inmigrantes, etc.) (Sí/No).

## Objetivo específico 2.5. Inserción social: Promocionar la inclusión comunitaria de los pacientes con trastornos adictivos y comorbilidad psiquiátrica grave.

## Indicadores

- Los programas de atención a la PD cuentan con proyectos de integración sociocomunitaria (Sí/No).

## Actividades

2.5.1. Desarrollar actividades de inclusión comunitaria de los pacientes con TUS y comorbilidad psiquiátrica grave, que favorezcan la comunicación entre agrupaciones o asociaciones de pacientes y familiares afectados.

## Indicadores

- Realización efectiva de actividades de inclusión comunitaria (Sí/No).

## Objetivo específico 3. Desarrollar la formación e investigación.

### Objetivo específico 3.1. Mejorar la formación de los profesionales ambas redes (Salud Mental y Atención a las Drogodependencias) y de otros profesionales sanitarios y sociales.

## Indicadores

- Existencia de contenidos específicos de formación en PD en el Programa de Formación en Salud Mental de Canarias.
- Número de actos formativos, jornadas, ponencias relacionadas con las adicciones y la PD.

## Actividades

3.1.1. Realizar actividades formativas dirigidas a profesionales de las redes de salud mental y de atención a las drogodependencias, en el contexto del Programa de Formación en Salud Mental de Canarias.

## Indicadores

- Número de actividades formativas relacionadas con las adicciones y la patología dual.
- Realización efectiva de al menos una actividad formativa sobre patología dual, de ámbito autonómico, dirigida a profesionales de otros ámbitos implicados, como Atención Primaria.

3.1.2. Integración de formación reglada de PD en el programa de los MIR, PIR y EIR.

## Indicadores

- Inclusión de la atención específica en patología dual y adicciones en los programas docentes MIR, PIR y EIR (Sí/No).

## Objetivo específico 3.2. Investigación: Fomentar la investigación en el campo de la patología dual y adicciones.

## Indicadores

- Establecimiento de un grupo de investigación en patología dual y adicciones (Sí/No).
- Número de proyectos de investigación desarrollados.
- Número de proyectos de investigación desarrollados y publicados.
- Número de proyectos de investigación que obtienen financiación.

## Actividades

3.2.1. Conformar un grupo de investigación que incluya profesionales de, al menos, las redes de salud mental y drogodependencias.

## Indicadores

- Establecimiento de un grupo de investigación en patología dual y adicciones (Sí/No).

3.2.2. Desarrollar investigaciones relevantes en el campo de la patología dual y adicciones.

## Indicadores

- Número de investigaciones desarrolladas sobre patología dual y adicciones.

## Objetivo específico 4. Mejorar la prevención en patología dual y adicciones.

## Indicadores

- Reducción de incidencia y prevalencia de patología dual y adicciones.

## Actividades

4.1. Desarrollar actividades de prevención de TUS en pacientes con Trastorno Mental Grave, tanto a nivel poblacional como directamente a los pacientes con TMG.

## Indicadores

- Número de dispositivos de las redes de Salud Mental y Atención a las Drogodependencias, que desarrollan actividades de prevención.
- Número de actividades de prevención de estas características, desarrolladas a nivel autonómico.

4.2. Proporcionar información básica a los pacientes con patología dual o adicciones, y a sus familiares sobre estos trastornos y los recursos y servicios disponibles en ambas redes.

#### Indicadores

- Realización de documento divulgativo con información básica y recursos disponibles (Sí/No).
- Distribución efectiva del documento (Sí/No).

**Objetivo específico 5. Mejorar la dotación en infraestructuras y/o el funcionamiento de los recursos disponibles para la atención a la patología dual en el contexto de un modelo de atención homogéneo en Canarias.**

#### Indicadores

- Mejora en dotación y/o funcionamiento para la atención a la patología dual (Sí/No).

#### Actividades

- 5.1. Realizar un análisis de resultados y coste-efectividad del programa de patología dual del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, con el fin de orientar a la conveniencia o no de su generalización en Canarias.

#### Indicadores

- Realización efectiva del análisis de resultados y coste-efectividad del programa (Sí/No).

- 5.2. Facilitar la implementación general y homogénea en Canarias del modelo de atención a la patología dual que muestre una efectividad y coste-efectividad más adecuadas.

#### Indicadores

- Realización de acciones facilitadoras de la implementación general y homogénea (Sí/No).

- 5.3. Realizar cuantas acciones sean necesarias para la mejora de la dotación en infraestructuras y/o el funcionamiento en la atención a la patología dual en el contexto de un modelo de atención homogéneo en Canarias.

#### Indicadores

- Realización de acciones necesarias (Sí/No).

## LÍNEA ESTRATÉGICA 7: REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

### OBJETIVO GENERAL 1

Atender a las necesidades de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) disponiendo de los dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial suficientes, asegurando la continuidad asistencial a través de una red integrada de servicios, con una adecuada distribución geográfica.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.1.** Disponer de un análisis periódico sobre las necesidades de dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial de las personas con trastorno mental grave en Canarias.

##### Indicadores

- Existencia del análisis de las necesidades en Canarias, con periodicidad anual (Sí/No).

##### Actividades

1.1.1. Actualización y cumplimentación de la ficha de necesidades de las personas con trastorno mental grave.

##### Indicadores

- Porcentaje de personas con TMG que tienen cumplimentada la ficha de necesidades.

1.1.2. Realización de un análisis detallado por áreas de salud, de las necesidades de dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial de las personas con trastorno mental grave en Canarias.

##### Indicadores

- Realización del análisis de las necesidades en Canarias con periodicidad anual (Sí/No).

**Objetivo específico 1.2.** Disponer de un Programa Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP) en todas las islas, atendiendo a su situación, particularidades y necesidades.

##### Indicadores

- Número de islas que cuentan con un Programa Insular de Rehabilitación Psicosocial.

##### Actividades

1.2.1. Constitución de grupo de trabajo para la elaboración del PIRP, coordinado por el responsable de cada PIRP.

##### Indicadores

- Número de islas en las que se configuró el grupo de trabajo (Sí/No).

1.2.2. Realización efectiva del Programa.

##### Indicadores

- Número de islas en las que se ha desarrollado y finalizado el PIRP.

**Objetivo específico 1.3.** Definir el número de plazas necesarias en cada área, los profesionales y sus competencias, la organización, coordinación, prestación de servicios y sistemas de información necesarios, con el fin de proporcionar con la mayor efectividad posible la variedad de programas y dispositivos de rehabilitación, adaptados a las diferentes realidades geográficas, garantizando el acceso de los usuarios mediante la indicación contenida en su plan individualizado de tratamiento, independientemente de su grado de dependencia.

#### Indicadores

- Definición del número de plazas necesarias en cada área, los profesionales y sus competencias, la organización, coordinación, prestación de servicios y sistemas de información necesarios (Sí/No).

#### Actividades

1.3.1. Elaboración de un documento con la definición de plazas necesarias en cada área, los profesionales y sus competencias, la organización, prestación de servicios, coordinación y sistemas de información necesarios.

#### Indicadores

- Elaboración efectiva del documento (Sí/No).

1.3.2. Coordinación y acuerdo con otras administraciones implicadas para que el acceso esté garantizado mediante la indicación contenida en el plan individualizado de tratamiento del usuario, independientemente de su grado de dependencia.

#### Indicadores

- Establecimiento de acuerdos entre administraciones (Servicio Canario de la Salud, Consejería de Empleo, Política Social y Vivienda, Cabildos Insulares) para garantizar el acceso según indicación del equipo de salud mental (Sí/No).

**Objetivo específico 1.4.** Disponer en todas las áreas, en colaboración con otras administraciones, de un abanico de recursos de alojamiento alternativo (pisos y plazas residenciales) con distinto nivel de apoyo, que aseguren la cobertura de alojamiento para las personas con trastorno mental grave que lo requieran, con una adecuada distribución geográfica.

#### Indicadores

- Nº de personas con trastorno mental grave que acceden a una plaza de alojamiento alternativo cada año.

#### Actividades

1.4.1. Puesta en marcha de las plazas de alojamientos (individuales, compartidos, hogares funcionales) necesarias, en colaboración con otras administraciones.

#### Indicadores

- Nº de plazas existentes de alojamiento en pisos y pensiones.

1.4.2. Puesta en marcha de las plazas de mini-residencias (de entre 15 y 30 plazas por residencia) necesarias, en colaboración con otras administraciones.

#### Indicadores

- Nº de plazas de alojamiento existentes en miniresidencias.

1.4.3. Puesta en marcha, en colaboración con otras administraciones, de plazas de mini-residencia para personas con TMG y necesidad de tercera persona.

#### Indicadores

- N° de plazas existentes en miniresidencias con necesidad de tercera persona.

1.4.4. Coordinación con los organismos específicos de la vivienda para facilitar el acceso a viviendas sociales y/o de bajo alquiler a personas con TMG.

#### Indicadores

- N° de plazas en viviendas sociales y/o de bajo alquiler creadas en coordinación con los organismos específicos de la vivienda para personas con TMG.

1.4.5. Coordinación con otras administraciones para disponer de plazas (10%) en las miniresidencias como recurso intermedio (posthospitalización) o de respiro familiar.

#### Indicadores

- N° de plazas en mini-residencias como recurso intermedio o posthospitalización.

1.4.6. Puesta en marcha de un servicio de teleasistencia en todos los pisos asistidos.

#### Indicadores

- N° de personas que reciben servicio de teleasistencia en las plazas de alojamiento.

**Objetivo específico 1.5. Proporcionar, en colaboración con otras administraciones, programas de rehabilitación psicosocial en dispositivos específicos (centros de rehabilitación psicosocial, centros de apoyo psicosocial) en todas las áreas, asegurando la continuidad asistencial.**

#### Indicadores

- N° de personas que acceden a programas de rehabilitación psicosocial en dispositivos específicos (centros de rehabilitación psicosocial, centros de apoyo psicosocial) cada año.

#### Actividades

1.5.1. Desarrollo de las plazas de rehabilitación psicosocial necesarias en colaboración con otras administraciones.

#### Indicadores

- Puesta en marcha de los dispositivos de rehabilitación específicos (Sí/No).

**Objetivo específico 1.6. Facilitar en todas las áreas el acceso a dispositivos de rehabilitación hospitalaria y de media estancia de aquellas personas con TMG que lo requieran.**

#### Indicadores

- Disminución del tiempo medio en lista de espera para plazas de rehabilitación hospitalaria y media estancia a lo largo de la vigencia del Plan (Sí/No).
- Disminución del tiempo medio desde el alta clínica al alta hospitalaria a lo largo de la vigencia del Plan (Sí/No).

#### Actividades

1.6.1. Incremento de las plazas de rehabilitación hospitalaria necesarias.

#### Indicadores

- N° de personas atendidas en dispositivos de rehabilitación hospitalaria cada año.

1.6.2. Optimización de las estancias hospitalarias en función de los objetivos propuestos.

#### Indicadores

- Tiempo medio desde el alta clínica al alta hospitalaria.

**Objetivo específico 1.7.** Potenciar la actividad de tratamiento asertivo comunitario en todas las áreas, adaptado a las diferentes realidades geográficas.

**Indicadores**

- N° de personas atendidas en programas de atención comunitaria cada año.

**Actividades**

1.7.1. Potenciación y creación de equipos de atención comunitaria (sea tipo TAC o de Case Management integrados en las USM) adaptados a las realidades geográficas de las islas.

**Indicadores**

- Porcentaje de USM que cuentan con la atención de equipos de atención comunitaria.

**Objetivo específico 1.8.** Promover, junto con otras administraciones, la creación de programas de apoyo domiciliario que fomenten la autonomía personal, la calidad de vida y la permanencia de las personas con TMG en el entorno en el que residen, asegurando la continuidad asistencial.

**Indicadores**

- N° de personas atendidas en atención domiciliaria cada año.

**Actividades**

1.8.1. Puesta en marcha en cada área de un programa de apoyo domiciliario.

**Indicadores**

- Puesta en marcha efectiva de un programa de atención de apoyo domiciliario en cada Área de salud (Sí/No).

**Objetivo específico 1.9.** Ofrecer, cuando exista indicación, intervenciones rehabilitadoras a las personas en las fases iniciales de un trastorno psicótico.

**Indicadores**

- N° de personas atendidas en dispositivos y programas de rehabilitación en los 5 primeros años tras el inicio de tratamiento.

**Actividades**

1.9.1. Puesta en marcha en cada dispositivo o programa de rehabilitación psicosocial de una programación específica para personas en las fases iniciales de un trastorno psicótico.

**Indicadores**

- Porcentaje de dispositivos o programas de rehabilitación psicosocial que cuentan con una programación específica para personas en las fases iniciales de un trastorno psicótico.

**Objetivo específico 1.10.** Desarrollar modalidades de atención para las poblaciones con TMG que presenten una mayor complejidad en su proceso asistencial y/o se encuentren en situación de riesgo de exclusión o dependencia (discapacidad intelectual; sin hogar; personas de edad avanzada; población reclusa).

**Indicadores**

- N° de personas atendidas en las distintas modalidades de atención cada año.

**Actividades**

1.10.1. Puesta en marcha, en colaboración con otras administraciones y Asociaciones, de un programa para mejorar la atención a las personas con discapacidad intelectual y TMG.

*Nota:* Se considera que el programa debería contener los siguientes elementos: apoyos personalizados, promoción de un entorno óptimo, dignidad de la persona, y prevención primaria y secundaria. Como modelo de intervención, se considera especialmente indicado el de Apoyo Conductual Positivo, sin que esta consideración tenga carácter restrictivo ni prescriptivo.

#### Indicadores

- Puesta en marcha efectiva de programa para atender a personas con discapacidad intelectual y TMG (Sí/No).

1.10.2. Puesta en marcha, en coordinación con servicios sociales y ONGs, de un programa para atender a las personas sin hogar con TMG.

#### Indicadores

- Puesta en marcha efectiva de programa para atender a personas sin hogar con TMG (Sí/No).

1.10.3. Proveer asistencia a los mayores con TMG en el recurso más conveniente, mediante la coordinación con otras administraciones y la agilización de traslados a centros sanitarios cuando haya indicación.

#### Indicadores

- Coordinación efectiva entre administraciones con tal fin (Sí/No).

1.10.4. Asegurar la asistencia a la población reclusa con TMG, mediante la coordinación necesaria con otras administraciones y el desarrollo e implementación de un subprograma específico.

#### Indicadores

- Desarrollo e implementación de subprograma para atender a población reclusa con TMG (Sí/No).

*Nota:* El subprograma de atención a la población reclusa con TMG se encuadra en el Programa de TMG en personas en situación o riesgo de exclusión social.

**Objetivo específico 1.11. Desarrollar intervenciones para fomentar el autocuidado de la salud y los hábitos saludables de las personas atendidas en los dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial, asegurando la coordinación y continuidad asistencial.**

#### Indicadores

- Nº de dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial que realizan intervenciones para fomentar los hábitos saludables de las personas con TMG.

#### Actividades

1.11.1. Puesta en marcha de intervenciones dirigidas a fomentar el autocuidado de la salud y los hábitos saludables en las personas atendidas en todos los programas y dispositivos de rehabilitación psicosocial.

#### Indicadores

- Realización efectiva de intervenciones dirigidas a fomentar hábitos saludables en las personas atendidas en los programas y dispositivos de rehabilitación psicosocial (Sí/No).

**Objetivo específico 1.12. Considerar la perspectiva de género en todos los dispositivos y programas de rehabilitación, mediante la detección, atención y adecuación de las intervenciones en rehabilitación a los aspectos relacionados con el género.**

#### Indicadores

- Porcentaje de dispositivos y programas de rehabilitación que disponen de actividades programadas en las que se tiene en cuenta la perspectiva de género.

#### Actividades

1.12.1. Puesta en marcha en los programas de alojamiento, de plazas para mujeres con TMG que puedan convivir con sus hijos.

#### Indicadores

- Puesta en marcha efectiva de plazas de alojamiento para madres que conviven con sus hijos (Sí/No).

1.12.2. Puesta en marcha de programas de habilidades de crianza para padres-madres con TMG que asisten a dispositivos y programas de rehabilitación.

#### Indicadores

- Puesta en marcha efectiva de programas de habilidades de crianza para padres-madres con TMG (Sí/No).

1.12.3. Puesta en marcha de programas de “mujer y salud mental” para mujeres con TMG que asisten a dispositivos y programas de rehabilitación.

#### Indicadores

- Puesta en marcha efectiva de programas de “mujer y salud mental” para mujeres con TMG (Sí/No).

1.12.4. Fomentar la formación en perspectiva de género y TMG de los profesionales de los dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial.

#### Indicadores

- Realización efectiva de al menos una actividad formativa al año en perspectiva de género y TMG de los profesionales de los dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial.

## OBJETIVO GENERAL 2

**Orientar hacia la recuperación la atención de las personas con TMG en los dispositivos y programas de rehabilitación, fomentando la participación y el empoderamiento, con respeto a los derechos humanos y asegurando la calidad asistencial.**

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 2.1. Fomentar la participación de familiares y reforzar el respaldo a las asociaciones de usuarios y familiares.**

#### Indicadores

- Nº de acciones conjuntas con asociaciones de usuarios y familiares.

#### Actividades

2.1.1. Puesta en marcha de actividades conjuntas con participación de asociaciones de familiares y usuarios.

#### Indicadores

- Realización efectiva de al menos una actividad conjunta al año (Sí/No).

**Objetivo específico 2.2. Mejorar la atención a las familias y cuidadores de las personas con TMG.**

#### Indicadores

- Nº de familias que participan en una intervención familiar reglada.

#### Actividades

2.2.1. Disponer en todos los dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial de programas de intervención familiar en formato unifamiliar y multifamiliar.

#### Indicadores

- Porcentaje de programas y dispositivos de rehabilitación que han puesto en marcha intervenciones familiares.

### **Objetivo específico 2.3. Promover la figura del “usuario experto” y la participación de los usuarios en todos los dispositivos y programas de rehabilitación.**

#### Indicadores

- Nº de actividades de formación de usuarios en autocuidados o apoyo mutuo.
- Nº de equipos y dispositivos de rehabilitación que incluyen la figura del usuario experto.

#### Actividades

2.3.1. Puesta en marcha de actividades de formación de usuarios en autocuidados y apoyo mutuo.

#### Indicadores

- Puesta en marcha efectiva de actividades de formación de usuarios en autocuidados y apoyo mutuo (Sí/No).

2.3.2. Incorporación de la figura del usuario experto dentro de los equipos de rehabilitación psicosocial.

#### Indicadores

- Incorporación efectiva de la figura del usuario experto dentro de los equipos de rehabilitación psicosocial (Sí/No).

2.3.3. Participación de las personas atendidas en los dispositivos y programas de rehabilitación en el diseño, planificación y evaluación de actividades.

#### Indicadores

- Participación efectiva de las personas atendidas en los dispositivos y programas de rehabilitación en el diseño, planificación y evaluación de actividades (Sí/No).

### **Objetivo específico 2.4. Fomentar la inserción laboral de las personas con TMG.**

#### Indicadores

- Nº de personas con TMG trabajando en empleo con apoyo.
- Nº de personas con TMG, atendidas en la Red de Salud Mental, trabajando en empleo normalizado.
- Nº de personas con TMG trabajando sobre las que se aplica la metodología de empleo con apoyo.
- Nº de personas con empleo de calidad.

*Nota:* Se entiende como empleo de calidad el que se mantiene en la empresa durante al menos 9 meses.

#### Actividades

2.4.1. Puesta en marcha de acciones de sensibilización en relación con la integración laboral de personas con TMG.

#### Indicadores

- Nº de acciones de sensibilización realizadas en relación con la integración laboral de personas con TMG.

2.4.2. Realización de convenios con otras administraciones públicas (Servicio Canario de Empleo, Cabildos, Ayuntamientos) así como entidades privadas que trabajan la inserción laboral de colectivos en riesgo de exclusión o discapacidad para aumentar la contratación de personas con TMG.

#### Indicadores

- Nº de Convenios formalizados con otras administraciones públicas.
- Nº de Convenios formalizados con entidades privadas que trabajan la inserción laboral de colectivos en riesgo de exclusión o discapacidad.
- Nº de acciones ejecutadas promovidas por la formalización de dichos convenios.

2.4.3. Implementación de acciones que potencien competencias laborales de las personas con TMG (formación, talleres prelaborales, etc.).

#### Indicadores

- Nº de acciones que potencien competencias laborales de las personas con TMG.
- Nº de participantes con TMG en acciones que potencien sus competencias laborales.

2.4.4. Puesta en marcha de acciones que fomenten los programas de empleo con apoyo.

#### Indicadores

- Nº de Convenios con otras administraciones públicas para el desarrollo de acciones que fomenten los programas de empleo con apoyo.
- Nº de Convenios con entidades privadas que trabajan la inserción laboral de colectivos en riesgo de exclusión o discapacidad para el desarrollo de acciones que fomenten los programas de empleo con apoyo.
- Nº de acciones desarrolladas que fomenten los programas de empleo con apoyo.

2.4.5. Recogida de demandas y necesidades en el área formativo-laboral en los Planes Individualizados de Rehabilitación de cada persona con TMG.

#### Indicadores

- Porcentaje de personas atendidas con TMG que tienen recogido en su Plan Individualizado de Rehabilitación sus demandas y necesidades en el área formativo-laboral.

**Objetivo específico 2.5. Garantizar una adecuada formación de todos los profesionales que intervienen en los programas y dispositivos de rehabilitación.**

#### Indicadores

- Nº de cursos realizados.
- Nº de profesionales que han realizado actividades formativas.
- Nº de actividades en las que han participado personas usuarias o familiares expertos.

#### Actividades

2.5.1. Aprobar en cada CIRPAC un itinerario formativo obligatorio en rehabilitación desde la perspectiva de la recuperación para todo el personal de los Centros y Servicios concertados con la Administración.

#### Indicadores

- Aprobación efectiva en cada CIRPAC del itinerario formativo (Sí/No).

2.5.2. Asegurar que se cumplan los objetivos formativos en rehabilitación de EIR, MIR, PIR.

#### Indicadores

- Cumplimiento efectivo de los programas en rehabilitación de EIR, MIR y PIR (Sí/No).

2.5.3. Incorporación de personas usuarias y familiares expertos en la formación.

#### Indicadores

- Incorporación efectiva de personas usuarias y familiares expertos en la formación (Sí/No).

2.5.4. Realización de actividades de formación continuada en intervenciones de reconocida eficacia en rehabilitación psicosocial y en derechos de las personas con discapacidad.

#### Indicadores

- Realización efectiva de al menos una actividad anual de formación en intervenciones de reconocida eficacia en rehabilitación psicosocial (Sí/No).
- Realización efectiva de al menos una actividad anual de formación en derechos de las personas con discapacidad (Sí/No).

2.5.5. Desarrollo de un programa formativo a voluntariado, específico en salud mental.

#### Indicadores

- Realización efectiva de al menos una actividad de formación a voluntariado específico en salud mental (Sí/No).

**Objetivo específico 2.6. Promover la aplicación de las nuevas tecnologías en la práctica asistencial y en la coordinación y comunicación entre administraciones, profesionales y dispositivos.**

#### Indicadores

- Nº de dispositivos con conectividad en red.

#### Actividades

2.6.1. Informatizar y disponer de conectividad de la red de rehabilitación con la red sanitaria general y especializada.

#### Indicadores

- Realización efectiva de la informatización y conexión (Sí/No).

**Objetivo específico 2.7. Asegurar la calidad de la atención en los programas y dispositivos de rehabilitación.**

#### Indicadores

- Porcentaje de personas atendidas con TMG con Planes Individualizados de Tratamiento.

#### Actividades

2.7.1. Realización de una Guía de recursos de rehabilitación, derechos y deberes.

#### Indicadores

- Realización efectiva de la Guía (Sí/No).

2.7.2. Realización de Planes Individualizados de Tratamiento en cada una de las Unidades de Salud Mental para cada uno de los pacientes con TMG, con perspectiva integral, teniendo en cuenta sus necesidades y contando con la colaboración de estos y su familia.

#### Indicadores

- Porcentaje de pacientes con TMG que cuentan con Planes Individualizados de Tratamiento.

2.7.3. Evaluación de satisfacción de los usuarios de los programas y dispositivos de rehabilitación con periodicidad bienal.

#### Indicadores

- Realización efectiva con periodicidad bienal de la evaluación de satisfacción y de resultados (Sí/No).
- Porcentaje de personas atendidas a las que se les ha evaluado satisfacción y resultados.

2.7.4. Evaluación de resultados de los programas y dispositivos de rehabilitación que incluya la calidad de vida y funcionalidad en todos los dispositivos y programas de rehabilitación con periodicidad bienal.

#### Indicadores

- Evaluación de resultados (Sí/No).

## LÍNEA ESTRATÉGICA 8: PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTIGMA

### OBJETIVO GENERAL

Prevención, reducción y erradicación del estigma, el autoestigma, la discriminación y la vulneración de derechos humanos en personas con trastornos mentales.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.** Disponer de un análisis de la situación periódico sobre el estigma (prejuicios y actitudes negativas), autoestigma y la discriminación (conductas reales) hacia personas con trastornos mentales en Canarias.

#### Indicadores

- Existencia de al menos un análisis de la situación en Canarias durante la vigencia del presente Plan de Salud Mental (Sí/No).

#### Actividades

- 1.1. Realización de encuesta/análisis de situación dirigida a colectivos clave sanitarios en relación a actitudes, creencias y conductas reales de discriminación sobre las personas con trastorno mental.

*Nota:*

Colectivos clave sanitarios: Red de Salud Mental, Red de Atención a las Drogodependencias, Atención Primaria, Emergencias (112) y Servicios de Urgencia hospitalarios y extra-hospitalarios.

Colectivos clave no sanitarios: trabajadores sociales, empresarios y sindicatos, fuerzas de orden público, justicia, medios de comunicación, partidos políticos, colegios profesionales y educación.

#### Indicadores

- Realización de al menos una encuesta a colectivos clave sanitarios (Sí/No).

- 1.2. Realización de encuesta/análisis de situación dirigida a colectivos clave no sanitarios en relación a actitudes, creencias y conductas reales de discriminación sobre las personas con trastornos mentales.

#### Indicadores

- Realización de al menos una encuesta a colectivos clave no sanitarios (Sí/No).

- 1.3. Realización de encuesta/análisis de situación dirigida a personas con trastornos mentales y sus familiares en relación a experiencias de estigmatización y discriminación.

#### Indicadores

- Realización de al menos una encuesta a personas con trastornos mentales y sus familiares (Sí/No).

- 1.4. Realización, publicación y divulgación de informes detallados con las conclusiones de las encuestas realizadas y propuestas de intervención con base a los datos recogidos.

#### Indicadores

- Realización de un informe de situación basado en las encuestas realizadas (Sí/No).

**Objetivo específico 2. Realizar acciones de sensibilización y concienciación en la población general que promuevan una actitud positiva y normalizada hacia las personas con trastornos mentales.**

**Indicadores**

- Reducción del estigma y discriminación percibida por el colectivo de salud mental y sus familiares (Sí/No).

**Actividades**

- 2.1. Realizar campañas especializadas de divulgación dirigidas a la población general, centradas en transmitir la realidad actual de las personas con trastornos mentales y las posibilidades reales de recuperación, tratamiento e integración social, potencialidades y derechos.

**Indicadores**

- Realización efectiva de al menos una campaña sobre el estigma en las personas con trastornos mentales, dirigida a la población general (Si/No).

- 2.2. Realizar actividades de sensibilización, divulgación y visibilización del colectivo, propiciando el contacto social de la población general con las personas con trastornos mentales y fomentando la participación directa de éstas en la planificación y desarrollo de dichas actuaciones de prevención y lucha contra el estigma.

**Indicadores**

- Realización efectiva de al menos una actividad anual de sensibilización, divulgación y visualización del colectivo, en la que se propicie el contacto entre la población general y personas con trastorno mental (Sí/No).

**Objetivo específico 3. Formar y sensibilizar a colectivos clave sanitarios sobre trastornos mentales y estigma:**

**Colectivos clave sanitarios: Red de Salud Mental, red de Atención a las Drogodependencias, Atención Primaria, Emergencias (112) y Servicios de Urgencia hospitalarios y extra-hospitalarios.**

**Indicadores**

- Al menos una acción formativa en cada uno de colectivos considerados clave dentro del ámbito sanitario.
- Número de acciones formativas sobre reducción del estigma y derechos en la práctica asistencial en dispositivos de Salud Mental.
- Nº sesiones bibliográficas en dispositivos de Salud Mental e interinstitucionales (Atención Primaria-Salud Mental) que aborden directamente el tema derechos humanos y salud mental.
- Número de acciones formativas que incluyan la participación de usuarios expertos.

**Actividades**

- 3.1. Realizar intervenciones formativas y de sensibilización dirigidas a profesionales sanitarios: Red de Salud Mental, red de atención a la drogodependencias, Atención Primaria, Emergencias (112) y Servicios de Urgencia hospitalarios y extra-hospitalarios.

**Indicadores**

- Porcentaje de sectores sanitarios descritos en los que se ha realizado al menos una actividad formativa, de ámbito autonómico.

3.2. Incorporar contenidos sobre derechos humanos y salud mental, abordaje del estigma y autoestigma y enfoque de recuperación a los residentes en salud mental.

#### Indicadores

- Realización efectiva de al menos una actividad formativa a los residentes en salud mental que incluyan contenidos sobre derechos humanos, abordaje del estigma y autoestigma y enfoque de recuperación en Salud Mental (Sí/No).

**Objetivo específico 4. Formar y sensibilizar a colectivos clave no sanitarios (trabajadores sociales, empresarios, fuerzas de orden público, justicia, medios de comunicación, colegios profesionales, sindicatos, partidos políticos, ONGs y ámbito educativo).**

#### Indicadores

- Número de acciones formativas impartidas a estos colectivos clave no sanitarios.
- Número de acciones que incluyan a usuarios expertos.

#### Actividades

4.1. Realizar intervenciones formativas y de sensibilización dirigidas a colectivos clave no sanitarios: trabajadores sociales, empresarios, fuerzas del orden público, justicia, medios de comunicación, colegios profesionales, sindicatos, partidos políticos, ONGs y ámbito educativo (colegios e institutos), promoviendo la participación en esas actuaciones, siempre que sea posible, de personas con trastornos mentales (usuarios expertos).

#### Indicadores

- Porcentaje de colectivos clave no sanitarios descritos para los que se ha realizado al menos una actividad formativa, de ámbito autonómico.

4.2. Difusión de Guías de sensibilización y Buenas Prácticas en Salud Mental dirigidas a los profesionales de los medios de comunicación.

#### Indicadores

- Implementación en Canarias de directrices de Buena Práctica en el tratamiento de noticias e información relacionada con los trastornos mentales (Sí/No).

**Objetivo específico 5. Prevención y disminución del autoestigma en personas con trastorno mental en la Red de Salud Mental.**

#### Actividades

5.1. Realización de actividades de atención al autoestigma en todos los recursos de la Red de Salud Mental (que abarquen la prevención y evaluación del autoestigma, el fomento del desarrollo personal y del proyecto vital individual, con especial atención a aquellas que padezcan un trastorno mental grave).

#### Indicadores

- Número de acciones puestas en marcha con el objetivo de disminuir el autoestigma.

**Objetivo específico 6. Garantizar una práctica profesional que promueva la participación y el empoderamiento de las personas con trastornos mentales en su proceso de tratamiento y de recuperación, que respete los derechos humanos y su desarrollo personal individual.**

#### Indicadores

- Mejoría de la satisfacción de los usuarios con los servicios de Salud Mental (Sí/No).
- Mejoría de la satisfacción de los usuarios con los servicios de Salud Mental, en los aspectos relacionados con la participación en el proceso terapéutico (Sí/No).

## Actividades

- 6.1. Elaborar una encuesta de satisfacción única para la Red de Salud Mental de Canarias, para cada uno de los dispositivos de la red.

## Indicadores

- Realización efectiva de encuesta de satisfacción única para cada tipo de dispositivo (Sí/No).

- 6.2. Elaborar un documento sobre los aspectos éticos y legales en Salud mental y abordaje del estigma, que se difundirá en el ámbito del Servicio Canario de la Salud, dirigido a todos los profesionales sanitarios y no sanitarios relacionados con la atención a personas con trastornos mentales.

## Indicadores

- Realización y difusión efectiva entre los profesionales sanitarios y no sanitarios del sistema sanitario de una guía sobre los aspectos éticos y legales en Salud Mental y abordaje del estigma (Sí/No).

- 6.3. Realización de actividades formativas dirigidas a los profesionales de la Red de Salud Mental para que incluyan como eje de la atención en salud mental la toma de decisiones compartidas, el uso del consentimiento y la planificación anticipada de decisiones, con el objetivo de favorecer la autonomía, el empoderamiento, la participación y la protección de los derechos de los usuarios, evitando medidas de sobreprotección y coerción.

## Indicadores

- Realización efectiva de, al menos una actividad formativa, de ámbito autonómico, dirigida a profesionales de la Red de Salud Mental (Sí/No).

- 6.4. Inclusión en la historia clínica de salud mental de documentos específicos para el registro de decisiones anticipadas de tratamiento y designación de un representante para actuar de interlocutor en situaciones de crisis.

## Indicadores

- Realización efectiva de la inclusión en la historia clínica en salud mental de documentos específicos para el registro de decisiones anticipadas y designación de representante para actuar de interlocutor en situaciones de crisis (Sí/No).

- 6.5. Elaborar un documento de acogida que incluya información sobre los aspectos funcionales de los dispositivos de salud mental disponibles, la Carta de Derechos y Deberes de las personas usuarias y el procedimiento de quejas y reclamaciones.

## Indicadores

- Realización de un documento de acogida (Sí/No).
- Implementación del documento de acogida (Sí/No).

- 6.6. Adecuación de los protocolos de atención en los Servicios de Urgencias para evitar la discriminación de las personas con trastornos mentales, mediante la evaluación y revisión junto con los Servicios hospitalarios y extrahospitalarios implicados de los procedimientos de atención en Urgencias.

## Indicadores

- Realización de una actualización en los protocolos de atención en urgencias a las personas con trastornos mentales (Sí/No).

- 6.7. Implantación de sistemas de evaluación de satisfacción y de detección de necesidades y expectativas en los Servicios de Salud Mental.

#### Indicadores

- Realización de una evaluación de satisfacción anual por parte de los usuarios de los servicios de salud mental (Sí/No).

6.8. Desarrollo de Programas de Ayuda Mutua y entrenamiento en Usuario Experto dirigidos a personas con trastornos mentales (común y grave), desde los dispositivos de Salud Mental.

#### Indicadores

- Realización efectiva de al menos un programa de Ayuda Mutua por Área de salud, priorizando a las personas con Trastorno Mental Grave.

6.9. Diseño, implantación y evaluación de acciones destinadas a disminuir las medidas coercitivas y situaciones de asimetrías de poder en el ámbito de los servicios de atención a la salud mental, tendiendo a su desaparición.

#### Indicadores

- Existencia de un registro de contenciones y de situaciones de aislamiento en cada servicio, que incluya una justificación por escrito de las medidas adoptadas.

6.10. Participación efectiva de las personas con trastorno mental en sus planes individualizados de tratamiento, rehabilitación y recuperación.

#### Indicadores

- Porcentaje de dispositivos que trabajan con planes individualizados donde participen los usuarios.

6.11. Incorporación de la figura de Usuario Experto a los Servicios de Salud Mental.

#### Indicadores

- Incorporación efectiva del Usuario Experto a los Servicios de Salud Mental, al menos uno, en cada área de Salud (Sí/No).

### **Objetivo específico 7. Realizar acciones de carácter preventivo y reducción y erradicación del estigma en el entorno familiar de las personas con trastornos mentales.**

#### Indicadores

- Reducción del estigma familiar y mejoría de la aceptación y fomento de la autonomía de las personas con trastornos mentales (Sí/No).

#### Actividades

7.1. Impulsar la participación de los movimientos de familiares y personas afectadas.

#### Indicadores

- Al menos una reunión anual de coordinación con las asociaciones de familiares a nivel autonómico (Sí/No).

7.2. Implementar grupos de psicoeducación familiar e intervenciones unifamiliares en los que se aborde el estigma y el autoestigma de familiares y personas afectadas.

#### Indicadores

- Incremento de la realización de programas de psicoeducación familiar grupal puestos en marcha en diferentes dispositivos de Salud mental, así como del abordaje unifamiliar.  
*Periodo temporal:* años de vigencia del plan vs. años previos al plan.

**Objetivo específico 8. Disminuir la discriminación social que sufren las personas con trastornos mentales en diferentes contextos de su vida y fomentar y promover su inclusión social.**

**Indicadores**

- Existencia de programas orientados específicamente a la inclusión social, de ámbito autonómico.

**Actividades**

- 8.1.** Incrementar recursos específicos de Rehabilitación Psicosocial orientados a la inclusión social de las personas con trastornos mentales graves, sobre todo en las islas menores.

**Indicadores**

- Mejora del porcentaje de ajuste a las recomendaciones internacionales y nacionales en relación a la ratio entre recursos de Rehabilitación Psicosocial y población (Sí/No).

- 8.2.** Coordinación y colaboración con programas orientados a la inclusión social desarrollados por asociaciones de personas usuarias, asociaciones de familiares, ONGs, Ayuntamientos y otras instituciones implicadas.

**Indicadores**

- Participación en al menos un programa llevado a cabo por otras instituciones (Sí/No).

- 8.3.** Favorecer y potenciar programas de Apoyo al Empleo en los dispositivos de Salud mental.

**Indicadores**

- Incremento y potenciación de programas de Apoyo al Empleo con diversificación de opciones formativo-laborales (Sí/No).
- Incremento en el número usuarios beneficiarios de estos programas de Apoyo al Empleo (Sí/No; porcentaje).

- 8.4.** Favorecer y potenciar programas de Alojamiento Alternativo.

**Indicadores**

- Incremento y potenciación de programas de Alojamiento Alternativo con diversificación de opciones alojativas (Sí/No).
- Incremento en el número usuarios beneficiarios de estos programas de Alojamiento Alternativo (Sí/No; porcentaje).
- Disminución listas de espera para el acceso a los Programas de Alojamiento Alternativo (Sí/No).

- 8.5.** Garantizar la evaluación adecuada de las personas con Trastorno Mental Grave en la Ley de Dependencia.

**Indicadores**

- Incremento en el número personas con trastorno mental grave con valoración de dependencia (Sí/No; porcentaje).
- Número reuniones de coordinación entre Salud Mental y el Equipo de Valoración de Dependencia.

- 8.6.** Garantizar el acceso a una prestación económica que garantice un modo de vida digna.

**Indicadores**

- Reducción en el número personas atendidas sin ingresos económicos. (Sí/No; porcentaje).
- Número de personas a las que se les inicia el trámite para acceder a una prestación económica desde los dispositivos de Salud Mental.

**Objetivo específico 9.** Promover la participación de Asociaciones de personas con trastorno mental y Asociaciones de familiares de personas con trastorno mental en los órganos sanitarios y sociosanitarios.

**Indicadores**

- Participación efectiva de las Asociaciones de personas con trastorno mental y Asociaciones de familiares de personas con trastorno mental en los órganos sanitarios y sociosanitarios (Sí/No).

**Actividades**

- 9.1. Inclusión de las Asociaciones de personas con trastorno mental y Asociaciones de familiares de personas con trastorno mental en el diseño, planificación y evaluación de las políticas de salud mental que les afecten así como en grupos de trabajo de los servicios de Salud Mental.

**Indicadores**

- Inclusión efectiva de representantes de Asociaciones de personas con trastorno mental y Asociaciones de familiares de personas con trastorno mental en la planificación y evaluación de las políticas de Salud Mental en el ámbito autonómico (Sí/No).
- Inclusión efectiva de representantes de Asociaciones de personas con trastorno mental y Asociaciones de familiares de personas con trastorno mental en grupos y comisiones de trabajo de los Servicios de Salud Mental (Sí/No).

## LÍNEA ESTRATÉGICA 9: SALUD MENTAL Y GÉNERO

### OBJETIVO GENERAL

Incorporar la perspectiva de género en la promoción de la salud mental, prevención, detección precoz, actividad asistencial, formación e investigación.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.** Desarrollar actividades de prevención y promoción de la salud mental en el contexto de la perspectiva de género.

#### Actividades

- 1.1. Incluir la perspectiva de género en el “Programa comunitario de promoción de los factores de protección de la salud mental en Canarias”.

#### Indicadores

- Inclusión efectiva de la perspectiva de género en el programa (Sí/No).

- 1.2. Incluir la perspectiva de “salud mental y género” en la página web sobre pautas a seguir para la prevención y promoción de la salud mental.

#### Indicadores

- Inclusión efectiva de la perspectiva de “salud mental y género” en la página web (Sí/No).

- 1.3. Incluir la perspectiva de “salud mental y género” en cuantas Estrategias, Planes o Programas de ámbito autonómico se realicen sobre “prevención o promoción de la salud y género”.

#### Indicadores

- Porcentaje de Estrategias, Planes o Programas de ámbito autonómico sobre “género y prevención o promoción de la salud” en Canarias, en que se incluye la perspectiva de “salud mental y género”.

**Objetivo específico 2.** Diseño e implantación de un programa de atención a la mujer con trastorno mental grave en el embarazo, parto y puerperio.

#### Actividades

- 2.1. Constituir un grupo de trabajo multidisciplinar, coordinado por la DGPPAA, para la elaboración del programa de atención a la mujer con trastorno mental grave en el embarazo, parto y puerperio.

*Nota:* El programa debe incluir, además del enfoque asistencial nuclear, un análisis de la situación específico y proveer indicadores para la futura evaluación de su correcta implementación.

#### Indicadores

- Constitución efectiva del grupo de trabajo (Sí/No).
- Elaboración del programa (Sí/No).

- 2.2. Difusión e implementación del programa de atención a la mujer con trastorno mental grave en el embarazo, parto y puerperio en Canarias.

#### Indicadores

- Difusión e implementación del programa (Sí/No).

**Objetivo específico 3. Mejorar la detección de las mujeres con trastorno mental que han sufrido violencia de género, la estén sufriendo, o estén en situación de riesgo.**

#### Actividades

- 3.1. Difundir en las redes de Salud Mental y de Atención Primaria documentos y/o directrices que se consideren de referencia, que contengan orientaciones prácticas para su incorporación a la entrevista clínica, cuya finalidad sea la detección precoz de violencia de género.

#### Indicadores

- Selección de directrices y/o documentos de referencia (Sí/No).
- Difusión en las redes de Salud Mental y de Atención Primaria (Sí/No).

- 3.2. Inclusión en la historia clínica electrónica de un apartado para el registro de información sobre una posible situación de violencia de género.

#### Indicadores

- Inclusión efectiva de tal apartado en la HCE (Sí/No).

- 3.3. Desarrollar un documento que incluya criterios de valoración de situaciones de riesgo, criterios de derivación preferente/urgente a USM de mujeres víctimas de violencia de género.

#### Indicadores

- Desarrollo del documento (Sí/No).

##### Notas:

- El documento debe elaborarse por un grupo de trabajo que incluya profesionales de Salud Mental, Atención Primaria y Atención Especializada.
- El documento debe incluir aquellas situaciones de mayor gravedad y contextos de mayor vulnerabilidad, como la agresión sexual con violación, trastorno mental, intentos de suicidio, etc.
- El contenido del documento debe estar en consonancia con el Protocolo Interinstitucional de atención a las víctimas de violencia de género.

- 3.4. Desarrollar un análisis de las necesidades de las mujeres víctimas de violencia de género, en materia de atención psicológica, vías de derivación y coordinación interinstitucional.

##### Notas:

- El documento debe elaborarse por un grupo de trabajo que incluya los servicios y/o recursos especializados de atención a víctimas de violencia de género, Dispositivo de Emergencia para Mujeres Agredidas (DEMA) y centros de acogida.
- Debe prestarse especial consideración, tanto en el análisis de necesidades como en las actividades, a los colectivos de mujeres más vulnerables, como es el caso de las mujeres con discapacidad intelectual. Para el análisis y el desarrollo de actividades se trabajará de forma coordinada con el movimiento asociativo representante de las mismas.

#### Indicadores

- Desarrollo del análisis de necesidades (Sí/No).

**Objetivo específico 4. Mejorar la formación y fomentar la investigación en materia de salud mental y género.**

#### Indicadores

- Inclusión de la perspectiva de género y salud mental en el Programa de Formación en Salud Mental en Canarias (Sí/No).

- Incremento en el número de actividades formativas dedicadas a salud mental y género (Sí/No) Periodo temporal: años de vigencia del plan vs. años previos al plan.
- Incremento en el número de actividades formativas que incluyen el área temática de salud mental y género (Sí/No) Periodo temporal: años de vigencia del plan vs. años previos al plan (Sí/No).
- Incremento en el número de investigaciones en materia de salud mental y género (Sí/No).

#### Actividades

- 4.1. Integrar la perspectiva de género y salud mental en el Programa de Formación en Salud Mental en Canarias.

#### Indicadores

- Inclusión efectiva de la perspectiva de género y salud mental en el Programa de Formación en Salud Mental en Canarias (Sí/No).

- 4.2. Desarrollar actividades formativas sobre género y salud mental, y atención biopsicosocial.

#### Indicadores

- Número de actividades formativas específicas sobre género y salud mental.
- Número de actividades formativas específicas que incluyan la perspectiva de género y salud mental.

- 4.3. Incluir en la formación continua del personal sanitario aspectos sobre prevención, detección precoz, tratamiento, recursos y actividades en materia de violencia de género.

*Nota:* la formación incluirá también la relativa a colectivos especialmente vulnerables como es el caso de mujeres con discapacidad intelectual o del desarrollo, y otros que puedan estimarse.

#### Indicadores

- Número de actividades formativas que incluyen estos aspectos.

- 4.4. Realizar actividades formativas y de sensibilización dirigidas a los profesionales sanitarios sobre la atención a las personas trans y a los menores valorados o susceptibles de ser valorados por identidad de género.

#### Indicadores

- Número de actividades formativas que incluyen estos aspectos.

- 4.5. Realizar actividades informativas y de sensibilización dirigidas a profesionales de los centros docentes, sobre la atención que presta el SCS a las personas trans y a los menores valorados o susceptibles de ser valorados por identidad de género.

#### Indicadores

- Realización efectiva de actividades de información y sensibilización de estas características (Sí/No).

- 4.6. Realizar investigaciones sobre salud mental y género.

#### Indicadores

- Número de investigaciones sobre salud mental y género.

- 4.7. Incorporar análisis por sexo en las investigaciones de salud mental.

#### Indicadores

- Porcentaje de investigaciones de salud mental que incluyen análisis por sexo.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 10: COORDINACIÓN

### 10.1. COORDINACIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO

#### OBJETIVO GENERAL

Garantizar el acceso a los Servicios Sociosanitarios de las personas con enfermedad mental estableciendo un marco de cooperación entre los agentes implicados.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.** Consolidar los mecanismos de coordinación mediante las estructuras y órganos existentes de participación y planificación (COMASAM, CIRPAC) y operativas (PIRP) implicadas en la coordinación sociosanitaria del área de Salud Mental.

##### Indicadores

- Establecimiento de acuerdos y compromisos interinstitucionales (SCS, Educación, Política Social, Justicia) (Sí/No).
- Funcionamiento óptimo de los órganos y estructuras implicadas (COMASAM, CIRPAC, PIRP).
- Establecimiento de acuerdos y compromisos interinstitucionales (SCS, Educación, Empleo, Justicia) (Sí/No).

##### Actividades

- 1.1. Actividad óptima y conforme a lo establecido en las respectivas reglamentaciones, de los órganos y estructuras implicadas (COMASAM, CIRPAC, PIRP).

##### Indicadores

- Cumplimiento con lo establecido en la normativa pertinente a la COMASAM, CIRPAC y PIRP (Sí/No).

- 1.2. Elaboración de procedimientos para el seguimiento de los organismos intervinientes.

##### Indicadores

- Realización efectiva de procedimientos para el seguimiento de los organismos intervinientes. (Sí/No).

- 1.3. Elaborar un documento que refleje los mecanismos de coordinación interinstitucional establecidos.

##### Indicadores

- Elaboración efectiva de un documento de mecanismos de coordinación interinstitucional establecidos (Sí/No).

- 1.4. Definir los mecanismos a través de los cuales llegarán las propuestas de todos los agentes participantes.

##### Indicadores

- Desarrollo efectivo de mecanismos a través de los cuales llegarán las propuestas de todos los agentes participantes (Sí/No).

- 1.5. Establecer normativas y acuerdos para la regulación de las distintas relaciones del espacio sociosanitario.

##### Indicadores

- Realización efectiva de normativas o acuerdos para la regulación de las distintas relaciones del espacio sanitario (Sí/No).

## 1.6. Elaborar una guía de recursos y funcionamiento del espacio sociosanitario.

### Indicadores

- Elaboración de una Guía de recursos y funcionamiento del Espacio Socio Sanitario, que recoja en su conjunto el entramado de relaciones intersectoriales, públicas y privadas que estructuran la situación actual y real de los usuarios (Sí/No).

### Objetivo específico 2. Establecer criterios de acceso y cartera común de prestaciones sociosanitarias para personas con TMG.

### Indicadores

- Definición de criterios de acceso, prestaciones, programas y servicios sociosanitarios para personas con TMG (Sí/No).

### Actividades

- 2.1. Elaboración de perfil de pacientes con TMG beneficiarios de las prestaciones, programas y servicios sociosanitarios.

### Indicadores

- Elaboración de perfil de pacientes con TMG beneficiarios de las prestaciones, programas y servicios sociosanitarios (Sí/No).

- 2.2. Establecimiento de reuniones de coordinación entre profesionales que intervienen en el área sociosanitaria.

### Indicadores

- Establecimiento efectivo de reuniones de coordinación entre profesionales que intervienen en el área sociosanitaria (Sí/No).

### Objetivo específico 3. Delimitar las funciones del responsable del PIRP.

### Indicadores

- Delimitación de las funciones del responsable del PIRP (Sí/No).

### Actividades

- 3.1. Desarrollo de cuantas acciones sean necesarias para la delimitación de las funciones del responsable del PIRP.

### Indicadores

- Desarrollo de acciones necesarias (Sí/No).

### Objetivo específico 4. Definir la coordinación operativa en la gestión de acceso a las plazas sociosanitarias.

### Indicadores

- Definición de la coordinación operativa en la gestión de acceso a las plazas sociosanitarias. (Sí/No).

### Actividades

- 4.1. Desarrollo de cuantas acciones sean necesarias para la coordinación operativa en la gestión de acceso a las plazas sociosanitarias.

### Indicadores

- Desarrollo de acciones necesarias (Sí/No).

**Objetivo específico 5.** Definir los niveles de apoyos sociosanitarios adaptados a las necesidades de los pacientes, prevaleciendo los entornos naturales de proximidad, comunitarios, diurnos, red de alojamientos y residenciales con criterios de rehabilitación psicosocial.

**Indicadores**

- Definición efectiva de los niveles de apoyos sociosanitarios adaptados a las necesidades de los pacientes (Sí/No).

**Actividades**

- 5.1. Elaboración de la cartera de prestaciones del sector social y sector sanitario, que incluya las competencias respectivas de cada uno de los actores que intervienen en el proceso de atención de los usuarios y familiares.

**Indicadores**

- Elaboración de la cartera de prestaciones (Sí/No).

- 5.2. Elaboración interdisciplinar de mapas de procesos.

**Indicadores**

- Realización efectiva de mapas de Procesos por dispositivo (Sí/No).

**Objetivo específico 6.** Considerar la perspectiva de género en el acceso a los dispositivos sociosanitarios (maternidad, maltrato, exclusión social).

**Indicadores**

- Establecimiento efectivo de criterios compensadores de situaciones de riesgo desde perspectiva de género (Sí/No).

**Actividades**

- 6.1. Realización de guía de criterios compensadores de situaciones de riesgo desde perspectiva de género.

**Indicadores**

- Realización efectiva de una guía de indicadores de situaciones de riesgo (Sí/No).

**Objetivo específico 7.** Potenciar la participación y apoyo a las Asociaciones de Familiares y Usuarios especialmente mediante el desarrollo de líneas psicoeducativas y antiestigma.

**Indicadores**

- Número de acciones en las que se produce la participación de Asociaciones de Familiares y Usuarios.

**Actividades**

- 7.1. Elaboración de Manual para los usuarios sobre los recursos sociosanitarios de salud mental.

**Indicadores**

- Realización efectiva de Manual para los usuarios sobre los recursos sociosanitarios de salud mental (Sí/No).

- 7.2. Desarrollo de acciones formativas (jornadas, seminarios, congresos, etc) que favorezcan encuentros entre profesionales de los ámbitos sanitarios, sociales, asociaciones y usuarios.

**Indicadores**

- Número de actividades formativas con estas características.

**Objetivo específico 8. Desarrollo de procedimientos de coordinación sociosanitaria y gestión integrada que garanticen la atención integral.**

**Actividades**

8.1. Promover la creación de normativas y convenios para la regulación de las distintas relaciones del espacio sanitario con el sociosanitario.

**Indicadores**

- Número de normativas y convenios para la regulación de las distintas relaciones del espacio sanitario con el sociosanitario.

8.2. Elaborar una Guía Práctica del Espacio Socio Sanitario que incluya el entramado de relaciones intersectoriales, públicas y privadas que estructuran la situación actual.

**Indicadores**

- Elaboración efectiva de la Guía (Sí/No).

8.3. Identificar necesidades de comunicación entre los distintos profesionales que intervienen en el espacio socio sanitario.

**Indicadores**

- Identificación efectiva de las necesidades de comunicación (Sí/No).

8.4. Formalizar los canales de comunicación mediante la implantación de un patrón de reuniones periódicas de los profesionales implicados en el proceso de atención socio sanitaria.

**Indicadores**

- Establecimiento de patrón de reuniones periódicas (Sí/No).

8.5. Realización de memoria anual por parte de los espacios sanitario y sociosanitario, de actividades realizadas para la consecución de objetivos.

**Indicadores**

- Realización efectiva de memoria anual (Sí/No).

8.6. Identificar los datos mínimos que deben registrarse en el proceso de atención sociosanitaria.

**Indicadores**

- Identificación de tales datos mínimos (Sí/No).

8.7. Elaborar un informe de análisis de datos del proceso de atención sociosanitaria.

**Indicadores**

- Elaboración efectiva del informe de análisis de datos (Sí/No).

8.8. Elaborar documentos de autorización de tratamiento de datos en la atención sociosanitaria.

**Indicadores**

- Realización efectiva de documento de autorizaciones de tratamiento de datos (Sí/No).

8.9. Disponer de una herramienta informática que permita la recogida de estos datos y el acceso a ellos para cualquier consulta, su análisis y desarrollo de indicadores.

**Indicadores**

- Disponibilidad de herramienta informática para la recogida de estos datos (Sí/No).

8.10. Establecer herramientas comunes de Gestión por procesos y Gestión de casos.

#### Indicadores

- Utilización de herramientas comunes de Gestión por procesos y Gestión de casos (Sí/No).

8.11. Establecer acuerdos de confidencialidad de datos con empresas prestadoras de servicios dependientes del PIRP.

#### Indicadores

- Establecimiento de acuerdos de confidencialidad de datos (Sí/No).

8.12. Establecer las medidas necesarias para que la recogida y tratamiento de datos sociosanitarios se produzca solo en el contexto de una autorización previa por parte del paciente (o representante legal).

#### Indicadores

- Establecimiento efectivo de medidas (Sí/No).

8.13. Priorizar el acceso a los recursos sociosanitarios mediante la definición de criterios consensuados.

#### Indicadores

- Establecimiento efectivo de criterios de priorización para los procesos asistenciales (Sí/No).

8.14. Realización de mesas de trabajo intersectorial.

#### Indicadores

- Realización efectiva de mesas de trabajo intersectorial (Sí/No).

**Objetivo específico 9. Generar modelos de buenas prácticas, calidad asistencial, información, participación y defensa de derechos en los dispositivos sociosanitarios.**

#### Actividades

9.1. Elaboración de una guía de buenas prácticas de actuación en el ámbito sociosanitario.

#### Indicadores

- Realización efectiva de guía de buenas prácticas (Sí/No).

**Objetivo específico 10. Asegurar la continuidad asistencial a pacientes en riesgo de exclusión social.**

#### Indicadores

- Disminución en el número de pacientes en situación de exclusión social, sin continuidad asistencial (Sí/No; porcentaje).

#### Actividades

10.1. Coordinación con Servicios Sociales municipales y entidades que atienden a colectivos en riesgo de exclusión social.

#### Indicadores

- Número de reuniones con los Servicios Sociales municipales.
- Número de reuniones con entidades que atienden a colectivos en riesgo de exclusión social.

10.2. Coordinación con los servicios de tratamiento de los Centros Penitenciarios.

#### Indicadores

- Número de reuniones con los servicios de tratamiento de los Centros Penitenciarios.

10.3. Elaboración de mapa de procesos de recursos relativos a justicia.

#### Indicadores

- Elaboración efectiva de mapas de procesos de recursos relativos a justicia (Sí/No).

10.4. Definir los recursos y servicios relativos a justicia, seguridad, apoyo legal y turno de oficio.

#### Indicadores

- Definición de los recursos y servicios (Sí/No).

10.5. Definir los recursos específicos de integración para personas con trastorno mental que obtengan permisos o cumplimientos de condena.

#### Indicadores

- Definición de los recursos específicos (Sí/No).

**Objetivo específico 11. Acordar un informe de indicación por parte de los equipos de las Unidades de Salud Mental para el acceso y homologación de plazas sociosanitarias para personas con TMG.**

#### Indicadores

- Elaboración de informe de indicación sociosanitaria individualizado consensuado entre los equipos Sanitarios y S. Dependencia (Sí/No).

#### Actividades

11.1. Conformar un grupo de trabajo interprofesional e interadministrativo que formalice el modelo de informe para los Planes individuales de tratamiento (PIT) y Programas individuales de atención (PIA).

#### Indicadores

- Conformación del grupo de trabajo (Sí/No).

11.2. Consensuar un instrumento compartido que armonice los Planes individuales de tratamiento (PIT) del Servicio de Atención a la Dependencia y Programas individuales de atención (PIA).

#### Indicadores

- Instrumento compartido consensuado (Sí/No).

## 10.2. COORDINACIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y JUSTICIA

### OBJETIVO GENERAL

Establecer mecanismos de coordinación entre el Servicio Canario de la Salud con los órganos de Justicia, fuerzas del orden público, instituciones penitenciarias y centros de medidas judiciales de menores, que permitan llevar a cabo medidas e intervenciones de forma consensuada y coherente para los fines específicos de todas las partes, en aras de la calidad y eficiencia.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.** Disponer de acuerdos entre el Servicio Canario de la Salud y los órganos de Justicia y fuerzas de orden público en cuanto a los procedimientos operativos que deben seguirse en aquellas personas en situación de involuntariedad, haya sido ordenada por los órganos judiciales o indicada por un facultativo.

*Nota:* La situación de involuntariedad incluye tanto los ingresos involuntarios como cualquier otra medida de restricción de la libertad, en contra de los deseos de las personas (por ejemplo, contención física).

#### Actividades

1.1. Crear un grupo de trabajo intersectorial entre el Servicio Canario de la Salud, los órganos de Justicia ubicados en Canarias, las fuerzas de orden público e Instituciones Penitenciarias y Centros de medidas judiciales de menores.

*Nota:* Este grupo de trabajo debería contar con representantes de, al menos, las siguientes instancias.

- Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales.
- Servicios de Psiquiatría.
- 112.
- Servicios de Urgencia.
- Atención Primaria.
- Órganos de Justicia.
- Fuerzas de orden público.
- Instituciones Penitenciarias y Centros de medidas judiciales de menores.

#### Indicadores

- Constitución efectiva del grupo de trabajo (Sí/No).

1.2. Elaboración de documento de directrices consensuadas de actuación en personas que requieren evaluación y/o tratamiento sanitario, en situación de involuntariedad, y los traslados que estas situaciones impliquen.

*Nota:* Este documento de directrices debería incluir, al menos, procedimientos concernientes a las siguientes situaciones.

- Procedimiento operativo respecto a personas para las que se decreta autorización judicial
- Procedimiento operativo respecto a personas para las que decreta orden judicial
- Procedimiento operativo respecto a personas para las que un facultativo lo indica, sea de Salud Mental o de cualquier otra especialidad de Medicina, según criterio clínico y al amparo del marco jurídico existente.

Además del detalle de cada fase del procedimiento, deberá contener los siguientes elementos:

- Delimitación de funciones y responsabilidades de cada una de las partes implicadas.
- Mecanismos de coordinación y comunicación entre las diferentes partes.

#### Indicadores

- Elaboración de documento de directrices consensuadas (Sí/No).

#### 1.3. Difusión del documento de directrices consensuadas entre los sectores implicados.

*Nota:* La difusión debe realizarse con un alcance autonómico en el seno de cada uno de los sectores implicados: Servicio Canario de la Salud, Justicia, Fuerzas de orden público, Instituciones penitenciarias y Centros de medidas judiciales de menores.

**Objetivo específico 2. Establecer un seguimiento periódico de las posibles incidencias en los procedimientos que se siguen en aquellas personas en situación de involuntariedad, encaminado a la identificación de problemas y establecimiento de medidas para corregirlas.**

#### Actividades

#### 2.1. Desarrollar un sistema de recogida de datos sobre el número de personas que son objeto de procedimientos en situación de involuntariedad, por causa de salud mental, e incidencias durante estos.

*Nota:* se considerarán incidencias todas aquellas situaciones en las que no se cumplan las directrices consensuadas para estos procedimientos, o bien aquellas que, aún encuadrándose en los procedimientos establecidos, se consideren como tales a juicio facultativo.

#### Indicadores

- Desarrollo de sistema de recogida de datos (Sí/No).

#### 2.2. Evaluar periódicamente el número de procedimientos con involuntariedad debido a causas de salud mental y las incidencias en Canarias.

*Nota:* la evaluación corresponderá a la Dirección General de Programas Asistenciales.

#### Indicadores

- Evaluación periódica (anual) del número de procedimientos e incidencias (Sí/No).

#### 2.3. Evaluar periódicamente las incidencias concernientes a los procedimientos con involuntariedad debido a causas de salud mental.

#### Indicadores

- Realización de análisis cualitativo de las incidencias concernientes a los procedimientos con involuntariedad debido a causas de salud mental (Sí/No).

#### 2.4. Puesta en marcha de acciones de mejora necesarias.

*Nota:* las acciones necesarias se derivarán del análisis de incidencias.

#### Indicadores

- Puesta en marcha de acciones de mejora (Sí/No).

**Objetivo específico 3.** Implementar un modelo colaborativo y consensuado entre Salud Mental, órganos de Justicia, instituciones penitenciarias y centros de medidas judiciales de menores, para la atención a las personas con trastorno mental, sometidas a algún tipo de medida penal (medidas de internamiento, restricción de libertad o medidas de control ambulatorio).

#### Actividades

- 3.1. Crear un grupo de trabajo intersectorial entre el Servicio Canario de la Salud, los órganos de Justicia ubicados en Canarias, Instituciones Penitenciarias y la Dirección General de Protección a la Infancia y Familia.

#### Indicadores

- Creación del grupo de trabajo (Sí/No).

- 3.2. Diseñar e implementar un programa de atención a la salud mental para aquellas personas sometidas a medidas penales (medidas de internamiento, restricción de libertad o medidas de control ambulatorio), con el fin de prestar una atención de calidad y con la continuidad de cuidados necesaria.

#### Indicadores

- Elaboración del programa (Sí/No).
- Implementación del programa (Sí/No).

**Objetivo específico 4.** Desarrollar los criterios y las líneas de actuación clínico-legales relativas a los procesos de incapacitación en personas con Trastorno Mental Grave que así lo requieran.

#### Actividades

- 4.1. Elaboración de una Guía sobre los criterios y las líneas de actuación clínico-legales relativas a los procesos de incapacitación de personas con Trastorno Mental Grave que así lo requieran.

#### Indicadores

- Existencia de un grupo de trabajo con representantes de Salud Mental y el ámbito Judicial para la elaboración de la Guía (Sí/No).
- Elaboración de la Guía (Sí/No).
- Difusión de la guía (Sí/No).
- Implementación de la guía (Sí/No).

### 10.3. COORDINACIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

#### OBJETIVO GENERAL

**Mejorar la Coordinación entre los profesionales de Salud Mental y Atención Primaria, mediante un modelo consensuado y homogéneo en Canarias.**

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.** Mejora de la coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental en términos de homogeneidad, frecuencia, calidad, accesibilidad compartida a la información clínica y aprovechamiento de las nuevas tecnologías.

##### Indicadores

- Mejora de los canales de comunicación para la coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental tanto en calidad como en homogeneidad (Sí/No).
- Mejora en la calidad de las derivaciones o interconsultas de Atención Primaria a Salud Mental (Sí/No).
- Mejora de la calidad de las respuestas de Salud Mental a Atención Primaria.

##### Actividades

- 1.1. Unificar y oficializar los criterios de derivación de Atención Primaria a Salud Mental en Canarias, mediante un consenso entre ambos sectores.

##### Indicadores

- Creación de documento único y consensuado de criterios de derivación entre AP y SM en Canarias (Sí/No).
- 1.2. Unificar en Canarias el criterio temporal adscrito a las derivaciones o interconsultas de carácter preferente y normal. Unificar en Canarias el dispositivo asistencial más adecuado para la atención a las interconsultas o derivaciones urgentes desde Atención Primaria, de pacientes en seguimiento en alguna USMC, con historia de seguimiento previo en USMC, o sin ella.

##### Indicadores

- Unificación del criterio temporal adscrito a las interconsultas o derivaciones preferente y normal (Sí/No).
- Unificación del dispositivo asistencial más adecuado para la atención a las interconsultas o derivaciones urgentes desde Atención Primaria, de pacientes en seguimiento en alguna USMC, con historia de seguimiento previo en USMC, o sin ella (Sí/No).

- 1.3. Crear e implantar un modelo único específico de interconsultas o derivaciones entre Atención Primaria y Salud Mental, que facilite y promueva la cumplimentación de aspectos imprescindibles.

##### Indicadores

- Creación de modelo específico de interconsulta o derivación (Sí/No).

- 1.4. Crear un cuestionario dirigido a los profesionales de Atención Primaria, sobre la calidad de las respuestas de las USM a las interconsultas o derivaciones, tanto sobre denegadas como las aceptadas, y aplicarlo de forma homogénea y completa en Canarias.

##### Indicadores

- Desarrollo del cuestionario de calidad (Sí/No).
- Aplicación del cuestionario en Canarias (Sí/No).

- 1.5. Crear un cuestionario dirigido a los profesionales de las USM, sobre la calidad de las interconsultas de Atención Primaria, tanto en adecuación a criterios de derivación como en calidad (principalmente información proporcionada y adecuación de esta), y aplicarlo de forma homogénea y completa en Canarias.

#### Indicadores

- Desarrollo del cuestionario de calidad (Sí/No).
- Aplicación del cuestionario en Canarias (Sí/No).

- 1.6. Evaluar de forma periódica la percepción de los profesionales de las USM y centros de AP de Canarias sobre la calidad de las interconsultas o derivaciones y de las respuestas a estas, con el fin de identificar problemas y desarrollar las acciones de mejora pertinentes.

#### Indicadores

- Evaluación periódica de la percepción de los profesionales de AP sobre la calidad de las respuestas de las USM (Sí/No).
- Evaluación periódica de la percepción de los profesionales de las USM sobre la calidad de las interconsultas o derivaciones de AP (Sí/No).
- Puesta en marcha de acciones de mejora (Sí/No).

*Nota:* se estima conveniente una periodicidad al menos anual.

- 1.7. Establecer un formato digital único para las interconsultas o derivaciones entre Atención Primaria y Salud Mental en Canarias.

#### Indicadores

- Porcentaje de Interconsultas o derivaciones en formato digital.

- 1.8. Fomentar la realización de consultorías (virtuales o presenciales) entre Salud Mental y Atención Primaria, con la periodicidad acordada entre ambos sectores en cada pareja de dispositivos (USMC-AP), según sus especificidades y necesidades.

#### Indicadores

- Porcentaje de USMC que realizan consultorías con AP.
- Porcentaje de USMC que realizan consultorías con AP, en el marco de una periodicidad regular y acordada entre ambos dispositivos.

- 1.9. Crear una línea de comunicación telemática y bidireccional entre profesionales de ambos sectores.

#### Indicadores

- Creación de línea de comunicación telemática y bidireccional entre profesionales de ambos sectores (Sí/No).

**Objetivo específico 2. Favorecer la mejora de la formación en salud mental de los profesionales de Atención Primaria, mediante una coordinación adecuada entre SM y AP para el diseño e implementación de las acciones formativas de salud mental dirigidas a AP.**

#### Indicadores

- Coordinación entre SM y AP para el diseño e implementación de la formación en salud mental dirigida a AP (Sí/No).

#### Actividades

- 2.1. Incluir en el Programa de Formación en Salud Mental una sección dedicada a la formación dirigida a Atención Primaria.

#### Indicadores

- Inclusión efectiva en el Programa de Formación en Salud Mental, de una sección dedicada a la formación dirigida a Atención Primaria (Sí/No).

2.2. Evaluar las necesidades formativas de los profesionales de Atención Primaria.

#### Indicadores

- Evaluación de las necesidades formativas de los profesionales de Atención Primaria (ámbito autonómico) (Sí/No).

2.3. Desarrollar la programación formativa dirigida a Atención Primaria teniendo en cuenta las necesidades formativas expresadas por Atención Primaria y las estimadas por Salud Mental.

#### Indicadores

- Establecimiento de programación formativa dirigida a Atención Primaria en función de necesidades expresadas y/o detectadas por ambos sectores (Sí/No).

## 10.4. COORDINACIÓN ENTRE DISPOSITIVOS EN LA RED DE SALUD MENTAL

### OBJETIVO GENERAL

Establecer las vías, elementos y mecanismos de coordinación intrainstitucional, de tal forma que se facilite la continuidad asistencial, aumente la consistencia de las actuaciones y redunde en una mayor efectividad y eficiencia del sistema.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.** Avanzar en el desarrollo de mecanismos eficaces de coordinación y cooperación a nivel intrainstitucional que garanticen la atención integral de las personas con trastornos mentales.

#### Actividades

- 1.1. Elaborar e implementar procedimientos de derivación vía electrónica entre los dispositivos de la Red de Salud Mental, con el fin de agilizar los circuitos y el intercambio de información.

#### Indicadores

- Establecimiento de procedimientos de derivación entre dispositivos vía electrónica (Sí/No).
- Número de derivaciones entre dispositivos de la Red de Salud Mental, realizadas de forma telemática.

- 1.2. Ampliación y actualización continua del mapa sectorizado de los distintos dispositivos de la Red de Salud Mental acorde a la distribución geográfica de la población.

#### Indicadores

- Disponibilidad de un mapa sectorizado completo y actualizado (Sí/No).

- 1.3. Trabajar mediante equipos multidisciplinares y articular mecanismos específicos para garantizar las reuniones de equipo, como elemento articulador básico para el funcionamiento sinérgico del equipo multidisciplinar.

#### Indicadores

- Número de reuniones mensuales de equipo en cada dispositivo de Salud Mental.

- 1.4. Elaborar y/o actualizar manuales de funcionamiento en cada uno de los dispositivos de la Red de Salud Mental.

#### Indicadores

- Establecimiento de manuales de funcionamiento en cada uno de los dispositivos de la Red de Salud Mental (Sí/No).
- Número de dispositivos de la Red de Salud Mental con plan funcional.

- 1.5. Elaborar un documento único sobre los criterios de derivación entre los dispositivos de la Red de Salud Mental.

#### Indicadores

- Realización efectiva del documento único sobre criterios de derivación entre los dispositivos de la Red de Salud Mental (Sí/No).

- 1.6. Implantar de forma plena y generalizada la Historia Clínica Electrónica única en la Estación Clínica de Salud Mental, conectada con Atención Primaria y con otras áreas sanitarias, como elemento básico para la mejora de la transmisión de información clínica, y por ende, para la coordinación de todos los profesionales que actúan sobre un mismo caso.

#### Indicadores

- Establecimiento de la Historia Clínica Electrónica Única en todos los dispositivos de Salud Mental (Sí/No).
- Porcentaje de pacientes atendidos en la Red de Salud Mental que cuentan con HCE única.

1.7. Establecimiento de procesos de mejora continua de la coordinación basado en la evidencia existente, resultados obtenidos y procesos de benchmarking.

#### Indicadores

- Existencia de un sistema de recogida de sugerencias de mejora (Sí/No).
- Procesos de evaluación y benchmarking anuales o plurianuales con otras Redes de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Sí/No).
- Número de dificultades detectadas resultantes de la coordinación en cada dispositivo y entre dispositivos.
- Evaluación de las dificultades y puesta en marcha de acciones correctoras (Sí/No).
- Evaluación anual o plurianual de la evidencia disponible en materia de coordinación, para la posible integración de medidas de mejora (Sí/No).

## 10.5. COORDINACIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y LA RED DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

### OBJETIVO GENERAL

Mejorar la coordinación entre los dispositivos de Salud Mental y los dispositivos pertenecientes a la Red de Atención a las Drogodependencias, mediante la implantación de un modelo efectivo y homogéneo en Canarias.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.** Establecer directrices de coordinación entre las redes de Salud Mental y Atención a las Drogodependencias, de forma consensuada.

#### Indicadores

- Existencia de directrices de coordinación entre ambas redes (Sí/No).

#### Actividades

- 1.1. Creación de un grupo de trabajo conformado por profesionales de ambas redes para el desarrollo de las directrices operativas de coordinación.

#### Indicadores

- Constitución efectiva del grupo de trabajo (Sí/No).
- Creación del documento de directrices de coordinación entre ambas redes (Sí/No).
- Difusión entre los profesionales de ambas redes (Sí/No).

- 1.2. Incluir en los protocolos de atención a la patología dual directrices operativas de coordinación entre ambas redes, que puedan establecer particularidades o especificaciones necesarias, respecto a las directrices generales de coordinación que se establezcan.

#### Indicadores

- Inclusión en protocolos de atención a la patología dual, de directrices operativas de coordinación entre ambas redes (Sí/No).

**Objetivo específico 2.** Establecimiento de canales de comunicación tecnológicos efectivos, de fácil uso y accesibilidad entre ambas redes.

#### Indicadores

- Existencia de un canal de comunicación tecnológico entre ambas redes (Sí/No).

#### Actividades

- 2.1. Fomentar el uso de nuevas tecnologías que redunden en una mejora de la coordinación entre ambas redes.

#### Indicadores

- Número de islas en las que se ha incorporado al menos una nueva modalidad de coordinación entre ambas redes mediante nuevas tecnologías.
- Incorporación de al menos una nueva modalidad de coordinación entre ambas redes mediante nuevas tecnologías, con carácter autonómico (Sí/No).

- 2.2. Crear un entorno virtual que facilite la coordinación de profesionales de ambas redes.

*Nota:* El entorno virtual debería ser accesible a los profesionales de ambas redes, de utilización diaria, con posibilidad de comunicación dirigida personalizada, con notificaciones de mensajes, y que cumpla con la Ley de protección de datos y demás legislación vigente.

#### Indicadores

- Creación efectiva del entorno virtual de coordinación (Sí/No).

#### Objetivo específico 3. Facilitación y homogeneidad de la transmisión de la información clínica entre ambas redes.

#### Indicadores

- Establecimiento consensuado de documentos de derivación y coordinación entre ambas redes (Sí/No).

#### Actividades

- 3.1. Establecer un documento de derivación bidireccional normalizado entre ambas redes.

#### Indicadores

- Redacción efectiva y consensuada de documento de derivación y coordinación normalizado (Sí/No).

#### Objetivo específico 4. Establecimiento del consultor de Salud Mental en la red de atención a las Drogodependencias.

#### Indicadores

- Creación de la figura de consultor de salud mental en la Red de Atención a las Drogodependencias en la Comunidad (Sí/No).
- Número de islas en las que se ha implantado la figura de consultor de salud mental en la Red de Atención a las Drogodependencias.

#### Actividades

- 4.1. Realizar cuantas acciones sean necesarias para el establecimiento de la figura del consultor de Salud Mental en la red de atención a las drogodependencias, con carácter autonómico.

*Nota:* Los objetivos y funciones propuestas son el asesoramiento en casos clínicos, el desarrollo de actividades de formación continuada e implementación de actividades de prevención y promoción de la salud mental. La periodicidad propuesta es mensual.

#### Indicadores

- Desarrollo de acciones necesarias para la creación de la figura de consultor (Sí/No).
- Media del número de reuniones anuales de consultoría realizadas.

## 10.6. COORDINACIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

### OBJETIVO GENERAL

**Implantar un modelo común de coordinación entre salud mental y otras especialidades médicas que resulte efectivo, eficiente y de calidad.**

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.** Disponer de Unidades Funcionales de Interconsulta y enlace (UFIE) de Salud Mental en todos los Hospitales del Servicio Canario de la Salud para la prevención, evaluación, detección y tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica asociada a la patología médica, cuya cartera de servicios sea lo más homogénea posible.

#### Indicadores

- Existencia de Unidades Funcionales de Interconsulta y Enlace (UFIE) en todos los Hospitales del Servicio Canario de la Salud (Sí/No).

#### Actividades

- 1.1. Realizar un análisis de la situación sobre las Unidades Funcionales de Interconsulta y Enlace (UFIE), que incluya profesionales que las integran, actividad asistencial y cartera de servicios.

#### Indicadores

- Existencia del análisis de la situación de las UFIE en Canarias (Sí/No).
- Número de psiquiatras, psicólogos clínicos y enfermeros pertenecientes a las UFIE.
- Número de interconsultas realizadas al año (evaluación inicial y seguimiento), agrupadas por Servicios.

- 1.2. Analizar la demanda de otras especialidades médicas a los Servicio de Psiquiatría en Canarias, ya sea de pacientes hospitalizados o ambulatorios.

*Nota:* Hasta la actualidad, las áreas para las cuales se han instaurado consultas específicas en diferentes UFIE, debido a la mayor demanda y complejidad, han sido:

- Atención psicológica y psiquiátrica a los pacientes oncológicos y a sus familiares.
- Evaluación e intervención psicológica de los pacientes en espera de cirugía bariátrica.
- Valoración psicopatológica de los pacientes en espera de ser sometidos a trasplante de hígado, pulmón o cualquier otro trasplante de donante vivo.
- Valoración psicológica y psiquiátrica de las personas transexuales (previa a iniciar tratamiento hormonal y/o someterse a intervenciones quirúrgicas) y seguimiento.
- Valoración e intervención psicológica con pacientes que han sufrido patología cardíaca isquémica.
- Valoración e intervención en pacientes con diagnóstico reciente de dermatitis crónicas.
- Valoración e intervención psicológica en patologías neurológicas graves (ELA, Lesionados medulares, enfermedades neurodegenerativas).
- Valoración neuropsicológica a demanda del Servicio correspondiente.

#### Indicadores

- Análisis de la demanda a los Servicios de Psiquiatría (Sí/No).

- 1.3. Analizar las diferencias entre las carteras de servicios de las diferentes UFIE y realizar acciones encaminadas a la homogeneización en Canarias, siempre que estas diferencias no se estén justificadas por diferencias geográficas de morbilidad asistida.

#### Indicadores

- Análisis de las diferencias en cartera de servicios de las UFIE de Canarias (Sí/No).
- Cambios efectivos en las carteras de servicios de las UFIE, encaminadas a la homogeneización (Sí/No).

**Objetivo específico 2. Realizar un análisis de las interconsultas hospitalarias y ambulatorias realizadas por las especialidades médicas a Salud Mental, y adecuar las actividades de prevención e intervención a las características de la demanda.**

#### Indicadores

- Existencia de análisis de interconsultas (Sí/No).

#### Actividades

2.1. Analizar la demanda recibida por parte de las distintas especialidades médicas en cuanto a número de peticiones, vía de solicitud, motivos principales de consulta y tipo de prioridad asistencial solicitada.

#### Indicadores

- Análisis de la demanda de otras especialidades médicas (Sí/No).

2.2. Realizar nuevas acciones de prevención y/o intervención de forma acorde a las características de la demanda de otras especialidades médicas.

#### Indicadores

- Puesta en marcha de nuevas acciones de prevención y/o intervención (Sí/No).

**Objetivo específico 3. Formar y sensibilizar a profesionales de servicios médicos y quirúrgicos para la detección y reconocimiento precoz de psicopatología y trastornos psiquiátricos en pacientes hospitalizados en tales servicios.**

#### Indicadores

- Porcentaje de profesionales sanitarios de servicios médico-quirúrgicos que han recibido formación específica sobre patología psiquiátrica.

#### Actividades

3.1. Realización de actividades formativas y de sensibilización dirigidas a los profesionales de los servicios médicos y quirúrgicos de cada hospital.

#### Indicadores

- Realización efectiva de actividades formativas y de sensibilización dirigida a los profesionales de los servicios médicos y quirúrgicos en cada Hospital del Servicio Canario de Salud (Sí/No).
- Porcentaje de hospitales en los que se han realizado acciones formativas dirigidas a profesionales sanitarios de otros servicios.

**Objetivo específico 4. Informatizar la transmisión de información clínica entre Salud Mental y el resto de especialidades médicas en toda la Comunidad.**

#### Indicadores

- Porcentaje de informatización de la transmisión de información clínica entre Salud Mental y el resto de especialidades médicas.

#### Actividades

4.1. Establecimiento de un sistema de interconsulta virtual ambulatoria que pueda utilizarse antes de la formalización de la derivación.

---

**Indicadores**

- Existencia de interconsulta virtual a Salud Mental desde otras especialidades (Sí/No).

4.2. Informatización del sistema de petición de interconsulta hospitalaria en todos los hospitales de Canarias.

---

**Indicadores**

- Existencia de interconsulta informatizada (Sí/No).
-

## LÍNEA ESTRATÉGICA 11: SISTEMAS DE INFORMACIÓN

### OBJETIVO GENERAL

**Consolidar y mejorar el sistema de información en salud mental, de tal forma que resulte una herramienta útil para la obtención de información de la actividad asistencial, la gestión y la investigación.**

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1. Mejorar los indicadores de seguimiento de la actividad asistencial en salud mental orientados a resultados en salud.**

#### Indicadores

- Porcentaje y número de indicadores del SISM con estándares incorporados.

#### Actividades

- 1.1. Reuniones con los profesionales de la Red de Salud Mental para definir los indicadores principales y establecer estándares a diferentes niveles.

#### Indicadores

- Número de reuniones con los profesionales para valorar indicadores y estándares.
- Número de indicadores consensuados.

- 1.2. Integración en el SISM de datos relativos a la lista de espera, gestión económica, prescripción de psicofármacos e interconsulta virtual.

#### Indicadores

- Integración de datos de otros sistemas/subsistemas de información existentes mediante plataformas de interoperatividad (Sí/No).

- 1.3. Incorporar estándares de referencia nacionales y/o internacionales para la comparación de los indicadores de Canarias.

#### Indicadores

- Número de estándares de referencia incorporados para comparaciones.

**Objetivo específico 2. Proporcionar a los profesionales de la Red de Salud Mental información útil para la gestión asistencial.**

#### Indicadores

- Existencia de cuadros de mando que incluyan información adaptada a las necesidades de los profesionales y que pueda ser consultada fácilmente a través de una herramienta de información sobre empresas (Business Intelligence) (Sí/No).

#### Actividades

- 2.1. Revisión de los cuadros de mando disponibles para analizar si cubren las necesidades de información.

#### Indicadores

- Número de reuniones con los usuarios para analizar conjuntamente los cuadros de mando.
- Cuadros de mando existentes analizados.

- 2.2. Creación de mecanismos de retroalimentación con los profesionales.

#### Indicadores

- Número de profesionales con posibilidad de acceso a los cuadros de mando específicos.
- Número de profesionales que realmente acceden a los cuadros de mando.
- Número de aportaciones/sugerencias recibidas de los profesionales/año.

#### Objetivo específico 3. Evaluar y mejorar la calidad de los datos recogidos en el SISM.

#### Actividades

- 3.1. Chequeo de la calidad de los datos contrastando la información del SISM con las fuentes disponibles.

#### Indicadores

- Número de indicadores revisados.
- Porcentaje de indicadores revisados identificados como susceptibles de mejora.

- 3.2. Reuniones formativas e informativas con los profesionales sobre aspectos mejorables de la recogida de la información.

#### Indicadores

- - Número de reuniones formativas e informativas con los profesionales.

- 3.3. Puesta en marcha de soluciones informáticas que faciliten la cumplimentación de los registros.

#### Indicadores

- Porcentaje de datos de los formularios que se cumplimentan de forma automatizada.

#### Objetivo específico 4. Garantizar el acceso a la historia clínica electrónica desde todos los dispositivos de la Red de Salud Mental, con el objeto de contar con información clínica y/o psicosocial del paciente a lo largo de todo el proceso asistencial.

#### Indicadores

- Porcentaje de dispositivos de la Red de Salud Mental que acceden a la historia clínica electrónica.

#### Actividades

- 4.1. Mejora de la infraestructura tecnológica y del equipamiento informático.

#### Indicadores

- Porcentaje de profesionales con equipos informáticos que permiten el acceso ágil a la HCE.

- 4.2. Desarrollos informáticos y dotación de los mecanismos de comunicación que permitan el acceso a la HCE por parte de los profesionales de la Red de Salud Mental.

#### Indicadores

- Porcentaje de pacientes que acuden a los dispositivos de la Red de Salud Mental con actividad clínica registrada en la HCE.

#### Objetivo específico 5. Integrar en el Sistema de Información de Salud Mental información relativa al grado de satisfacción de los usuarios.

#### Indicadores

- Integración efectiva en el SISM de información sobre satisfacción de los usuarios (Sí/No).

#### Actividades

- 5.1. Diseño de herramientas que permitan valorar el grado de satisfacción de los usuarios.

#### Indicadores

- Existencia de instrumentos de medida de la satisfacción (Sí/No).

5.2. Integrar las herramientas de evaluación de la satisfacción de los usuarios en el SISM.

#### Indicadores

- Integración efectiva en el SISM de información sobre satisfacción de los usuarios (Sí/No).

5.3. Incorporar los resultados de valoración de la satisfacción de los usuarios en los cuadros de mando.

#### Indicadores

- Indicadores sobre el grado de satisfacción de los usuarios incluidos en los cuadros de mando (Sí/No).

**Objetivo específico 6. Facilitar el acceso a la información a profesionales, usuarios y la población.**

#### Actividades

6.1. Creación de un portal abierto vía web que permita consultar datos epidemiológicos y de actividad.

#### Indicadores

- Desarrollo del portal abierto accesible a la población general (Sí/No).

**Objetivo específico 7. Establecer un entorno colaborativo del SCS con otras instancias e instituciones, para facilitar la investigación intra e interinstitucional.**

#### Indicadores

- Establecimiento efectivo del entorno colaborativo (Sí/No).
- Número de proyectos colaborativos de investigación en salud mental, en los que se ha utilizado este entorno colaborativo.

#### Actividades

7.1. Establecimiento de un entorno colaborativo que incluya mecanismos de autorización y de desarrollo de consultas *ad hoc*.

#### Indicadores

- Existencia de un entorno colaborativo (Sí/No).
- Establecimiento del procedimiento de solicitud de información (Sí/No).
- Servicio de consultas predefinidas modificables según objetivos de investigación (Sí/No).

**Objetivo específico 8. Facilitar el seguimiento de las personas con trastorno mental a través del uso de las nuevas tecnologías.**

#### Actividades

8.1. Revisión de los hallazgos disponibles sobre los diferentes instrumentos de nuevas tecnologías potencialmente útiles para mejorar el seguimiento clínico de las personas con trastorno mental.

#### Indicadores

- Revisión de los hallazgos disponibles (Sí/No).

8.2. Selección de instrumentos de nuevas tecnologías que se estimen más adecuados, en virtud de aspectos como el coste-efectividad, facilidad de uso y aceptabilidad potencial.

### Indicadores

- Selección de instrumentos de nuevas tecnologías (Sí/No).

### 8.3. Implementación del uso del instrumento o instrumentos de nuevas tecnologías en Canarias.

#### Notas:

- Los instrumentos de nuevas tecnologías podrán estar orientados a la mejora de cualquier aspecto que se considere relevante para la mejora del tratamiento, seguimiento y evolución clínica (p.ej: mejora de la adherencia terapéutica, reducción del absentismo a consultas, reducción del riesgo suicida, etc).
- Los instrumentos de nuevas tecnologías pueden ser de diferente naturaleza (p.ej: aplicaciones para el móvil, recordatorios de consultas, etc).
- La implementación podrá realizarse mediante una experiencia piloto previa en un área geográfica determinada.

### Indicadores

- Implementación del uso de instrumentos de nuevas tecnologías (Sí/No).
- Número de pacientes que hacen uso de esas nuevas tecnologías.
- Porcentaje de pacientes con TMG en los que se hace un uso de nuevas tecnologías.

### 8.4. Incorporación de los datos obtenidos del uso de nuevas tecnologías al entorno colaborativo de los SISM.

### Indicadores

- Número de conjuntos de datos que se han incorporado a la herramienta colaborativa.

## Objetivo específico 9. Desarrollar un sistema de evaluación y seguimiento del Plan de Salud Mental.

### Indicadores

- Sistema de medición, evaluación y difusión de resultados del Plan de Salud Mental (Sí/No).

### Actividades

#### 9.1. Elaboración de un panel de indicadores correspondientes a cada una de las líneas estratégicas del Plan de Salud Mental para su monitorización continua.

### Indicadores

- Panel de indicadores disponible (Sí/No).

#### 9.2. Determinación del sistema de recogida, elaboración y análisis de la información aportada por los indicadores.

### Indicadores

- Diseño de un sistema de extracción, transformación y carga, automatizado y desagregado, de la información (Sí/No).
- Sistema de elaboración y análisis de la información correspondiente a los objetivos del Plan de Salud Mental establecido (Sí/No).

#### 9.3. Elaboración de un cuadro de mando que permita evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos del PSMC.

### Indicadores

- Elaboración del cuadro de mandos que incluya indicadores de cada línea estratégica del PSMC (Sí/No).

## LÍNEA ESTRATÉGICA 12: FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

### OBJETIVO GENERAL 1

Potenciar la formación de los profesionales de los sectores implicados en la salud mental.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 1.1.** Disponer de un Programa de Formación Continuada en Salud Mental para todos los profesionales implicados en la atención a la salud mental, orientado a las prioridades establecidas en las líneas estratégicas de este Plan, y que compatibilice objetivos institucionales, demandas formativas de profesionales y necesidades de salud de la población.

##### Indicadores

- Existencia del Programa de Formación Continuada en Salud Mental, que cumpla con los criterios descritos (Sí/No).

##### Actividades

1.1.1. Análisis de las necesidades formativas en Salud Mental, que contemple los objetivos institucionales, demandas formativas de profesionales y necesidades de salud de la población.

##### Indicadores

- Realización efectiva del análisis con las mencionadas características (Sí/No).

1.1.2. Elaboración de un Programa de Formación Continuada, que contemple las necesidades formativas identificadas en el análisis.

##### Indicadores

- Realización efectiva del Programa de Formación Continuada (Sí/No).

1.1.3. Acciones de formación dirigidas a profesionales sanitarios y no sanitarios clave (Servicios Sociales, Educación, Justicia e Instituciones Penitenciarias).

##### Indicadores

- Número de acciones formativas dirigidas a profesionales de salud mental/año.
- Media de asistentes a las acciones formativas dirigidas a profesionales de salud mental/año.
- Número de acciones formativas dirigidas a profesionales de Atención Primaria/año
- Media de asistentes a las acciones formativas dirigidas a profesionales de Atención Primaria/año.
- Número de acciones formativas dirigidas a profesionales no sanitarios clave/año.
- Media de asistentes a las acciones formativas dirigidas a profesionales no sanitarios clave/año.
- Porcentaje de áreas de formación prioritaria establecidas, para las que se ha desarrollado al menos una actividad formativa de ámbito autonómico, durante el periodo de vigencia del Plan.

1.1.4. Incluir acciones formativas de “paciente experto” y “familiar experto”.

##### Indicadores

- Número de acciones formativas dirigidos a pacientes/año.
- Número de acciones formativas dirigidas a familiares/año.

1.1.5. Fomentar el desarrollo de actividades de formación online.

##### Indicadores

- Número de acciones formativas online/año.
- Porcentaje de acciones formativas online, respecto al total para el mismo periodo/año.

1.1.6. Mejorar el alcance de las actividades formativas a las islas no capitalinas.

#### Indicadores

- Porcentaje de actividades formativas presenciales y/o a través del uso de tecnología (formación online o videoconferencia) que faciliten el alcance a otras islas, respecto al total/año.

1.1.7. Implantar acciones formativas periódicas y regladas (sesiones clínicas y bibliográficas) en todos los dispositivos de la Red de Salud Mental.

#### Indicadores

- Porcentaje de dispositivos de la Red de Salud Mental que las realizan/año.

1.1.8. Favorecer acciones formativas compartidas entre los dispositivos de la Red de Salud Mental.

#### Indicadores

- Porcentaje de dispositivos de la Red de Salud Mental que realizan al menos una acción formativa compartida con otro/s dispositivo/s de la red de salud mental/año.

1.1.9. Potenciar las actividades de docencia o formación continuada acreditadas.

#### Indicadores

- Porcentaje de acciones formativas de ámbito al menos provincial que han sido acreditadas/año.
- Porcentaje de dispositivos de la red de salud mental que han realizado al menos una acción formativa interna (ámbito del propio dispositivo, o de la zona en la que se circunscribe) acreditada, respecto al total de dispositivos de la Red de Salud Mental/año.

1.1.10. Facilitar los procedimientos necesarios para la realización de docencia, actividades de formación continuada, formación en servicio, estancias de reciclaje u otras.

#### Indicadores

- Nº de acciones facilitadoras de docencia y formación continuada.

*Comentario:* Se considerarán como tales todas aquellas que hayan partido de la DGPPAA, Gerencias, Dirección Médica o Jefaturas de Servicio.

1.1.11. Realizar la necesaria difusión de las actividades formativas a los profesionales implicados.

#### Indicadores

- Existencia de herramienta de difusión de actividades formativas a los profesionales de la Red de Salud Mental y utilización periódica de esta (Sí/No).
- Utilización de herramientas de difusión de alcance pertinentes para el caso de profesionales ajenos a la red de salud mental (Sí/No).

### Objetivo específico 1.2. Garantizar la calidad de la formación postgrado.

#### Indicadores

- Existencia de una Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental en cada provincia, y adecuación de la formación realizada, a los criterios establecidos en los programas formativos oficiales de psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental.

#### Actividades

1.2.1. Implementar cuantas acciones sean necesarias para el desarrollo de las Unidades Docentes Multiprofesionales de salud mental.

#### Indicadores

- Creación de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de Gran Canaria (Sí/No).
- Acreditación de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de Gran Canaria (Sí/No).

1.2.2. Realizar la formación postgrado en consonancia con lo establecido en los respectivos programas formativos oficiales de las especialidades de psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental.

### Indicadores

- Cumplimiento del 100% de los aspectos señalados en los respectivos programas formativos de las especialidades de psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental.

1.2.3. Elaborar un Programa de Formación Transversal, General y Específico para las diferentes especialidades de Salud Mental: psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental.

### Indicadores

- Porcentaje de cumplimiento los aspectos señalados en el Programa de Formación Transversal, General y Específico para los residentes de Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería de Salud Mental.

1.2.4. Evaluar el desarrollo y la calidad de los Programas de Formación: Transversal, General y Específico para los Residentes de psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental integrados en las Unidades Docentes Multiprofesionales de Salud Mental de Tenerife y Gran Canaria.

### Indicadores

- Realización de encuestas anuales de satisfacción de los Residentes por parte del Servicio de Formación Sanitaria Especializada de Canarias a todos los Residentes de dichas Unidades Multiprofesionales.
- Porcentaje de adecuación de los programas de formación a lo establecido en los Programas Oficiales de las especialidades de Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería de Salud Mental.

1.2.5. Elaborar un Programa de Formación Específica para Tutores y Responsables Docentes que incluya el desarrollo de cursos sobre la normativa que regula, organiza y desarrolla la formación sanitaria especializada en los ámbitos nacional y autonómico, metodología docente, formación por competencias, instrumentos y metodología de evaluación en Formación Sanitaria Especializada, desarrollados anualmente en Canarias.

### Indicadores

- Número de acciones formativas que se han desarrollado anualmente.
- Porcentaje de Tutores y Responsables Docentes que han realizado, al menos, una acción formativa al año.

1.2.6. Actualización y mejora de las 'Guías Formativas' de las Unidades Docentes Multiprofesionales incorporando la descripción de las competencias que se han de adquirir en cada una de las rotaciones contempladas en los Planes Individuales Formativos de todos los especialistas en formación, según lo establecido en los Programas Oficiales de las Especialidades de Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería de Salud Mental mediante el establecimiento de reuniones conjuntas de los Tutores, Responsables Docentes y Jefe de Estudios.

### Indicadores

- Establecimiento de cronogramas de reuniones en ambas provincias.
- Número de reuniones conjuntas Tutores/Jefatura de Estudios/Responsables Docentes desarrolladas durante los dos primeros años de vigencia del Plan.
- Número de Tutores que han participado en las reuniones desarrolladas durante los dos primeros años de vigencia del Plan.
- Número de Responsables Docentes que han participado en las reuniones desarrolladas durante los dos primeros años de vigencia del Plan.
- Valoración del grado de satisfacción de la actualización de las Guías Formativas.

## OBJETIVO GENERAL 2

Fomentar la investigación en salud mental, la metodología de gestión del conocimiento científico y su aplicación a la práctica clínica.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo específico 2.1.** Potenciar la investigación, preferentemente la investigación clínica sobre las áreas de mayor repercusión negativa en la salud.

#### Indicadores

- Incremento en el número de publicaciones nacionales e internacionales en revistas con factor de impacto (Sí/No); grado de incremento (porcentaje).
- Incremento en el número de estudios subvencionados en convocatorias competitivas nacionales o internacionales (Sí/No); grado de incremento (porcentaje).
- Incremento en el número de publicaciones nacionales e internacionales en revistas sin factor de impacto (Sí/No); grado de incremento (porcentaje).

*Periodo temporal:* Años de vigencia del Plan (cinco años) vs. años previos al Plan (cinco años).

#### Actividades

2.1.1. Determinar de forma consensuada las líneas de investigación prioritarias, según las áreas de mayor relevancia.

#### Indicadores

- Realización efectiva del establecimiento consensuado de las líneas de investigación prioritarias (Sí/No).

2.1.2. Disponer de un registro de investigaciones en salud mental en Canarias.

#### Indicadores

- Realización efectiva del registro (Sí/No).
- Funcionamiento adecuado del procedimiento de información para la cumplimentación del registro (Sí/No).

2.1.3. Apoyar el desarrollo de proyectos de investigación de calidad, especialmente los incluidos en redes acreditadas de centros de investigación y aquellos que participen en convocatorias competitivas autonómicas, nacionales o internacionales.

#### Indicadores

- Número de investigaciones en marcha (aprobadas por el Comité de Ética correspondiente)/año.
- Número de profesionales participantes en proyectos de investigación en marcha/año.
- Número de residentes participantes en proyectos de investigación en marcha/año.
- Número de investigaciones con participantes incluidos en redes acreditadas de centros de investigación/año.
- Número de investigaciones con participación en convocatorias competitivas autonómicas, nacionales o internacionales/año.
- Número de investigaciones con financiación concedida en convocatorias competitivas autonómicas, nacionales o internacionales/año.
- Número de investigaciones que culminan en publicación en revista con factor de impacto, durante el periodo de vigencia del Plan.

2.1.4. Fomentar el desarrollo de proyectos de investigación independientes, sin conflictos de intereses.

#### Indicadores

- Porcentaje de investigaciones en marcha o publicadas, independientes, respecto al total/año.

2.1.5. Impulsar proyectos de investigación conjuntos entre diferentes dispositivos de la Red de Salud Mental y con Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Universidades.

#### Indicadores

- Porcentaje de investigaciones en marcha o publicadas, con colaboración entre diferentes dispositivos de la Red de Salud Mental, respecto al total/año.
- Porcentaje de investigaciones en marcha o publicadas, con colaboración entre la Red de Salud Mental y Atención Primaria, Atención Hospitalaria o Universidades, respecto al total/año.

2.1.6. Facilitar la realización de Trabajos de Fin de Máster y/o Tesis doctorales y aumentar en número de doctores.

#### Indicadores

- Número de nuevos/as doctores/as pertenecientes a la Red de Salud Mental durante el periodo de vigencia del Plan.

2.1.7. Fomentar el reconocimiento de la actividad investigadora de impacto en la carrera profesional.

#### Indicadores

- Inclusión en la carrera profesional, del mayor reconocimiento de la actividad investigadora de impacto respecto a la que carece de él (Sí/No).

*Comentario:* Con "actividad investigadora de impacto" se entiende aquella actividad investigadora que ha culminado con una publicación en una revista científica que tiene factor de impacto.

2.1.8. Difundir la información de las investigaciones de salud mental.

#### Indicadores

- Existencia de herramienta de difusión de contenidos relacionados con la investigación a los profesionales de la red de salud mental y utilización periódica de esta (Sí/No).

### **Objetivo específico 2.2. Potenciar la formación de los profesionales implicados en la salud mental en metodología de la investigación.**

#### Indicadores

- Incremento en el número de cursos realizados sobre metodología de la investigación, dirigidos a profesionales de salud mental (Sí/No); grado de incremento (porcentaje).

*Periodo temporal:* Años de vigencia del Plan (cinco años) vs. años previos al Plan (cinco años).

#### Actividades

2.2.1. Cursos de ámbito autonómico sobre aspectos de metodología de la investigación, dirigidos a profesionales de la Red de Salud Mental.

#### Indicadores

- Número de cursos de ámbito autonómico sobre aspectos de metodología de la investigación, dirigidos a profesionales de la Red de Salud Mental, durante el periodo de vigencia del Plan.

2.2.2. Cursos de Formación Específica en Investigación para Residentes, dentro del Programa de Formación Transversal.

#### Indicadores

- Realización efectiva del curso de formación en investigación para Residentes en ambas provincias con periodicidad bienal.

2.2.3. Incorporar a las Guías Formativas vigentes de las Unidades Docentes Multiprofesionales la elaboración del diseño de un proyecto de investigación para todos los residentes de las especialidades de psiquiatría, psicología clínica y enfermería de Salud Mental a lo largo de su proceso formativo.

#### Indicadores

- Porcentaje de residentes de psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental, que realizan el diseño de un proyecto de investigación durante la residencia.

**2.2.4.** Fomentar en la formación postgrado de residentes de psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental, la participación en, al menos, un proyecto de investigación.

#### Indicadores

- Porcentaje de residentes de psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental, que participan en al menos un proyecto de investigación durante la residencia.

### Objetivo específico 2.3. Fomentar la metodología de gestión del conocimiento científico.

#### Indicadores

- Incremento en el número de cursos realizados que incluyan el área de gestión del conocimiento científico, dirigidos a profesionales de salud mental (Sí/No); grado de incremento (porcentaje).

*Periodo temporal:* Años de vigencia del Plan (cinco años) vs. años previos al Plan (cinco años).

#### Actividades

**2.3.1.** Fomentar habilidades en el manejo de plataformas del conocimiento en Salud Mental, mediante formación sobre actualización de conocimientos, herramientas para la búsqueda y selección de información relevante para la práctica clínica.

#### Indicadores

- Número de cursos de ámbito autonómico sobre gestión del conocimiento científico, dirigidos a profesionales de la Red de Salud Mental, durante el periodo de vigencia del Plan.
- Número de cursos de ámbito autonómico que incluyen en sus contenidos la gestión del conocimiento científico, dirigidos a profesionales de la Red de Salud Mental, durante el periodo de vigencia del Plan.

### Objetivo específico 2.4. Fomentar la aplicación del conocimiento científico a la práctica clínica.

#### Indicadores

- Incremento en el número de profesionales que declaran aplicar el conocimiento científico en su práctica clínica (Sí/No); grado de incremento (porcentaje).

*Periodo temporal:* Años de vigencia del Plan (cinco años) vs. años previos al Plan (cinco años).

*Modo de evaluación:* retrospectivo mediante encuesta online.

#### Actividades

**2.4.1.** Fomentar habilidades en el manejo de plataformas del conocimiento en Salud Mental.

#### Indicadores

- Número de cursos de ámbito autonómico que incluyen en sus contenidos el manejo de plataformas del conocimiento en Salud Mental, dirigidos a profesionales de la Red de Salud Mental, durante el periodo de vigencia del Plan.

**2.4.2.** Promocionar la orientación de la práctica clínica sustentada en hallazgos científicos mediante la consulta regular y crítica de guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas y meta-análisis.

#### Indicadores

- Número de cursos de ámbito autonómico que incluyen en sus contenidos el fomento de la práctica clínica sustentada en hallazgos científicos, dirigidos a profesionales de la Red de Salud Mental, durante el periodo de vigencia del Plan.



# VI

# ANEXOS



# 01

# Ficha financiera

## ANEXO 1. FICHA FINANCIERA

Cuadro resumen de Memoria Económica del Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023, con informe favorable preceptivo por parte de la Consejería de Hacienda (\*).

En cuanto a la inclusión del año 2018 en la ficha financiera del Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023, se ha tenido en cuenta, como antecedente de relevancia, el hecho de que durante el ejercicio 2018 las acciones y actuaciones que se establecen en el Plan se vienen desarrollando y llevando a cabo por las diferentes estructuras técnico-asistenciales del Servicio Canario de la Salud. Por tanto, se ha tomado como base en esta memoria económica el gasto de dicho ejercicio, con la finalidad de ser la referencia económica para su proyección en los ejercicios de vigencia del Plan.

PLAN DE SALUD MENTAL DE CANARIAS	2018	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
<b>CAPITULO I</b> Recursos humanos. Formación y cuidado de los profesionales	170.635	460.394	473.850	902.745	620.053	1.621.721	<b>4.249.398</b>
<b>CAPITULO VI</b> Infraestructuras y Equipamiento	1.340.000	2.450.000	3.100.000	2.250.000	1.450.000	500.000	<b>11.090.000</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1.510.635</b>	<b>2.910.394</b>	<b>3.573.850</b>	<b>3.152.745</b>	<b>2.070.053</b>	<b>2.121.721</b>	<b>15.339.398</b>

(\*Esta financiación es adicional a la que representa el presupuesto anual en Salud Mental del Servicio Canario de la Salud.

PLAN DE SALUD MENTAL	
ACCIONES	2018 - 2023
<b>A) ATENCIÓN A LA POBLACIÓN CON TRASTORNO MENTAL GRAVE</b>	
CAPITULO I - Recursos humanos. Formación y cuidado de los profesionales	2.403.286
CAPITULO VI - Infraestructuras y Equipamiento	4.450.000
<b>A) TOTAL</b>	<b>6.853.286</b>
<b>B) ATENCIÓN A LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL</b>	
CAPITULO I - Recursos humanos. Formación y cuidado de los profesionales	1.337.052
CAPITULO VI - Infraestructuras y Equipamiento	2.870.000
<b>B) TOTAL</b>	<b>4.207.052</b>
<b>C) MEJORA EN LA DOTACIÓN DE RECURSOS A LOS DISPOSITIVOS DE SM</b>	
CAPITULO I - Recursos humanos. Formación y cuidado de los profesionales	509.060
CAPITULO VI - Infraestructuras y Equipamiento	3.770.000
<b>C) TOTAL</b>	<b>4.279.060</b>
<b>TOTAL (A+B+C)</b>	<b>15.339.398</b>

# 02 Siglas y acrónimos

## ANEXO 2. SIGLAS Y ACRÓNIMOS

**AP:** Atención Primaria

**CAE:** Centro de Atención Especializada

**CC.AA.:** Comunidades autónomas

**CDRP:** Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial

**CHNSC:** Complejo Hospitalario Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria

**CHUC:** Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

**CHUIMI:** Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

**CIE 10:** Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición

**CIRPAC:** Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria

**CMBD:** Conjunto Mínimo Básico de Datos

**CMTC:** Centro Convivencial para Menores con Graves Trastornos de Conducta

**COMASAM:** Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental

**DGPPAA:** Dirección General de Programas Asistenciales

**DGSP:** Dirección General de Salud Pública

**DGSS:** Dirección General de Servicios Sociales

**DHD:** Dosis Diaria Definida por 1.000 habitantes y día

**DUE:** Diplomado Universitario en Enfermería

**EAP:** Equipo de Atención Primaria

**ECA:** Equipo Comunitario Asertivo

**EFIE:** Equipo Funcional de Interconsulta y Enlace

**EIR:** Enfermero/a Interno/a Residente

**EM:** Equipo móvil

**EMOSAM:** Equipo Móvil de Salud Mental

**EOEP:** Equipos de Orientación de Educación Pública

**EPA:** Encuesta de Población Activa

**ESSSCAN:** Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias

**ETAC:** Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario

**EUROSTAT:** Oficina Europea de Estadística

**GHQ:** General Health Questionnaire

**GPC:** Guía de práctica clínica

**HD:** Hospital de Día

**HGF:** Hospital General de Fuerteventura

**HHSS y Ocio:** Habilidades Sociales y Ocio

**HUGCDN, HUGC Dr. Negrín:** Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

**HVD:** Autocuidado; autonomía; habilidades de la vida diaria

**IAS:** Instituto de Atención Social y Sociosanitaria del Cabildo

**INE:** Instituto Nacional de Estadística

**ISTAC:** Instituto Canario de Estadística

**MIR:** Médico/a Interno/a Residente

**MR:** Mini-residencia

**MSC:** Ministerio de Sanidad y Consumo

**MSPSI:** Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

**MSSSI:** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

**NAD:** Normas de Aplicación Directa

**NANDA:** North American Nursing Diagnosis Association

**ND:** Normas Directivas

**NEE:** Necesidades Educativas Especiales

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud

**PAD:** Programa de Atención a la Discapacidad

**PAE:** Programa de Atención al Empleo

**PD:** Patología Dual

**PE:** Programa de Empleo

**PIA:** Plan Individual de Atención

**PIR:** Psicólogo/a Interno/a Residente

**PIRP:** Programa Insular de Rehabilitación Psicosocial

**PIT:** Plan Individual de Tratamiento

**PS:** Plaza Supervisada

**PSMC:** Plan de Salud Mental de Canarias

**PTI:** Plan Terapéutico Individualizado

**RECAP:** Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos de Canarias

**SAAD:** Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

**SAMAP:** Proyecto Salud Mental en Atención Primaria

**SCS:** Servicio Canario de la Salud

**SDQ:** Cuestionario de Cualidades y Dificultades

**SESCS:** Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud

**SIAP:** Sistema de Información de Atención Primaria

**SIH:** Sistema de Información Hospitalaria

**SIS:** Sistemas de Información Sanitaria

**SISM:** Sistema de Información de Salud Mental

**SNS:** Sistema Nacional de Salud

**TEA:** Trastorno del Espectro Autista

**TEC:** Terapia Electroconvulsiva

**TIC:** Tecnología de la Información y la Comunicación

**TMC:** Trastorno Mental Común

**TMG:** Trastorno Mental Grave

**TNF:** Terapia no farmacológica

**TP:** Trastorno de la Personalidad

**TUS:** Trastorno por Uso de Sustancias

**UAD:** Unidad de Atención a las Drogodependencias

**UAT:** Unidad de Atención a la Transexualidad

**UCYR:** Unidad Clínica y de Rehabilitación

**UDN:** Unidad de Noche

**UFIE:** Unidad Funcional de Interconsulta y Enlace

**UIB:** Unidad de Internamiento Breve

**UME:** Unidad de Media Estancia

**USM:** Unidad de Salud Mental

**USMC:** Unidad de Salud Mental Comunitaria

**USM-IJ:** Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil

**UTCA:** Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria

**UTEC:** Unidad Técnica

**VS:** Vivienda supervisada

**WHO:** World Health Organization





