



PLAN DE SALUD MENTAL

DE CANTABRIA
2022-26



Edita: CONSEJERÍA DE SANIDAD - SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD

Depósito Legal: SA-129-2022

IMPRE 10-1191

ÍNDICE

◆ PRESENTACIÓN	6
◆ GLOSARIO Y ABREVIATURAS	8
◆ PLAN DE SALUD MENTAL DE CANTABRIA 2022-2026	11
- Introducción	11
- Metodología	11
- Misión, visión y valores del Plan de Salud Mental de Cantabria 2022-2026.....	12
- Objetivos tácticos	13
- Objetivos Estratégicos	17
◆ LÍNEAS DE ACCIÓN	18
- LÍNEA 1. SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNIDAD.....	18
- LÍNEA 2. PERSONA CON TRASTORNO MENTAL GRAVE	26
- LÍNEA 3. PERSONA MAYOR O FRÁGIL	37
- LÍNEA 4. INFANCIA Y ADOLESCENCIA	47
- LÍNEA 5. PERSONA CON CONDUCTAS ADICTIVAS.....	58
- LÍNEA 6. PERSONA CON NECESIDADES DE ATENCIÓN ESPECÍFICAS (Programas asistenciales)	64
» LÍNEA 6.a. PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE LA CONDUCTA SUICIDA.....	64
» LÍNEA 6.b. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD	71
» LÍNEA 6.c. VIOLENCIA DE GÉNERO	78
» LÍNEA 6.d. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	84
» LÍNEA 6.e. DEPRESIÓN RESISTENTE	89
» LÍNEA 6.f. INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS (ITPCAN)	93
» LÍNEA 6.g. PSICOSEXUALIDAD	101
◆ FINANCIACIÓN	107
◆ MARCO DE REFERENCIA Y NORMATIVO	109
◆ REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
◆ COLABORADORES	123

PRESENTACIÓN

Prólogo Plan de Salud Mental – Consejero de Sanidad: Raúl Pesquera Cabezas.

La salud mental y los problemas derivados de estos trastornos suponen una realidad que afecta a un elevado número de personas, también de forma importante en la población infanto-juvenil, que es nuestro futuro como sociedad. El cuidado de la salud mental es un reto que tenemos por delante y constituye una de las prioridades en la acción de la Consejería de Sanidad y del Servicio Cántabro de Salud (SCS). El trabajo en este ámbito es intenso: queremos crear las condiciones necesarias para que la salud mental se desarrolle en nuestra sociedad en un entorno adecuado.



Para avanzar en el abordaje y manejo de los problemas de salud mental es fundamental el trabajo coordinado entre Sanidad y otros departamentos y administraciones, además de entidades, públicas y privadas, para la detección y el diagnóstico precoz, para impulsar los tratamientos adecuados en cada caso, y para visibilizar los trastornos y eliminar el estigma social.

Conscientes de que el abordaje de la salud mental solo se puede realizar desde una perspectiva multidisciplinar, hemos trabajado desde hace ya tiempo en el Plan de Salud Mental. Pero conscientes de la urgencia a la hora de afrontar la demanda creciente de atención en distintos ámbitos y colectivos sociales, sin perjuicio de haber preparado este documento, se ha avanzado a la vez en la planificación y en la acción, que han ido de la mano. Es decir: se han puesto en marcha medidas urgentes en tanto se ha ido ultimando el plan porque la situación así lo ha requerido. Por ejemplo, en lo que se refiere a la salud mental infanto-juvenil donde ya está en marcha un Plan de Choque.

Además, se han priorizado estrategias específicas de carácter preventivo y asistencial, y se han impulsado más recursos y profesionales. También con más inversión en infraestructuras, a fin de prestar la mejor asistencia posible.

En el Gobierno regional y en el Servicio Cántabro de Salud realizamos una apuesta por la salud mental, uno de los mayores desafíos que tenemos en el plano sanitario. Para afrontarlo, tenemos como hoja de ruta este Plan de Salud Mental que, junto con los profesionales y los recursos, servirá para avanzar y lograr una mejor asistencia a nuestros pacientes: más temprana, más eficaz, más humanizada...

Y vamos a seguir avanzando, de la mano de profesionales y usuarios, para prestar la mejor atención. Con esa meta desarrollamos nuestra labor y nuestras acciones. Esperamos que, con la planificación realizada, las medidas impulsadas y el trabajo de los profesionales, los ciudadanos encuentren todo el bienestar y la buena salud que merecen.

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

AE	Atención Especializada
AGREE	Instrumento de evaluación de Guías de Práctica Clínica
AIVD	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
AN	Anorexia Nerviosa
AP	Atención Primaria
APC	AP Cantabria (aplicativo informático de la Atención Primaria)
AT	Atención Temprana
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
AVDP	Años Vividos con Discapacidad
BDCAP	Base de datos Clínicos de Atención Primaria
BN	Bulimia
BVD	Baremo de Valoración de Dependencia
CARS	Consulta de Alta Resolución para Manejo de la Conducta Suicida y Prevención del Suicidio
CIAI	Centro de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género
CIBERSAM	Centro de Investigación Biomédica en Red Salud Mental
CIS	Centro de Inserción Social
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
CO	Centro Ocupacional
CRPD	Centro de Rehabilitación Psicosocial Dual
CRPS	Centro de Rehabilitación Psicosocial
CS	Centro de Salud
CSSR	Centro de Salud Sexual y Reproductiva
DBS	Estimulación Cerebral Profunda
DDHH	Derechos Humanos
DDT	Depresión Díficil de Tratar
DHD	Dosis diarias definidas x1000 personas y día
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5
EAC	Equipo de Análisis de Casos
ECS	Escuela Cántabra de Salud
EESE	Encuesta Europea de Salud en España
EIR	Enfermero Interno Residente
ENSE	Encuesta Nacional de Salud en España
ESEMeD	Estudio Epidemiológico sobre trastornos mentales en España
FOP	Fuerzas del Orden Público
FRCV	Factores de Riesgo Cardiovascular
GAP	Gerencia de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud
GPC	Guía de Práctica Clínica

HAT	Humo Ambiental del Tabaco
HCE	Historia Clínica Electrónica
HLRD	Hospital Comarcal Laredo
HSLL	Hospital Comarcal Sierrallana y Tres Mares
HTA	Hipertensión
HUMV	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
IBBTEC	Instituto de Biomedicina y Biotecnología de Cantabria
IC	Interconsultas
ICASS	Instituto Cántabro de Servicios Sociales
IDIVAL	Instituto de Investigación Sanitaria Marqués de Valdecilla
IJ	Infanto-Juvenil
IMC	Índice de Masa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estadística
IMLCF	Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses
IT	Incapacidad Temporal
ITS	Infección de Transmisión Sexual
ITP	Intervención Temprana en Psicosis
ITPCan	Programa de Intervención Temprana en Psicosis
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
MAP	Médico de Atención Primaria
MAS	Servicio de Mensajería de Atención Sanitaria
MIR	Médico Interno Residente
NIMH	Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PAAI	Programa de Atención Ambulatoria Intensiva
PAFIP	Programa Asistencial a las Fases Iniciales de Psicosis
PEP	Primer Episodio de Psicosis
PIR	Psicólogo Interno Residente
PIT / PIA	Plan Individualizado de Tratamiento /Plan Individualizado de Atención
PSM	Plan de Salud Mental
Proyecto EPI-VIH	Estudio prospectivo de Prevalencia de VIH en pacientes de una Red de Centros de Diagnóstico del VIH
RESM	Red Experta en Salud Mental
RTMG	Riesgo de Trastorno Mental Grave
rTMS	Estimulación Repetitiva Magnética Transcraneal
SAU	Servicio de Atención al Usuario
SCS	Servicio Cántabro de Salud
SEC	Sociedad Española de Contracepción
SEMFyC	Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

SINASP	Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente
SM	Salud Mental
SMIJ	Salud Mental Infanto Juvenil
SNS	Sistema Nacional de Salud
SS	Servicios Sociales
SSAP	Servicios Sociales de Atención Primaria
SUAP	Servicio de Urgencias de Atención Primaria
TCA	Trastorno de la Conducta Alimentaria
TCANE	Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
TDM	Trastorno Depresivo Mayor
TEA	Trastorno del Espectro Autista
TEC	Terapia Electroconvulsiva
TICS	Tecnologías de la Información y la Comunicación
TLP	Trastorno Límite o de inestabilidad emocional de la Personalidad
TMC	Trastornos Mentales Comunes
TMG	Trastorno Mental Grave
TP	Trastorno de la Personalidad
TS	Trabajador Social
UCA	Unidad de Conductas Adictivas
UDESTA	Unidad de Deshabitación Tabáquica
URA	Unidad de Reproducción Asistida
USM	Unidad de Salud Mental
USMIJ	Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil
UTCA	Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria
VG	Violencia de Género
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
ZBS	Zona Básica de Salud

PLAN DE SALUD MENTAL DE CANTABRIA 2022-2026

Introducción

El presente Plan de Salud Mental de Cantabria 2022-2026 surge como fruto del esfuerzo de las instituciones por mejorar la salud de la población de la comunidad autónoma. Teniendo como marco de referencia la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026, este nuevo Plan de Salud Mental de Cantabria continúa con la labor comenzada mediante el anterior Plan de Salud Mental de Cantabria 2014-2019, pero realizando un análisis de la situación actual y dando respuesta a los nuevos retos que se plantean. Sin duda, uno de los mayores desafíos se ha hecho presente al abordar los problemas de Salud Mental tras la pandemia por COVID-19, buscando dar respuesta al significativo aumento en las necesidades de salud mental surgidas tras esta amenaza en toda la población. Por ello, las aportaciones que se han realizado por parte de las personas integrantes en los grupos de trabajo han tenido en cuenta el escenario postpandemia y su efecto a nivel de la salud mental en los análisis de la situación.

Metodología

En enero de 2021 se conforma el Equipo Motor del Plan de Salud Mental de Cantabria 2022-2026 a instancias de la Consejería de Sanidad. Dicho equipo se conforma por profesionales de varias direcciones generales de sanidad y de la consejería de Servicios Sociales con el encargo de poner en marcha los mecanismos de elaboración del plan, con la encomienda de que los trabajos tuvieran en todo momento una orientación práctica y orientada a la acción. Este equipo motor sería el encargado de mantener la continuidad a lo largo de todas las fases del plan, así como de realizar la interlocución con el Equipo Directivo. Se asignó en primer lugar la tarea de conformar una primera Red Experta en Salud Mental (RESM) que trabajó en una primera fase con un contenido general que aportó la estructura del plan, con el objetivo principal de marcar las principales líneas transversales y la propuesta del modelo asistencial.

Se conformó esta primera RESM a partir del 14 de mayo del 2021, contando con un grupo variado y representativo de profesionales de la sanidad, los servicios sociales, los gestores y pacientes de toda la comunidad y de distintos ámbitos que se encargaron de marcar las prioridades que debería seguir el resto del Plan. Todo ello se concretó a través de dos planteamientos:

- ◆ “Cómo queremos atender a los problemas de Salud Mental”, definido a través de la Misión, Visión y Valores, y más específicamente en unas líneas transversales que enmarcan el modelo de atención a la salud mental que se pretende alcanzar en Cantabria.
- ◆ “Qué actuaciones vamos a promover y cuáles son las personas a priorizar”: materializado a través de las distintas líneas de acción cuáles contarían con objetivos concretos.

El encargo final a la RESM fue reclutar a los coordinadores de la segunda fase que serían encargados de diseñar las diferentes líneas de acción. Se determinó que habría 5 líneas prioritarias de acción y una sexta línea que recogería toda la atención a personas con necesidades específicas de salud mental (atención por programas).

La segunda fase de desarrollo del plan fue un trabajo más extenso y que dotó de contenido a las diferentes líneas de acción con 12 coordinadores, cada uno a cargo de un grupo de trabajo, seleccionado con el mismo perfil de representatividad que la Red Experta en Salud Mental. Estos grupos de trabajo mantuvieron reuniones a lo largo del primer semestre de 2022, con el fin de analizar la situación actual en su ámbito de actuación y desarrollar los objetivos operativos concretos que incluiría cada una de ellas, con el apoyo y supervisión de la Coordinación en Salud Mental. Finalmente, entre julio y septiembre de 2022, la Coordinación en Salud Mental se encargó de la compilación, integración y edición de los documentos elaborados.

Finalmente, de acuerdo con el artículo 15 de la Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria y con la Ley 1/1996, de 14 de mayo, de Salud Mental de Cantabria; el Plan de Salud Mental de Cantabria 2022-26 cuenta con un informe sobre el Impacto de Género del texto además de los informes, tras la lectura del mismo, de las entidades ASCASAM, CONSUELO BERGÉS, APTACAN y ADANER; todo ello junto con el informe del Servicio de Planificación Sanitaria de la Consejería de Sanidad.

Misión, visión y valores del Plan de Salud Mental de Cantabria 2022-2026

MISIÓN

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

VISIÓN

Orientación eminentemente práctica, con una superposición de la planificación con la ejecución. Se pretende dar un salto cualitativo y cuantitativo en la atención a la salud mental en Cantabria, estableciendo nuevas formas de relación entre profesionales y con las personas usuarias (pacientes y familias), incluyendo su participación en el desarrollo de las líneas estratégicas y el seguimiento de la implantación, no solo a nivel informativo, con apoyo en las nuevas tecnologías de la información. Se introducirán cambios en el sistema que le permitirán alcanzar óptimos niveles de calidad y ofrecer a la población servicios de referencia en salud mental en el sector sanitario público.

VALORES

Humanización como valor principal, entendida como la aproximación del sistema sanitario al paciente en una vertiente de calidad humana, potenciando la empatía y el abordaje integral.

Compromiso de extender al ámbito de la salud mental, de manera inequívoca, los principios de universalidad, accesibilidad y equidad. Por tanto, respeto a la dignidad de los y las pacientes, honradez, la profesionalidad y la dedicación, mediante el trabajo multidisciplinar basado en la cooperación y el compromiso en la consecución de objetivos comunes.

La concepción integral de la salud mental y del abordaje de los trastornos mentales, ofreciendo un modelo de atención multidisciplinar y coordinado, basado en los avances científicos, fomentando el trabajo en equipo, la continuidad asistencial y la gestión clínica.

El fomento de una cultura organizativa centrada en la mejora continua desde la gestión del conocimiento, la transparencia, la investigación, la formación continuada y la implicación en los procesos de cambio.

El valor de las actuaciones de promoción de la salud mental y de prevención de los trastornos mentales, actuando lo más cerca posible de su origen y en colaboración con todas las instituciones implicadas.

La participación como un modo habitual de planificar, evaluar y replantear las actuaciones en el ámbito de la salud mental, sobre la base de una información permanente que haga de la Red de Salud Mental de Cantabria un servicio transparente a la ciudadanía.

Objetivos tácticos

En su aplicación práctica el PSM debe mantener una homogeneidad y conservar la misión, visión, valores consensuados. Para ello se definen a continuación 10 objetivos tácticos, o líneas de transversalidad que deberán aplicarse en el desarrollo de cada una de las líneas de acción, bien en su concepción, bien como capítulo específico en su desarrollo cuando sea necesario.

ACTUACIONES EN HUMANIZACIÓN

La aproximación del sistema sanitario a la persona usuaria en una vertiente de calidad humana, potenciando la empatía y el abordaje integral. El o la paciente es la razón de ser del sistema sanitario y sus profesionales, y debe ser tratado como un ser humano, no como una enfermedad. La humanización representaría el valor principal, base inspiradora orientadora del resto de valores.

1.a Atención Centrada en la persona: Poner a las personas usuarias en primer lugar en el desarrollo de las líneas de acción, identificando necesidades de modificación en el funcionamiento de dispositivos, estructuras y normativas. Tener en cuenta aspectos transculturales.

1.b Participación: La participación de la ciudadanía en la toma de decisiones sanitarias es un derecho fundamental de la persona con problemas de salud mental y sus familias. Para su aplicación en el PSM lo podemos dividir en tres niveles:

- ◆ Nivel individual o micro: contemplar dentro del desarrollo de las líneas de acción que los y las pacientes y familiares dispongan de información relativa a su proceso asistencial adaptada a su capacidad de comprensión. Esta información mínima tendrá que contener objetivos, metodología, profesionales intervinientes y “hoja de ruta” con el fin de facilitar la participación en la toma de decisiones compartida sobre su propia salud con profesionales de la sanidad y en la autogestión de la misma.
- ◆ Nivel organizacional o meso: la ciudadanía participará en los grupos y subgrupos de desarrollo de las líneas de acción de forma directa o a través del tejido asociativo.
- ◆ Nivel social o macro: la ciudadanía está presente desde el inicio y a lo largo del desarrollo del Plan de Salud Mental que será también divulgado a nivel poblacional.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Se incluye en cada una de las líneas un capítulo dedicado a promoción (aumentar el control de las personas usuarias sobre su salud) y prevención (evitar el desarrollo o progreso de enfermedades, en sus niveles primario, secundario y terciario), con un enfoque práctico y realizable.

EQUIDAD

“Equidad en Salud significa que todas las personas pueden desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales. Desde el punto de vista de las políticas públicas, la equidad en salud implica que los recursos sean asignados según las necesidades de las personas. También se asegurará la equidad en los resultados en salud para todos los grupos sociales.”(1)

3.a Por determinantes sociales: Incorporar protocolos para la intervención y atención a aquellos colectivos donde, la vulnerabilidad asociada a la enfermedad mental, se ve incrementada por problemática social. Estos procesos superpuestos de exclusión social dificultan, en muchas ocasiones, el acceso a los sistemas de protección sanitarios y sociales, así como la adherencia y continuidad en las intervenciones y tratamientos. Por ejemplo, personas sin red de apoyo social, con necesidad de apoyo en la toma de decisiones, personas sin hogar, personas migrantes, etc.

3.b Por área sanitaria y zona básica de salud: Garantizar el acceso a los recursos independientemente del lugar de residencia dentro de la comunidad autónoma.

- ◆ Facilitar acceso a la atención por programas en cada área de salud y cuando no sea posible designar unidades de referencia a nivel autonómico y protocolizar vías de acceso.
- ◆ Fomentar el uso de la telemedicina para las zonas básicas de salud más remotas.

ENFOQUE DE GÉNERO

Se ha constatado una importante carencia de datos asistenciales en lo referente al género de la población atendida, situación que el presente plan busca corregir. Por ello, cada línea de acción deberá recoger datos desagregados por género y actuaciones en relación a las siguientes categorías:

- ◆ Morbilidad diferencial.
- ◆ Necesidades específicas de salud de las mujeres y hombres.
- ◆ Atención a las desigualdades e inequidades de género.
- ◆ Análisis de los factores determinantes psicosociales de género.

INTEGRALIDAD

Impulso al enfoque biopsicosocial y al trabajo interdisciplinar en el desarrollo de las líneas de acción. El equipo básico en atención a la salud mental debe constar al menos de profesionales en psiquiatría, enfermería, psicología y trabajo social (la valoración y el diagnóstico social de la profesional de Trabajo Social Sanitario se realizará de forma proactiva en aquellas personas que presenten mayor deterioro funcional y riesgo de exclusión social).

CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y DE CUIDADOS. COORDINACIÓN

La coordinación es el modo de articulación de los distintos niveles en los que se procuran los cuidados en el campo de la salud mental con el objetivo de garantizar la continuidad de los cuidados, especialmente en situaciones complejas y con profesionales de distintas redes de servicios (Servicios sociales, Justicia, Educación, etc.). La continuidad asistencial es la capacidad de la red asistencial de proporcionar atención, cuidados y apoyo social a lo largo de la vida de la persona (continuidad longitudinal) y de forma coherente y armónica entre los servicios que la componen (continuidad transversal), con un enfoque de atención comunitaria a la salud mental.

Dentro de cada línea de acción se recogerá:

- ◆ Definición de cartera de servicios, mapa de recursos y vías clínicas (formas de acceso, asistencia, identificación de profesional de referencia, alta).
- ◆ Protocolo de tránsito de pacientes y de comunicación entre distintos niveles asistenciales y sectoriales.

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Calidad: Asegurar que cada paciente reciba los servicios más adecuados atendiendo a los diferentes factores, para conseguir una asistencia sanitaria óptima, logrando el mejor resultado, con los mínimos riesgos y máxima satisfacción del paciente.

- ◆ Elaborar para cada línea de acción protocolos, guías clínicas y encuestas de satisfacción.
- ◆ Constituir grupos de trabajo para propuesta y seguimiento de actividades orientadas a la mejora continua.
- ◆ Explorar la posibilidad de acreditar en calidad aquellos programas asistenciales o servicios con cultura de calidad más avanzada dentro de cada línea de acción.

Seguridad: Reducción del riesgo de daño innecesario (probabilidad de que ocurra un incidente) asociado a la actuación sanitaria. En nuestro caso, más allá de los riesgos de auto o heterolesiones debemos tener en cuenta lo relacionado con yatrogenia por las diferentes intervenciones, salud física, medidas de protección legal.

- ◆ Fomentar cultura de seguridad del paciente y gestión del riesgo de forma proactiva. Uso de herramientas corporativas: Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP).

TICS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

- ◆ Promover el uso de las TICs para mejorar la asistencia: accesibilidad (telemedicina), continuidad (comunicación telemática entre profesionales), formación.
- ◆ Proponer la unificación de los sistemas de información y cuando no sea posible herramientas para la interoperabilidad.
- ◆ Crear indicadores que puedan incorporarse a los sistemas de información para la recogida prospectiva de información, que sirvan para la evaluación de las líneas de acción y la mejora continua.

FORMACIÓN

- ◆ Definición de los contenidos formativos necesarios para los distintos niveles: pregrado, posgrado y formación continuada con criterios y técnicas basadas en la evidencia científica.
- ◆ Proponer actividades de formación específica para los distintos profesionales cuyo trabajo implique el proceso asistencial, promoviendo espacios de formación conjuntos interdisciplinarios e intersectoriales, favoreciendo un enfoque/orientación común, compartiendo misión, visión y valores, así como metodologías que favorezcan el enfoque de atención centrado en la persona y con orientación comunitaria.

- ◆ Protocolizar formación para la acogida a nuevos profesionales (dossier documental, supervisión): uso de herramientas corporativas como el documento de Acogida de Profesionales que existe en la web oficial del Servicio Cántabro de Salud (SCS).
- INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN

La OMS en su Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 señala que “la información, los datos empíricos y la investigación son ingredientes básicos para un adecuado proceso de elaboración de políticas, planificación y evaluación en materia de salud mental. La obtención de nuevos conocimientos gracias a la investigación hace posible que toda política o medida repose en datos contrastados y en prácticas óptimas, y la existencia de datos pertinentes y actualizados o de dispositivos de vigilancia permite seguir de cerca las medidas aplicadas y determinar los servicios en cuya prestación hay margen de mejora” (2). Por tanto, la investigación es imprescindible en la evaluación, mejora y búsqueda de soluciones dentro del sistema sanitario.

- ◆ Diseñar objetivos generales y específicos para cada línea de acción con indicadores que permitan realizar una evaluación continua de lo acordado en el Plan de Salud Mental.
- ◆ Proponer ajustes en los sistemas de información para la recogida prospectiva de datos, de forma coordinada entre las diferentes áreas de salud dentro del SCS y con el resto de sectores intervinientes (Políticas Sociales, entidades concertadas).
- ◆ Potenciar la investigación centrada en las necesidades de las personas con problemas de salud mental en sus diferentes vertientes, desde la investigación básica, epidemiológica, evaluación de programas a las investigaciones con una orientación más clínica, priorizando la multidisciplinariedad, la colaboración multicéntrica y las que tengan mayor componente traslacional con impacto en resultados en salud y mejora de calidad asistencial.

Objetivos Estratégicos

Como se señalaba más arriba, la RESM estableció una serie de líneas prioritarias de actuación para el presente PSM, las cuáles se enumeran a continuación y se desarrollan en los siguientes capítulos del documento:

- » Línea 1: Salud Mental en Atención Primaria y Comunidad.
- » Línea 2: Persona con Trastorno Mental Grave.
- » Línea 3: Persona mayor o frágil.
- » Línea 4: Infancia y adolescencia.
- » Línea 5: Persona con conductas adictivas.
- » Línea 6: Persona con necesidades de atención específicas (Programas asistenciales):
 - 6a. Prevención y abordaje de la conducta suicida.
 - 6b. Trastorno de la personalidad.
 - 6c. Violencia de género.
 - 6d. Trastornos de la conducta alimentaria.
 - 6e. Depresión Resistente.
 - 6f. Intervención Temprana en Psicosis (ITPCAN).
 - 6g. Psicosexualidad.

LÍNEAS DE ACCIÓN

LÍNEA 1. SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNIDAD

IMPACTO SANITARIO Y SOCIAL

La Atención Primaria (AP) es el eje vertebrador del Sistema Nacional de Salud (SNS) en España, siendo la puerta de entrada de la ciudadanía al sistema público de salud. La atención longitudinal e integral de las personas usuarias y la gran accesibilidad a los servicios hacen de la AP el lugar idóneo para la detección de los trastornos mentales.

La prevalencia de los trastornos mentales en AP ronda el 30% (8), siendo aquellos que se presentan con mayor frecuencia en las consultas los trastornos de ansiedad y los depresivos, tanto en sus formas mayores como en la de trastornos adaptativos, constituyendo la tercera causa más común de consulta en AP (9).

Distintos estudios ponen de manifiesto el importante impacto que tienen los trastornos mentales en nuestra sociedad y sobre la atención sanitaria en AP. Así, según el estudio ESEMeD, en España el 20% de los sujetos de la población general presentará algún trastorno mental a lo largo de su vida, y el 8,4% lo hacen en los últimos 12 meses (10). Por otro lado, la reciente Encuesta Europea de Salud en España (EESE 2020) (11) y la Encuesta Nacional de Salud (ENSE 2017) (12) recogen que la ansiedad crónica y la depresión son los problemas de salud mental más frecuentes, afectando al 6,4% (siendo un 9,2% en mujeres y un 4,0% en hombres) y al 5,7% (9,1% en mujeres y 4,3% en hombres) de la población respectivamente.

Además, los trastornos mentales presentan importantes diferencias en relación al género. Según la propia EESE 2020, el 8,74 % de las mujeres refiere haber presentado ansiedad crónica frente al 3,94 % de los hombres, mientras que en el caso de la depresión es el 7,68 % de las mujeres frente al 3,94 % de los hombres.

Existen también notables influencias de índole social en la aparición de estos problemas, así, la incidencia de depresión es 3 veces más frecuente entre quienes se encuentran en situación de desempleo (7,62 %) que entre quienes están trabajando (2,47 %) y alcanza el 23,71 % entre quienes tengan incapacidad para trabajar (11).

Con respecto a los casos que son atendidos en España en AP, el informe de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) exponía que la prevalencia global registrada de problemas de salud mental era el 27,4%. Siendo el más frecuentemente registrado el trastorno de ansiedad que afecta al 6,7 % de población con tarjeta sanitaria, mientras que el trastorno depresivo aparece en el 4,1 % de la población y el síntoma más frecuente registrado es el trastorno del sueño, que afecta al 5,4 % (13).

En gran medida la respuesta dada a los problemas de salud mental es farmacológica. El 34,3% de las mujeres y el 17,8% de los hombres de 40 o más años retiró en la farmacia al menos un envase de antidepresivo, ansiolítico o hipnótico/sedante (13). En términos cuantitativos se dispensaron un total de 203,6 DHD (dosis diarias definidas por mil personas y día), siendo los más utilizados los antidepresivos (98,8 DHD), los ansiolíticos (64,5 DHD) y los hipnóticos y sedantes (40,2 DHD).

Los y las pacientes con trastornos mentales suelen contactar de forma repetida con profesionales de Atención Primaria y aquellos que no se detectan precozmente tienen una peor evolución, conviviendo al mismo tiempo el infradiagnóstico de los trastornos mentales con la medicalización de la vida cotidiana. Los equipos de Atención Primaria son la principal entrada de la población a los servicios de salud mental, y por tanto un escalón privilegiado para la detección precoz de los problemas de salud mental. Igualmente son el contexto para las acciones de prevención primaria que posibiliten un afrontamiento funcional del estrés y las reacciones emocionales asociadas a la vida cotidiana, como alternativa a la medicalización de las mismas o al afrontamiento disfuncional, jugando un papel fundamental tanto en la prevención de los trastornos mentales como en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes desde una perspectiva familiar y comunitaria, ayudando a evitar la cronicidad de trastornos mentales y su consiguiente discapacidad. Por otra parte, el abordaje de los llamados trastornos mentales comunes (TMC) con tratamientos psicológicos que ha mostrado su eficacia, es la principal estrategia de prevención secundaria en cuanto a prevenir la cronicidad de los mismos.

Para la mejora de la salud mental en el contexto de la Atención Primaria también será necesario apoyarse en la prescripción social de activos comunitarios que complementen o sustituyan a la prescripción clínica. Siempre contando con la participación ciudadana para poder responder a las necesidades reales que nos permitan garantizar los activos comunitarios a largo plazo.

La pandemia COVID ha supuesto un contexto de incertidumbre, de muerte y de consecuencias laborales y económicas para toda la población, que ha aumentado el sufrimiento de las personas y con ello, la frecuencia de cuadros adaptativos (reacciones ansioso-depresivas inespecíficas) y problemática psicosocial en personas sanas que buscan alivio a su sufrimiento en profesionales de Atención Primaria.

Dado el desbordamiento que se viene observando en este tipo de demanda de atención sanitaria, es previsible un incremento de la prescripción de psicofármacos en contra de todas las recomendaciones de las guías clínicas. Igualmente, al verse superada la capacidad de respuesta de los centros de AP se está produciendo la saturación de las Unidades de Salud Mental (USM) con derivaciones de problemática psicosocial en personas sanas, incrementando las listas de espera, y contribuyendo a resignificar el sufrimiento como psicopatología.

Esto, lejos de mejorar la asistencia a la salud mental de la población va en la dirección de psiquiatrizar la vida cotidiana, con el riesgo de la sobreutilización de recursos sanitarios en problemática psicosocial o en trastornos adaptativos y con ello favorecer, dado el carácter limitado de los recursos humanos, el infratratamiento (en lo que a psicoterapia respecta) de los Trastornos mentales graves, en las USM.

SITUACIÓN DE PARTIDA EN CANTABRIA

La gerencia de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud, que comprende las 4 áreas sanitarias y el 061, se compone por 42 zonas básicas de salud (42 centros de salud) y 118 consultorios. Los Servicios de Urgencias de AP (SUAP) se distribuyen por todas las áreas de la siguiente forma: 11 en Área I, 8 en Área II, 3 en Área III y 9 en Área IV; sienten un total de 31 servicios. Dentro de la atención del 061 comprende 4 bases asistenciales y un centro coordinador de urgencias.

La última memoria de actividad publicada por la Gerencia de Atención Primaria arroja estas cifras de atención: (14)

- ◆ ATENCIÓN PRIMARIA:
 - Citas atendidas médico/a familia: 1.296.000
 - Citas atendidas enfermería: 747.215
 - Citas atendidas pediatría: 211.124

- ◆ UAP:
 - Urgencias atendidas médico/a SUAP: 188.897
 - Urgencias atendidas enfermería SUAP: 141.855

La actualización de datos de la actividad asistencial del 2021 facilitada por la Gerencia de AP arroja estas cifras:

- ◆ ATENCIÓN PRIMARIA:
 - Citas atendidas médico/a familia: 3.064.351
 - Citas atendidas enfermería: 1.578.106
 - Citas atendidas pediatría: 500.458

- ◆ SUAP:
 - Urgencias atendidas médico/a SUAP: 294.428
 - Urgencias atendidas enfermería SUAP: 274.263

Los porcentajes en Cantabria según la ENSE 2017 con respecto a la ansiedad crónica se sitúan en el 8,3% de la muestra (5,4% en hombres y 11,0% en mujeres) y un 7,8% refiere haber recibido el diagnóstico de depresión (4,9% en hombres y 10,6% en mujeres). Por otra parte, la prevalencia de cuadros depresivos activos en la población de Cantabria que muestra la EESE 2020 es de 3,64%, con los porcentajes más altos respecto a la severidad de los síntomas, en grado leve y moderado.

OBJETIVOS

LÍNEA 1: 17 ACCIONES

ACTUACIONES EN HUMANIZACIÓN

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
01 PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL BURNOUT EN EL PERSONAL DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.	<ul style="list-style-type: none"> Realización de un análisis diagnóstico de la organización de AP relacionada con la humanización de la asistencia. Se emplearán escalas de satisfacción y burnout. Desarrollo de acciones de mejora del bienestar emocional del personal que compone el equipo. 	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de respuesta a encuesta de satisfacción. Porcentaje de burnout. Grado de satisfacción. Nº de acciones institucionales dirigidas a este objetivo. Nº de ITs/año de profesionales. Nº de bajas entre profesionales al principio y final del plan.
02 MEJORA EN LA ACCESIBILIDAD TELEFÓNICA DE LAS PERSONAS USUARIAS.	<ul style="list-style-type: none"> Adecuación del acceso de las personas usuarias que contacten vía telefónica con los centros de salud de forma que se garantice la accesibilidad y una mayor satisfacción. 	<ul style="list-style-type: none"> Encuesta de satisfacción a la población sobre la accesibilidad telefónica al centro de salud. Porcentaje de llamadas telefónicas respondidas en los CS.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
03 POTENCIAR EL ABORDAJE DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL CON UN ENFOQUE COMUNITARIO.	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de proyectos con Corporaciones Locales (campañas de educación, reducción del estigma, etc.). Desarrollo, junto a la Escuela Cántabra de Salud, de acciones destinadas a la promoción de la salud mental. Mapeo de los activos en salud comunitaria a nivel local. Incorporación en el aplicativo informático del mapeo. 	<ul style="list-style-type: none"> Nº de ZBS que cuentan con un programa establecido de intervención comunitaria. Nº de activos comunitarios. Nº de intervenciones de la Escuela Cántabra de Salud orientadas a la salud mental. Introducción en aplicativo del enlace al mapeo.

04

EQUIDAD		
ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
PROYECTO SINHOGARISMO.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Desarrollo de un protocolo de actuación sanitario de AP y Atención Especializada para las personas sin hogar. ◆ Facilitar el acceso de las personas en situación de sinhogarismo a los recursos sociales y sanitarios disponibles, con el fin de mejorar su calidad de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de personas sin hogar incluidas en el protocolo sanitario. ◆ Porcentaje de personas sin hogar con diagnóstico de salud mental. ◆ Porcentaje de personas sin hogar que inician tratamiento en salud mental.

05

ENFOQUE DE GÉNERO		
ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
MEJORAR LA FORMACIÓN EN SALUD MENTAL CON UN ENFOQUE DE GÉNERO.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Formación específica para profesionales de la sanidad, acerca de la salud mental con perspectiva de género. ◆ Docencia específica para residentes de AP sobre salud mental con perspectiva de género. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de cursos realizados. ◆ N° de profesionales formados.

06

MEJORA DE LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.	Este objetivo queda incluido dentro de la línea específica de Violencia de Género.	
---	--	--

INTEGRALIDAD

Una de las características definitorias de la AP es la integralidad, por lo que se incluye en cada una de las líneas transversales y no se establecen acciones concretas.

CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y DE CUIDADOS. COORDINACIÓN

07

DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

- ◆ Diseño del programa, que tendrá entre sus objetivos facilitar el acceso al tratamiento psicológico en AP, especialmente para trastorno mental común. El proyecto implica la contratación de profesionales y la implantación del programa en los diferentes CS.

- ◆ Disminución en sintomatología depresiva (PHQ-9) y ansiosa (GAD-7).
- ◆ N° de derivaciones a USM, lista de espera para primera consulta y sucesivas.
- ◆ N° de pacientes con TMC con prescripciones de ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos.
- ◆ N° de pacientes que reciben atención por psicología clínica en AP.
- ◆ Tiempo de espera hasta la primera consulta con psicología clínica de AP y número de sesiones de terapia ofrecidas.

08

OPTIMIZACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL (IT) EN TRASTORNO MENTAL NO GRAVE.

- ◆ Difusión y formación del modelo SEMFyC de optimización de IT entre profesionales de AP.
- ◆ Aplicación del modelo con el fin de mejorar la atención en las consultas de AP.

- ◆ Disminución de las IT por TMC.
- ◆ Disminución de la duración de las IT por TMC.
- ◆ Número de derivaciones a profesional de SM.

09

MEJORA DE LA ATENCIÓN HABITUAL A LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.

- ◆ Elaboración, por medio de un grupo de trabajo, de un programa con acciones de mejora de la asistencia habitualmente dispensada en AP a los problemas de SM (aumento de tiempos de consulta, intervenciones no farmacológicas, etc.) para su posterior difusión e implantación en los CS.

- ◆ Programa elaborado.
- ◆ N° de acciones realizadas.

10

ESTABLECER CIRCUITOS REGLADOS DE COORDINACIÓN / SUPERVISIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA.

- ◆ Delimitar tiempos en las agendas de primaria y salud mental para la coordinación.
- ◆ Promover herramientas de comunicación telemática entre AP y USM para el seguimiento de pacientes y consultoría.
- ◆ Establecer un canal de comunicación directo desde SUAP al personal psiquiátrico de guardia.

- ◆ N° de coordinaciones realizadas (telefónicas, presenciales, mediante aplicación).
- ◆ N° de huecos de coordinación en agendas.

11

DISPONER DE UN PROTOCOLO REGIONAL DE DERIVACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL COMÚN Y CONSENSUADO PARA TODAS LAS ÁREAS.

- ◆ Se promoverá la creación de un grupo de trabajo entre ambos niveles para elaborar el protocolo de actuación y derivación.

- ◆ Realización del protocolo.
- ◆ N° de derivaciones ajustadas al protocolo.

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

ACCIÓN

OBJETIVOS

INDICADORES

12

AUMENTAR LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL BASADA EN LA EVIDENCIA DISPONIBLE.

- ◆ Uso de las Guías de práctica clínica para las patologías más comunes.
- ◆ Grupo de trabajo que evalúe y recomiende las guías clínicas en función del cuestionario de calidad AGREE.

- ◆ Prescripción farmacológica en episodios adaptativos.

13

PROGRAMA MédicaMENTE.

- ◆ Promoción del uso seguro de benzodiazepinas y otros fármacos potencialmente adictivos.

- ◆ N° de centros de salud formados.
- ◆ Prevalencia de consumo.
- ◆ Consumo de DHD.

TICs Y SISTEMAS DE LA INFORMACIÓN

ACCIÓN

OBJETIVOS

INDICADORES

14

PROMOVER EL USO DE HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICAS ONLINE.

- ◆ Elaboración de un listado de herramientas basadas en evidencia (APPs, guías de autoayuda, recursos web, etc.), que posteriormente se difundirá en los equipos de AP.
- ◆ Se contará con la colaboración con la Escuela Cántabra de Salud para enlazar dichos recursos.

- ◆ Listado elaborado.
- ◆ N° de prescripciones de recursos online.

FORMACIÓN

ACCIÓN

OBJETIVOS

INDICADORES

15

POTENCIAR LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL

- ◆ Evaluar las necesidades formativas de profesionales de AP en el campo de la salud mental.
- ◆ Actualizar conocimientos en psicofarmacología.
- ◆ Abordaje de intervención breve y centrados en soluciones.
- ◆ Difusión de Guías de práctica Clínica.

- ◆ Informe de necesidades formativas.
- ◆ N° de acciones formativas por año.
- ◆ N° de profesionales que participan en las acciones formativas por año.

16

POTENCIAR LA FORMACIÓN EN ATENCIÓN COMUNITARIA.

- ◆ Se promoverá la formación continuada en atención comunitaria.
- ◆ Asegurar el asesoramiento y soporte para los equipos que inicien la intervención.
- ◆ Facilitar la formación mediante cursos en horario laboral o con compensación.
- ◆ N° de equipos con intervenciones comunitarias.

TICs Y SISTEMAS DE LA INFORMACIÓN

17

ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.

- | ACCIÓN | OBJETIVOS | INDICADORES |
|--------|---|--|
| | ◆ Aumento del conocimiento sobre la incidencia de problemas de SM entre los casos que reciben atención en AP mediante la extracción de datos de la plataforma informática APC, unificando criterios de registro y codificación. | <ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de indicadores accesibles sobre Salud Mental en AP. ◆ N° de consultas por problemas de salud mental en AP. |

LÍNEA 2. PERSONA CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

IMPACTO SANITARIO Y SOCIAL

En 1987, el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) definió a este colectivo como “un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social” (15).

El Trastorno Mental Grave (TMG) suele implicar la existencia de sintomatología que genera problemas de captación y comprensión de la realidad, distorsiona la relación con los y las demás, supone o puede suponer riesgo vital y tiene repercusiones negativas en distintas áreas del funcionamiento personal (vida cotidiana, educación, empleo, relaciones sociales). Todo ello con una evolución prolongada en el tiempo, con importantes necesidades de continuidad de atención social y sanitaria.

Como vemos, esta definición engloba diversos diagnósticos psicopatológicos con cierta persistencia en el tiempo y que pueden implicar graves dificultades en el funcionamiento personal y social como consecuencia del trastorno, reduciendo la calidad de vida de la persona afectada.

Por ello es necesario un abordaje complejo, incluyendo: atención sanitaria directa con intervenciones biológicas, psicosociales y de rehabilitación; intervenciones sobre el medio social y de apoyo a la familia; y una atención intersectorial: social, laboral, educativa y judicial.

Esta situación conlleva la necesidad de trabajar diversas áreas vitales de la persona, haciendo preciso incorporar otras intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales, además de la farmacológica, lo que genera un considerable consumo de recursos sociosanitarios, ocasionando un importante impacto económico. Ello implica a su vez habilitar sistemas que garanticen un alto nivel de coordinación entre instituciones para optimizar tanto la calidad de la asistencia como la optimización de los recursos comunitarios específicos.

Por otra parte, y según advierte la OMS, hay que recordar que las personas en edad adulta con trastornos mentales graves tienen una esperanza de vida entre 10 y 20 años menor que la población general: la mayoría de estas muertes prematuras se deben a condiciones de salud física. La OMS recuerda que en un gran número de casos la atención recibida por este grupo de pacientes es regular y las condiciones de salud física a veces se pasan por alto agravando esta situación.

Por todo lo anteriormente expuesto, en Cantabria se ha considerado especialmente relevante abordar el TMG como un paciente crónico complejo; planteando la necesidad de estratificación y planificación de recursos con un enfoque sociosanitario, mediante planes de atención individualizada, teniendo en cuenta el Modelo de Recuperación, para así avanzar realmente en la atención a la persona con TMG desde un enfoque comunitario e integrador.

SITUACIÓN DE PARTIDA EN CANTABRIA

En Cantabria los recursos asistenciales especializados para la atención de pacientes con trastorno mental grave en Salud Mental que se disponen son:

- ◆ Área Sanitaria I – Santander:
 - Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV): En la unidad de salud mental todo el personal facultativo puede atender a personas con TMG, además de profesionales de enfermería de cada unidad. Eso hace un total de 13 psiquiatras, 9 psicólogos clínicos y 5 profesionales de enfermería en salud mental. En el HUMV que una persona esté incluida en el proceso TMG no determina el seguimiento con un profesional especialista concreto/a. Tampoco está previsto por el momento.
 - H. Liencres: Este hospital depende funcionalmente del HUMV y comprende una unidad de media estancia Psiquiátrica y un hospital de día psiquiátrico donde la totalidad de pacientes que reciben atención son pacientes con trastorno mental grave; el equipo se compone de: 3 psiquiatras junto con un médico geriatra; 2 psicólogas clínicas, 1 profesional de trabajo social, 3 educadoras sociales, supervisor/a de planta, 13 profesionales de enfermería, 28 técnicos/as en cuidados auxiliares de enfermería y 3 terapeutas ocupacionales.
 - Centro Hospitalario Padre Menni: Contrato de “estancias psiquiátricas” con el Servicio Cántabro de Salud y de referencia para toda la comunidad, con un total de 30 plazas de adultos (de las mismas hasta un máximo de 10 pueden ser de “seguridad media”) con un perfil similar al de los pacientes del Hospital de Liencres: Trastorno Mental Grave que requiere hospitalización de media estancia.

- ◆ Área Sanitaria II Laredo:

El programa pivota sobre una de las profesionales de enfermería de la unidad (actualmente plaza amortizada), junto con 3 profesionales de la psiquiatría de consulta que atienden indistintamente los casos.

- ◆ Áreas Sanitarias IV-III Torrelavega-Reinosa

Todas las agendas pueden atender pacientes con TMG, sobre todo en las de psiquiatría y enfermería. Además, una de las psicólogas también atiende a pacientes con TMG. El programa está coordinado por un profesional de la psiquiatría y una persona con la diplomatura de enfermería dentro del área, asisten a las reuniones y se encargan de la implantación del protocolo de TMG.

Asimismo, se disponen de otros recursos sociosanitarios como son:

- ◆ Plazas en Centros de Reintegración Psicosocial: 345
- ◆ Plazas en Centros Ocupacionales: 57

- ◆ Plazas en Alojamiento supervisado: 22
- ◆ Vivienda Tutelada: 27
- ◆ Plazas en Residencia: Padre Menni (238 de altos cuidados más 20 de unidad de trastornos de conducta); La Loma 51 Y Medinaceli 100.

La implementación del anterior Plan de Salud Mental de Cantabria ha hecho posible avanzar en áreas tan importantes como el desarrollo de una Ruta Asistencial específica para el TMG, como ejemplo de coordinación institucional, donde se incluyeron a todos los dispositivos que intervienen en la asistencia, desarrollando una vía asistencial y creando un Equipo de Análisis de Casos (EAC).

Los últimos datos de dicha ruta arrojan estos datos (Codificados TMG Altamira, noviembre 2021):

Total, TMG (activos): 521

- ◆ Área I: 170
- ◆ Área II: 89
- ◆ Área III: 38
- ◆ Área IV: 224

Total, RTMG: 13

- ◆ Área I: 5
- ◆ Área II: 2
- ◆ Área III: 0
- ◆ Área IV: 6

Aun así, sería necesario dar un impulso a todo ese trabajo realizado y quedaría pendiente avanzar en el diseño de planes individuales de tratamiento, en definir el alcance y competencias de la figura emergente de gestión de casos y estabilizar los mecanismos de coordinación y asistencia en red para completar su implementación; ese sería, precisamente, uno de los objetivos clave para avanzar en esta línea de acción.

OBJETIVOS

LÍNEA 2: 31 ACCIONES

ACTUACIONES EN HUMANIZACIÓN

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
<p>01 ACTUACIONES QUE AUMENTEN LA HUMANIZACIÓN EN TMG Y QUE ABORDEN ASPECTOS JURÍDICO-LEGALES.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Se promoverá la creación de un grupo de trabajo de Humanización y Derechos en Salud Mental cuyo cometido será estudiar la salvaguarda y garantía en equidad y detectar situaciones de inequidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de informes de incapacidad "apoyos" realizados. ◆ N° de eventos comunicados y actuados solicitados para el Observatorio.
<p>02 HUMANIZACIÓN EN HOSPITALIZACIÓN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Elaboración de medidas destinadas a mejorar la calidad y la atención al paciente con TMG hospitalizado desde una perspectiva humanizadora. Las actuaciones recogerán los siguientes apartados: humanización de espacios acogida en el ingreso, medidas que eviten la coerción, salud física, preparación del alta. ◆ Para lograr esta mejora se habilitarán camas de ingreso en el Área IV, lo que permitirá mejorar la humanización en la unidad de ingreso del Área I. ◆ Además de las actuaciones descritas para hospitalización en agudos, se revisará el contrato con Padre Menni y se evaluará la posibilidad de incluir plazas de larga estancia (6 a 12m) actualmente inexistentes para completar todos los posibles perfiles. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de internamientos involuntarios/año. ◆ N° de contenciones mecánicas/año. ◆ N° de incidentes graves/año (auto/heteroagresiones, caídas, asistencias de seguridad, etc.). ◆ N° de quejas de pacientes. ◆ N° de horas semanales de actividades ocupacionales. ◆ Contrato de estancias psiquiátricas en Padre Menni actualizado.

03

PROYECTO PILOTO “PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO EN COMUNIDAD”.

- ◆ Mediante su implantación en los SSAP se busca el aumento de la calidad percibida en la atención sociosanitaria de la persona con TMG, incrementando el apoyo a la persona usuaria y familias en la toma de decisiones mediante el acompañamiento en AIVD.
- ◆ N° de pacientes que reciben información sobre la planificación de Decisiones Anticipadas.
- ◆ N° de actos realizados de Decisiones Planificadas.
- ◆ N° de informes de incapacidad “apoyos” realizados.
- ◆ N° de eventos comunicados y actuados solicitados para el Observatorio.

04

MEJORA DE LA PARTICIPACIÓN DE PERSONAS USUARIAS Y FAMILIA.

- ◆ Se facilitará la participación de las personas usuarias con la apertura de canales de comunicación a través del servicio de atención al usuario (SAU) y encuestas periódicas.
- ◆ Encuestas bianuales (participación USM y entidades externas).
- ◆ N° sugerencias hechas en el SAU.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
05 ELABORAR PROTOCOLO/ PROGRAMA DE “SALUD FÍSICA EN TMG”.	◆ Elaboración de un Protocolo unificado Salud Física en TMG con la implantación del mismo en todas las áreas sanitarias de la comunidad autónoma. Se incluirán posibles actuaciones en colaboración con la ECS.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Diseño del Programa Salud Física. ◆ Implementación en cartera de servicios. ◆ Evaluación de parámetros de salud física al inicio del programa, a los 6 meses, y 1 año.

EQUIDAD

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
06 ELABORACIÓN DE UN PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO (PIT) PARA UNIFICAR CRITERIOS EN TODAS LAS ÁREAS DE SALUD.	◆ Diseño por parte del grupo de trabajo en TMG del PIT que se incluirá en el proceso integrado del TMG. Dicho PIT quedará plasmado en un documento unificado de acceso a todos los profesionales cuyo trabajo implique la atención a las personas con TMG.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de reuniones del grupo por año. ◆ PIA diseñado para cada paciente incluido en proceso TMG. ◆ Implementación PIA en todas las áreas de salud. ◆ N° de PITs realizados/ año
07 POTENCIAR PROGRAMAS DE TELESALUD MENTAL EN CANTABRIA.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Se incluirá dentro de los Procesos asistenciales TMG un formato de asistencia clínica en formato híbrido. ◆ Se establecerán las herramientas informáticas necesarias para prestar una atención asistencial de calidad y con garantías. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de programas Tele-Salud Mental puestos en marcha. ◆ N° de consultas telemáticas anuales. ◆ Porcentaje de consultas telemáticas sobre total de visitas por año/profesional/ servicio.

08

EQUIPOS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA.

- ◆ Se promoverá la creación y puesta en marcha de los Equipos de Intervención Comunitaria para personas con TMG, con el fin de garantizar la equidad y el acceso a la asistencia en zonas de alta dispersión geográfica o cuando existan dificultades de desplazamiento.
- ◆ Puesta en marcha de equipos de intervención comunitarios.
- ◆ N° de pacientes que reciben atención anualmente.

09

HOSPITAL DE DÍA EN EL ÁREA II.

- ◆ Se promoverá la creación de un hospital de día en el Área II (Laredo) para dar cobertura a esta parte de la población. Se partirá de la estructura inicial del Programa de Atención Ambulatoria Intensiva y se completará el equipo. Se proporcionarán los espacios necesarios.
- ◆ Equipo completado.
- ◆ N° de pacientes atendidos anualmente.

10

ELABORACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES ESTANDARIZADOS PARA TODO EL TERRITORIO DE LA CCAA.

- ◆ Se procederá al diseño de procesos estandarizados necesarios para garantizar la equidad en la atención y cuidado de la persona con TMG a lo largo de su vida.
- ◆ Elaboración del documento Procesos asistenciales en TMG estandarizado
- ◆ N° de protocolos/vías clínicas que procedan.

11

PROGRAMA ESPECÍFICO DE INSERCIÓN SOCIOLABORAL EN PACIENTES CON TMG CON COMPLICACIONES LEGALES.

- ◆ Se impulsará y garantizará la continuidad de programas específicos para personas con TMG y complicaciones legales como colectivo especialmente vulnerable.
- ◆ El objetivo final será lograr la inserción sociolaboral plena y equitativa de las personas con TMG judicializadas y prevenir nuevas judicializaciones.
- ◆ N° casos que reciben atención/año.
- ◆ N° de intervenciones psicosociales/año.
- ◆ Tasa de abandonos del programa.
- ◆ N° de personas usuarias que continúan en seguimiento en USM / CRPS o residencial a los 6 meses de finalizar cumplimiento medida] / [N° total de personas usuarias que finalizan medida] x 100.

ENFOQUE DE GÉNERO

12

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER CON TMG.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Se diseñará un programa específico de atención a la mujer que incluya los periodos de embarazo, parto y puerperio; la detección violencia de género (VG) (actual y pasado) y las situaciones de riesgo. ◆ Inclusión de la perspectiva de género en el acceso a los dispositivos sociosanitarios mediante la creación de una guía de criterios compensadores de situaciones de riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Elaboración del programa. ◆ N° de acciones divulgativas dirigidas a especialistas obstétricos de AP y AE. ◆ N° de derivaciones de embarazos TMG/N° embarazos TMG x 100. ◆ Creación de apartado específico víctima VG. ◆ N° de casos codificados con VG o riesgo VG. ◆ Guía de criterios realizada

INTEGRALIDAD

13

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
PROYECTO VALORACIÓN DEPENDENCIA EN SALUD MENTAL ACTUALIZADA (“PROYECTO VADESMA”).	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Conseguir que las personas con TMG cuenten con la valoración de dependencia realizada con el objetivo de poner a su disposición los recursos de día o residenciales que precisen en cada etapa vital y según evolución individual. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Porcentaje de personas con TMG con dependencia valorada (Objetivo: 100%).

14

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
IMPULSAR ACCIONES PARA LA VALORACIÓN DE DEPENDENCIA ESPECÍFICAS EN SALUD MENTAL (dentro del proyecto VADESMA).	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Valoración de dependencia en TMG realizada por personal sanitario especializado o con experiencia en Salud Mental, para obtener una mejor sincronización en la aplicación del BVD de estos pacientes, cuyas características obligan a que su aplicación sea más específica que en los casos de enfermedad física. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Creación del grupo de valoración. ◆ N° de valoraciones por año.

15

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
ESTANDARIZAR EL PROCESO ASISTENCIAL “CUIDADOS EN TMG”.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Unificar los cuidados de enfermería en la red asistencial en SM (proceso TMG), para disminuir la variabilidad en la práctica clínica habitual. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de personas codificadas con proceso TMG en seguimiento por enfermería SM. ◆ N° de documentos CMBD completados. ◆ N° de PAE completados.

CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y DE CUIDADOS. COORDINACIÓN.

16

DESARROLLO DE LA FIGURA DE GESTOR DE CASOS EN TMG.

Definición competencial de la figura en nuestra comunidad según las bases de Enfermería Práctica Avanzada y/o Trabajo Social Sanitario, junto con el reconocimiento institucional de esta figura con la suficiente autoridad para poder desarrollar sus funciones en su ámbito de intervención, en otros niveles asistenciales y en otras instituciones:

- ◆ En comunidad: persona con la diplomatura de enfermería con la especialidad en salud mental.
- ◆ Tras alta hospitalaria (profesional de referencia al alta): trabajador/a social sanitario/a.

- ◆ Proyecto o Grupo de trabajo que lo defina.
- ◆ Implementación del Proceso asistencial “Gestor de Casos” en HCE.
- ◆ N° de personas con criterios de TMG que reciben atención profesional de Gestión de Casos anualmente.
- ◆ N° de contactos profesionales realizados por la figura del gestor de casos con las distintas entidades y/o profesiones que intervienen en el proceso TMG por usuario atendido.

17

PUESTA EN MARCHA DE PROGRAMA PILOTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN TMG.

- ◆ Se evaluará la eficacia de intervenciones de terapia ocupacional (pre y post-alta).

- ◆ N° reingresos hospitalarios del área de cobertura de personas incluidas en el programa de Terapia Ocupacional..

18

SE PROMOVERÁ LA CREACIÓN DE LA RUTA DEL TMG.

- ◆ Abordar el TMG como un paciente crónico complejo planteando la necesidad de estratificación y planificación de recursos con un enfoque sociosanitario, mediante planes de atención individualizada, teniendo en cuenta el modelo de recuperación.

- ◆ N° de pacientes con TMG que reciben atención al año.
- ◆ N° PIT realizados/N° TMG total x100.

19

GARANTIZAR Y POTENCIAR LA COORDINACIÓN DE LAS USM CON OTROS DISPOSITIVOS CUYO TRABAJO IMPLIQUE LA ATENCIÓN AL TMG.

- ◆ Se habilitarán vías de coordinación intersectoriales (ICASS, corporaciones locales, entidades sin ánimo de lucro, recursos sociosanitarios y rehabilitadores, pacientes judicializados, etc.) eficaces mediante el reconocimiento de esa coordinación como tiempo efectivo de trabajo (reserva en agendas).

- ◆ Establecimiento de mesa de coordinación.
- ◆ N° de coordinaciones/ reuniones anuales.

20

SE PROMOVERÁ LA CREACIÓN DE RECURSOS RESIDENCIALES INTERMEDIOS.

- ◆ Se realizará una evaluación preliminar de necesidades de recursos residenciales intermedios (viviendas tuteladas) con niveles progresivos de apoyos de forma que se favorezca la integración de las personas con TMG en comunidad, fomentando el mayor nivel de autonomía posible, favoreciendo la rehabilitación. Dicha evaluación se elevará a Consejerías.
- ◆ N° de recursos residenciales nuevos creados para personas con TMG.

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

ACCIÓN

OBJETIVOS

INDICADORES

21

PLANIFICAR Y DESARROLLAR ITINERARIOS INDIVIDUALIZADOS.

- ◆ Se adaptarán los itinerarios y la atención en los CRPS, CO y vía formativo-laboral a las personas con TMG; ajustando el proceso rehabilitador a las necesidades de las personas usuarias en las diferentes etapas individuales del proceso. Con ello se aumentará la autopercepción de competencia personal, mejora de la autonomía y empoderamiento de la persona.
- ◆ Reuniones de coordinación SCS/ICASS para tal fin.
- ◆ Documentos consensuados con definición de itinerarios y evaluación de necesidades para implementar dichos itinerarios.

22

MEJORAR LA ASISTENCIA DE URGENCIAS ANTE DESCOMPENSACIONES.

- ◆ Se evaluará la eficacia de intervenciones de terapia ocupacional (pre y post-alta).
- ◆ Protocolo/documento actualizado.

23

CREAR COMISIONES MULTIDISCIPLINARES ESPECÍFICAS DE SM.

- ◆ Se potenciará la creación de grupos de trabajo/comisiones específicas cuyo principal objetivo será la estandarización de protocolos clínicos, así como su implementación equitativa en todas las áreas de salud.
- ◆ N° comisiones creadas a tal fin.
- ◆ N° reuniones anuales.
- ◆ N° de documentos elaborados.

TICs Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

ACCIÓN

OBJETIVOS

INDICADORES

24

DESARROLLO PROCESO ESPECÍFICO "SM EN RED" (PAI ESPECÍFICO) E INTEGRACIÓN EN PLATAFORMA ALTAMIRA.

- ◆ Se promoverá la creación de un grupo de trabajo mixto denominado "TICs en Salud Mental" con el objetivo de definir procesos específicos de SM en red con integración plena en HCE y no como documentación externa.
- ◆ Creación del grupo.
- ◆ Creación del documento de procesos.
- ◆ Integración en la HCE.

25

DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE RECURSOS DIGITALES DE COORDINACIÓN INTERSECTORIAL.

- ◆ Se diseñarán e implementarán vías digitales que permitan la comunicación entre las distintas administraciones que intervienen en el itinerario vital de la persona con TMG, con el fin último de garantizar la máxima coordinación en su atención.

- ◆ Desarrollo de la herramienta digital.
- ◆ N° de pacientes con coordinación telemática.

FORMACIÓN

ACCIÓN

OBJETIVOS

INDICADORES

26

FORMACIÓN EN ENFERMERÍA PRÁCTICA AVANZADA Y GESTIÓN DE CASOS EN TMG.

- ◆ Se incluirá en los planes formativos del SCS acciones que potencien los nuevos roles de enfermería en la atención al TMG.

- ◆ N° actividades formativas realizadas por año.
- ◆ N° de personas formadas

27

FORMACIÓN A PROFESIONALES EN TICS Y TELEMEDICINA.

- ◆ Se impulsarán programas específicos de capacitación digital para profesionales de la salud mental (herramientas informáticas disponibles, actualización, etc.).

- ◆ N° de actividades formativas realizadas por año.
- ◆ N° de personas formadas.

28

FORMACIÓN ESPECÍFICA EN SM/TMG PARA EQUIPOS DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA.

- ◆ Se impulsarán actividades formativas específicas en salud mental para los equipos de valoración de dependencia. El objetivo es que sean tenidas en cuenta las características específicas de la persona con TMG, diferentes a las de la dependencia por patologías físicas.

- ◆ N° actividades formativas realizadas por año.
- ◆ N° de personas formadas.

29

FORMACIÓN ESPECÍFICA EN TMG PARA RESIDENTES (PIR, EIR, MIR).

- ◆ Todos los profesionales en formación especializada en SM realizan rotaciones en los CRPS con el objetivo de comprender el itinerario completo de la persona con TMG.

- ◆ N° de rotaciones en CRPS/año/profesión.

INVESTIGACIÓN

ACCIÓN

OBJETIVOS

INDICADORES

30

ACCESO DE PROFESIONALES DE LA SANIDAD A INDICADORES A TRAVÉS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DISPONIBLES.

- ◆ Se facilitará el acceso a indicadores de rendimiento y/o de resultados a profesionales del área asistencial mediante el diseño e implementación de los mismos en los sistemas de información disponibles en Cantabria, que faciliten la investigación en SM y cuidados en TMG.

- ◆ Diseño e implementación en los sistemas de información.

31

ESTUDIO DE NECESIDADES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA CON TMG EN CANTABRIA.

- ◆ Se realizará una evaluación para determinar el tipo de recursos necesarios a fin de garantizar un correcto abordaje de los problemas específicos de la persona con TMG.
- ◆ Mapeo exhaustivo de recursos en la actualidad disponible en plataforma de consulta pública. Documento dinámico
- ◆ Documento-Propuesta necesidades en Cantabria realizado

LÍNEA 3. PERSONA MAYOR O FRÁGIL

IMPACTO SANITARIO Y SOCIAL

La OMS ha definido la Psicogeriatría como la rama de la Salud Mental (SM) que se ocupa de la atención a las personas de más de 65 años de edad que presentan trastornos mentales, con independencia de que estos sean de origen orgánico o funcional. En el año 1985, el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica estableció el carácter prioritario de las actuaciones sanitarias en el ámbito de la SM para las personas de edad avanzada; y si sumamos que las últimas décadas se ha producido un progresivo envejecimiento de la población, justifica todavía más la necesidad de desarrollar recursos específicos para la atención psicogeriatría. Los principales factores de riesgo asociados con los problemas de SM psicogeriatría son:

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

Por tanto, la atención psicogeriatría debe organizarse desde una concepción biopsicosocial puesto que en esta franja etaria los problemas de SM suelen estar asociados con patología orgánica y/o comorbilidad somática; considerando también la situación social de la persona enferma, valorando aspectos como la presencia de discapacidad y la carga económica o familiar que puede producirse sobre los cuidadores.

El abordaje interdisciplinar constituye la esencia de la atención psicogeriatría de calidad y el marco ideal de atención es el comunitario, puesto que la puerta de entrada de pacientes al circuito de la SM suele ser fundamentalmente la AP.

La búsqueda de ayuda en las personas mayores suele ser distintas que otros grupos de edad estando más pendientes de sus síntomas físicos que de los aspectos psicológicos, y si aparecen problemas psicológicos, son comunicados con mayor frecuencia al personal médico de AP.

La accesibilidad a los servicios va a depender, entre otros factores, de la localización de los servicios, de los sistemas de detección de casos y de la existencia de canales de comunicación y de sistemas de trabajo coordinados entre los distintos servicios y recursos que componen las redes de atención en psicogeriatría.

Todo esto se ha evidenciado de manera dramática en la actual crisis sanitaria por COVID-19, en el contexto de las altas tasas de letalidad en los centros residenciales de personas mayores y las dificultades y carencias en la coordinación sociosanitaria. Asimismo, se confirma en la literatura especializada y en documentos del Ministerio de Sanidad el menor uso de los recursos y servicios sanitarios en las personas mayores con trastornos mentales y del comportamiento respecto al resto de las edades.

Todas estas consideraciones nos deben hacer reflexionar sobre la dificultad de proveer una atención y unos cuidados adecuados hacia las personas mayores con trastornos mentales. La combinación de enfermedad física, trastorno mental y discapacidad exige la coordinación de los servicios de AP, servicios psicogerítricos y los servicios sociales que en muchas ocasiones no es posible y nos impone habitualmente una atención con separación entre los distintos servicios.

SITUACIÓN DE PARTIDA EN CANTABRIA

Cantabria es una comunidad envejecida y que en los años venideros lo será más aún como consecuencia de una creciente esperanza de vida, un panorama demográfico que es relativamente similar al del conjunto de España, donde en el 2021 un 22,20% de la población en Cantabria eran personas mayores de 65 años. Se prevé que dentro de 15 años (en 2033) serán aproximadamente un 30% (un 10% con 80 y más años).

Casi un 65% de la población con 65 y más años se concentra en grandes núcleos de población (zonas con más de 10.000 habitantes), sin embargo, las tasas de envejecimiento son más altas en los núcleos de población con menos de 2000 habitantes (llegando a un 30%) en comparación con la urbana (con un 19,8%).

En este panorama demográfico, de envejecimiento creciente con perfil predominante de mujer mayor, aparecen dos colectivos de personas objeto y sujeto de la atención: un colectivo en situación de fragilidad, aún en sus domicilios, y otro en situación de dependencia, de los cuales, en enero del 2021, constituían unas 5.000 personas en situación de ingreso en centros residenciales de atención a la dependencia en Cantabria.

En la actualidad, la asistencia en SM desde el Servicio Cántabro de Salud está incluida en la atención general a la población adulta mayor de 18 años. No existen recursos específicos de psicogeriatría. Las únicas iniciativas existentes en la Red del SCS en este sentido son:

- ◆ Área I de Salud:
 - Servicio de Neurología HUMV: Unidad de Deterioro Cognitivo (plantilla estructural: 2 profesionales de Neurología con 80% de su jornada laboral, 1 profesional de Neurología con 50% y 1 persona con la diplomatura de enfermería a jornada completa; 2 personal de investigación propia y una coordinadora de ensayos clínicos, contratadas con fondos propios de investigación a través del IDIVAL).

- Servicio de Psiquiatría HUMV (1 psiquiatra a 80% de jornada laboral y 1 Geriatra a tiempo parcial (40%):
 - ◆ Programa de psicogeriatría de apoyo a centros de dependencia (Residencias de Mayores).
 - ◆ Programa de psicogeriatría de apoyo a la Red de SM.
- ◆ Área II de Salud: Servicio de Psiquiatría H. Laredo. No existen programas de psicogeriatría como tales.
- ◆ Área III-IV de Salud: Servicio de Psiquiatría Hospital Sierrallana (1 profesional de la psiquiatría tiempo parcial, 1 profesional de la psicología clínica tiempo parcial, y 2 profesionales de enfermería a tiempo parcial):
 - Programa de psicogeriatría en SM: El 1 de octubre de 2016 se pone en marcha el programa de psicogeriatría del Hospital Sierrallana contando inicialmente con tres profesionales, de Psiquiatría, Psicología y Enfermería, a tiempo parcial, que finalmente se amplió con un segundo profesional de enfermería y la dedicación del profesional de psiquiatría ha pasado a ser casi completa al programa. Las vías de acceso al programa se pueden realizar a través de derivaciones desde consultas de AP o de otras especialidades, desde el servicio de urgencias y de la hospitalización, desde la interconsulta con centros residenciales o desde el propio centro de SM. Desde el 20 de abril de 2020, con intención de paliar los efectos de la pandemia COVID, se comienza a ofrecer un servicio adicional de interconsulta no presencial con residencias para prestación de atención directa a centros de atención a la dependencia del ICASS con apoyo del equipo de informática del Hospital para uso de tecnología en e-SM.

OBJETIVOS

LÍNEA 3: 16 ACCIONES

HUMANIZACIÓN

01

PROMOVER LA PARTICIPACIÓN EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN PSICOGERIÁTRICA A PERSONAS DE LOS MOVIMIENTOS ASOCIATIVOS Y DE VOLUNTARIADO SOCIAL Y A LAS ASOCIACIONES DE FAMILIARES Y ENFERMOS MENTALES.

- ◆ Invitar a representantes del movimiento asociativo y ONGs en la elaboración de los documentos alusivos a los programas de psicogeriatría.
- ◆ Realizar una encuesta de necesidades detectadas por asociaciones y ONGs en el ámbito de la atención psicogeriatría que orienten actuaciones en los programas asistenciales de psicogeriatría.
- ◆ Realizar y/o colaborar con programas de Formación del voluntariado social en el área de la atención en psicogeriatría.
- ◆ Realizar y/o colaborar con la ECS programas de formación y psicoeducación en el ámbito de psicogeriatría.

- ◆ N° de representantes de las asociaciones y ONGs/ voluntariado social integrados en la elaboración de documentos y/o actuaciones del programa de psicogeriatría.
- ◆ Encuesta de necesidades en las personas mayores con trastorno mental.
- ◆ N° de actuaciones en programas de formación del voluntariado social.
- ◆ N° de actividades y/o programas de Formación psicogeriatría en la ECS.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

02

PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE EN LAS PERSONAS MAYORES Y FRÁGILES.

- ◆ Desarrollo de programas preventivos en los centros sociales mediante el uso de TICs. Se facilitarán actividades y programas de envejecimiento activo saludable para las personas mayores usuarias de SM.
- ◆ Colaborar con programas de m-health orientados a la población psicogeriatría.
- ◆ Colaborar con acciones psicoeducativas en el ámbito de la psicogeriatría promovidas por la ciudadanía, los medios de comunicación, las agencias sociales y sanitarias públicas y privadas, los movimientos asociativos y el voluntariado social.

- ◆ N° de programas desarrollados.
- ◆ N° de personas mayores que han participado en programas.

03

EQUIDAD		
ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
FACILITAR EL ACCESO DE LAS PERSONAS MAYORES Y FRÁGILES CON TRASTORNOS MENTALES A LOS DISPOSITIVOS DE LA RED DE ATENCIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Elaboración del documento que especifique las vías clínicas de acceso y los flujos de derivaciones entre los dispositivos sanitarios y sociales de la red y los dispositivos psicogeríatricos específicos, así como la coordinación entre ellas. ◆ Elaboración del protocolo de acogida, recepción y acceso de pacientes derivados al Programa de psicogeriatría en cada área de salud. ◆ Definir una vía específica para el manejo del deterioro cognitivo, acorde al Plan Nacional de Alzheimer, con posibilidad de acceder en condiciones de equidad a las técnicas de diagnósticos disponibles en la actualidad, en todos los niveles del sistema sanitario. ◆ Revisar protocolos de traslado de pacientes mayores y frágiles en vehículo sanitario. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de personas derivadas a los dispositivos de psicogeriatría de Cantabria. ◆ N° de documentos y protocolos de acogida, recepción y acceso de pacientes derivados al Programa de psicogeriatría. ◆ N° de documentos y protocolos de flujos asistenciales entre diferentes servicios sanitarios que atienden a pacientes psicogeríatricos. ◆ N° de personas mayores trasladadas en vehículo sanitario a los dispositivos de psicogeriatría.

ENFOQUE DE GÉNERO

Este objetivo queda recogido dentro de las actuaciones de la **Línea 6c, Violencia de Género**.

04

INTEGRALIDAD		
ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
DEFINIR UN MODELO DE ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SM EN LA EDAD GERIÁTRICA.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Elaboración del programa de atención a la SM de las personas mayores de 65 años (persona mayor y frágil) en Cantabria, adecuando las características geográficas, demográficas y sociales, y definiendo la organización de la asistencia sanitaria y sociosanitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Creación del grupo de trabajo. ◆ Elaboración del documento.

05

DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE APOYO A LOS CUIDADORES PRINCIPALES DE LAS PERSONAS MAYORES Y FRÁGILES CON ENFERMEDAD MENTAL CON DEPENDENCIA

- ◆ Implementar programas de Apoyo y grupos de Autoayuda a los cuidadores principales, mediante la colaboración con asociaciones y ONGs en programas de apoyo, así como en actividades de psicoeducación en el ámbito de la psicogeriatría.
- ◆ Promover la posibilidad de dar apoyo a Cuidadores Principales con la existencia de una Red de unidades o plazas de Respiro con estancias temporales.
- ◆ N° de familias incluidas en programas de apoyo a cuidadores.
- ◆ N° de personas mayores y frágiles con trastorno mental derivadas a unidades de respiro para cuidadores con estancias temporales.
- ◆ N° de actividades de colaboración con Asociaciones y ONGs respecto al apoyo y psicoeducación de cuidadores.

CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y DE CUIDADOS. COORDINACIÓN

ACCIÓN

OBJETIVOS

INDICADORES

06

COORDINACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOGERIÁTRICA CON LOS SERVICIOS SANITARIOS EXISTENTES DE LA RED ESPECIALIZADA

- ◆ Elaborar protocolos de derivación y coordinación entre los dispositivos psicogeriátricos y el programa de atención psicogeriátrica incluyendo a pacientes con deterioro cognitivo y alteraciones conductuales graves.
- ◆ Desarrollar programas de interconsulta y enlace de los centros sanitarios referidos con los equipos de psicogeriatría de cada área de salud.
- ◆ N° de actuaciones de coordinación, interconsulta y enlace realizadas.
- ◆ N° de protocolos de derivación y flujo de pacientes.
- ◆ N° de pacientes que reciben atención al año de ser derivados de la red.

07

MEJORA DE LA COORDINACIÓN/ COMUNICACIÓN ENTRE EL SCS Y LOS CENTROS DE DEPENDENCIA RESIDENCIALES

- ◆ Elaborar un atlas regional de recursos residenciales y de alojamientos alternativos (especificando los diferentes tipos de centros y plazas) para las personas mayores de 65 años con dependencia reconocida en sus diferentes grados como consecuencia de trastorno mental y del comportamiento.
- ◆ Documento del atlas realizado.
- ◆ N° de residencias y/o centros sociosanitarios con programas de enlace en psicogeriatría.

08

MEJORA EN LA COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS PARA LA EVALUACIÓN DE APOYOS PARA LAS PERSONAS MAYORES Y FRÁGILES.

- ◆ Diseñar una evaluación integral de las personas mayores/ frágiles con trastorno mental y del comportamiento que refleje de manera específica la funcionalidad, y las limitaciones específicas que contribuirán a la posterior determinación de su dependencia y/o grado de discapacidad.
- ◆ Establecer protocolos tanto en dispositivos sociales como sanitarios de derivación de las personas mayores o frágiles con trastorno mental y del comportamiento hacia los recursos tanto sociales como sanitarios necesarios en cada caso.
- ◆ N° de personas mayores derivadas a valoración por grado de dependencia y/o grado de discapacidad.
- ◆ N° de personas mayores y frágiles con trastornos mentales derivadas para apoyos y cuidados en la comunidad.
- ◆ N° de personas mayores y frágiles con trastornos mentales derivadas para asignación de plazas residenciales en unidades de convivencia.
- ◆ Documento de evaluación integral psicogeriatrica.

CALIDAD Y SEGURIDAD

ACCIÓN

OBJETIVOS

INDICADORES

09

MEJORA DE LA DETECCIÓN DE LOS TRASTORNOS PSICOGERIÁTRICOS EN EL SCS Y EN LOS CENTROS DE DEPENDENCIA RESIDENCIAL EN LA COMUNIDAD

- ◆ Definir métodos de screening y diagnóstico precoz validados y con evidencia científica de los trastornos mentales en las personas mayores y frágiles, del deterioro cognitivo y de determinantes sociales predictores de fragilidad y riesgo.
- ◆ Elaborar protocolo de actuación en la detección de situaciones de violencia, abusos y/o maltrato en las personas mayores y frágiles de Cantabria.
- ◆ Elaboración del documento.
- ◆ N° de protocolos de actuación en violencia, abuso y/o maltrato de los mayores en Cantabria.

10

INTEGRAR LA ASISTENCIA PSICOGERIÁTRICA DE LAS PERSONAS MAYORES Y FRÁGILES MEDIANTE LA CREACIÓN DE UNIDADES Y/O PROGRAMAS FUNCIONALES DE SM PSICOGERIÁTRICAS.

- ◆ Se promoverá la creación de unidades/programas de psicogeriatrica en cada área de salud.
- ◆ Elaboración del registro estadístico estratificado por edades de los mayores de 65 años institucionalizados que reciben atención en USM y dispositivos hospitalarios de la red de SM.
- ◆ N° de unidades/programas de psicogeriatrica implementadas en SCS.
- ◆ N° de pacientes mayores y frágiles que reciben atención en la USM psicogeriatrica.
- ◆ N° de pacientes mayores y frágiles institucionalizados en Centros de Dependencia que reciben atención en la USM psicogeriatrica.

11

IMPLANTAR UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN EN PSICOGERIATRÍA DE REFERENCIA.

- ◆ Elaboración de los documentos necesarios para la puesta en marcha de la unidad (organización de la unidad, derivación y flujo a la unidad...).
- ◆ Establecimiento de los recursos humanos y materiales necesarios para su implantación.
- ◆ Elaborar Cronograma de implantación sucesiva de los dispositivos ambulatorios del programa de atención psicogerítrica en cada área de salud.
- ◆ N° de pacientes mayores y frágiles que reciben atención en la unidad de hospitalización.
- ◆ Unidad hospitalaria creada.
- ◆ N° de pacientes que reciben atención anualmente.
- ◆ N° de protocolos asistenciales implementados.
- ◆ N° de pacientes en lista de espera para atención ambulatoria psicogerítrica en cada área de salud.

12

MEJORA DE LA ATENCIÓN MEDIANTE LA PROMOCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PSICOGERIÁTRICA.

- ◆ Se definirá el modelo de atención domiciliaria psicogerítrica en colaboración con AP y Hospitalización Domiciliaria en cada área de salud.
- ◆ Documento del modelo de Atención Domiciliaria para las personas mayores y frágiles.
- ◆ N° anual de pacientes que reciben cuidados en Atención Domiciliaria Psicogerítrica en cada área de salud.
- ◆ Lista de espera de pacientes en situación de espera de ingreso en Atención Domiciliaria en cada área de salud.

13

IMPLEMENTAR UN PROGRAMA DE VIGILANCIA FARMACOLÓGICA EN PACIENTES MAYORES Y FRÁGILES.

- ◆ Implementar un programa de vigilancia farmacológica de los psicofármacos en población mayor y frágil.
- ◆ Implementar protocolos para el uso de psicofármacos fuera de indicación en población mayor y frágil en el SCS
- ◆ N° de protocolos para el uso de psicofármacos fuera de indicación en población mayor y frágil con trastornos mentales y del comportamiento.
- ◆ N° de pacientes en programa de vigilancia farmacológica.

14

FORMACIÓN

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
<p>IMPLEMENTAR UN PLAN DE FORMACIÓN EN PSICOGERIATRÍA PARA PROFESIONALES DE LA RED DE SM, AP, OTRAS ESPECIALIDADES, SERVICIOS SOCIALES Y SOCIOANITARIOS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Elaboración de una encuesta para detectar las necesidades de formación en el área de psicogeriatría entre profesionales de la sanidad y sociales que trabajan con personas mayores en Cantabria. ◆ Elaboración de un documento que recoja el Plan de Formación en psicogeriatría en Cantabria en los próximos 5 años. ◆ Implementar formación en la detección y diagnóstico precoz de los trastornos mentales psicogeríatricos y situaciones de abuso/maltrato para profesionales del SCS. ◆ Implementar la formación en determinantes sociales predictores de fragilidad y para profesionales de Servicios Sociales, Justicia, FOP, movimiento asociativo y voluntariado social de Cantabria. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Encuesta de necesidades de Formación en psicogeriatría ◆ Documento del plan de formación en Cantabria. ◆ N° de acciones formativas en psicogeriatría implementadas. ◆ N° de acciones de formación en la detección de determinantes sociales predictores de fragilidad y riesgo en los mayores de Cantabria.

15

TICS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
<p>MEJORA DE LA COMUNICACIÓN Y DEL TRATAMIENTO MEDIANTE USO DE LAS TICS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Implementar un programa de telemedicina en cada área de salud, para la asistencia a la población mayor y frágil con trastornos mentales. ◆ Implementar un programa de m-health de enlace con la población en edad geriátrica de Cantabria. ◆ Desarrollar e implementar programas de enlace e interconsulta con Centros de Dependencia para personas mayores de 65 años incorporando herramientas TIC que permitan interoperabilidad de la comunicación entre las diferentes agencias sanitarias y sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de pacientes que reciben atención en el programa de telemedicina en la población en edad geriátrica. ◆ N° de personas mayores participantes en programa de m-health. ◆ N° de Residencias y/o Centros Sociosanitarios con Implementación de herramienta TIC interoperable entre servicios sociales y los servicios sanitarios.

16

INVESTIGACIÓN

ACCIÓN

ESTIMULAR EL DESARROLLO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOGERIATRÍA.

OBJETIVOS

- ◆ Iniciar líneas de investigación clínica en psicogeriatría en colaboración con otras Instituciones y/o Servicios sanitarios y/o sociosanitarios.

INDICADORES

- ◆ N° de acciones realizadas para el desarrollo de proyectos de investigación en psicogeriatría.
- ◆ N° de líneas de investigación abiertas en psicogeriatría.

LÍNEA 4. INFANCIA Y ADOLESCENCIA

IMPACTO SANITARIO Y SOCIAL

Los trastornos mentales tienen un gran impacto en la vida de los niños, niñas y adolescentes. Recientes metaanálisis arrojan prevalencias en torno al 13% para cualquier trastorno mental (54). Algunos de los trastornos más prevalentes (como son los ansiosos y depresivos), llegan a afectar al 12% y al 3% en un momento dado (55).

Diversos estudios han puesto de manifiesto que una elevada proporción de los trastornos mentales en estas etapas persistirán o presentarán recurrencias en la edad adulta (56), por lo que el abordaje precoz se hace fundamental si queremos prevenir su aparición en fases posteriores del ciclo vital. De hecho, se ha encontrado que hasta el 73,9% de pacientes en edad adulta con un trastorno mental había recibido ya un diagnóstico antes de los 18 años (57) y un reciente metaanálisis pone de manifiesto cómo la mayor parte de los trastornos mentales tiene su inicio en las dos primeras décadas de la vida, alcanzando su pico de incidencia a los 14,5 años (58).

La repercusión de los trastornos mentales en estas edades no se limita sólo al malestar y sufrimiento; sino que conllevan un importante grado de disfunción y pérdida de calidad de vida (59) afectando tanto a las relaciones familiares, relaciones con iguales y al desempeño académico (60), suponiendo la principal causa de discapacidad durante la infancia y la adolescencia (61). La prolongación de estas limitaciones hasta la edad adulta se asocia con mayores tasas de abandono académico y de desempleo en la edad adulta (62), mayor disfunción social o mayor riesgo autolítico (63). De hecho, los trastornos mentales constituyen la primera causa de discapacidad (tanto en años vividos con discapacidad, como en años de vida ajustados por discapacidad) entre adolescentes (64).

A pesar de este impacto, un gran número de pacientes no obtienen un diagnóstico (65). Así, se ha encontrado que sólo el 24-29% de adolescentes con un trastorno mental llegan a recibir tratamiento especializado (66). Incluso entre aquellos niños, niñas y adolescentes correctamente identificados y recibiendo tratamiento, únicamente el 11.6% ha recibido el número de sesiones mínimas necesarias de terapia, cifra claramente insuficiente (67).

La pandemia por COVID-19 ha visibilizado la vulnerabilidad de la población infantil y adolescente a los trastornos mentales y, como factor de estrés agudo, ha agravado aún más la situación subyacente (68), observándose un claro aumento de la demanda de derivaciones a las USM infanto-juvenil, así como de los casos graves que requieren recursos más especializados.

Por todo ello, se hace necesario iniciar acciones que aborden las necesidades de Salud Mental de niños, niñas y adolescentes, de manera global, y con un marcado enfoque preventivo. Del mismo modo, se hace necesario incorporar intervenciones precoces que eviten la transición a modos más graves de las patologías, y dispositivos que permitan atender a aquellos casos de mayor gravedad de manera multidisciplinar, contando con todos los agentes implicados en la vida de niños, niñas y adolescentes y de sus familias.

SITUACIÓN DE PARTIDA EN CANTABRIA

En Cantabria los recursos sanitarios específicos para la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil (SMIJ) se reparten de la siguiente manera:

1. USM Infanto-Juvenil

- ◆ Área I – Santander

Realiza la atención a la población comprendida de 0-18 años del área mediante una plantilla de 3 psiquiatras, 3 psicólogas clínicas y 1 enfermera y 1 auxiliar administrativa. La ratio de atención psiquiatría/psicología por población atendida es de 1: 8160 habitantes.

- ◆ Área II – Laredo

Atiende a la población entre 3-18 años del área, para ello, cuenta con 1 psiquiatra, 1 psicóloga clínica a jornada completa, 1 psicóloga clínica al 40% de jornada, 1 enfermera y 1 técnico en cuidados auxiliares y de enfermería. Dispone de una ratio de profesionales de psiquiatría/psicología por población atendida de 1:6491 habitantes.

- ◆ Áreas III-IV – Torrelavega-Reinosa

Atiende a la población de 0 a 18 años a través de una plantilla de 3 psiquiatras, 2 psicólogas clínicas a tiempo completo y otras 2 psicólogas clínicas que cubren entre ambas un 80% de la jornada, así como de 1 enfermera especialista en Salud Mental. Dispone de una ratio de personal facultativo de 1:4056 habitantes.

Hospital de día Infanto-Juvenil

En él se presta la atención a adolescentes entre 13 y 18 años con patología mental grave de todas las áreas sanitarias. Tiene asignada una plantilla de 1 psiquiatra, 1 psicóloga clínica, 2 enfermeras y 2 técnicos en cuidados auxiliares y de enfermería que cubren además el resto de programas hospitalarios (hospitalización breve, interconsulta, consultas ambulatorias y supervisión de las urgencias).

2. Hospital de día Infanto-Juvenil

En él se presta la atención a adolescentes entre 13 y 18 años con patología mental grave de todas las áreas sanitarias. Tiene asignada una plantilla de 1 psiquiatra, 1 psicóloga clínica, 2 enfermeras y 2 técnicos en cuidados auxiliares y de enfermería que cubren además el resto de programas hospitalarios (hospitalización breve, interconsulta, consultas ambulatorias y supervisión de las urgencias).

3. Hospitalización de niños, niñas y adolescentes

- ◆ Hospitalización breve

No se dispone de una unidad específica, por lo que las personas en situación de ingreso y menores de 18 años son llevadas por especialistas del equipo específico de Salud Mental infantil del área hospitalaria en planta de Pediatría General, con acompañamiento de su progenie. Los y las pacientes mayores de 16 años o los menores de cualquier edad con riesgo de fuga o de conductas de auto/heteroagresividad graves se hospitalizan en la unidad hospitalizada de personas adultas, con un protocolo específico de psiquiatría infantil.

- ◆ Hospitalización de media estancia

En el Centro Hospitalaria Padre Menni se dispone de 3 camas concertadas con el Servicio Cántabro de Salud para pacientes menores de edad que requieran hospitalización de media y larga estancia en un servicio aislado de pacientes en edad adulta. Permite un ingreso sin necesidad de que la familia permanezca con el o la menor, cuenta con zonas comunes para la realización de terapias ocupacionales y de juego. Los y las pacientes tienen la posibilidad de utilizar el gimnasio del hospital en horarios específicos.

El equipo terapéutico está conformado por 1 psiquiatra, 1 psicóloga clínica con experiencia y formación en salud mental infanto-juvenil, 1 enfermera especializada en salud mental, 1 persona con la diplomatura de trabajo social, técnicos en cuidados auxiliares y de enfermería las 24 horas y un grupo de profesionales de la integración social. Contamos también con una profesora voluntaria que acude como apoyo a pacientes para continuar los estudios.

- ◆ Consultas externas de salud mental infanto-juvenil a pacientes derechohabientes de Mutuas del Estado.

El Centro Hospitalario Padre Menni es centro de referencia para atención psiquiátrica y psicológica a pacientes que reciben la atención médica por medio de mutuas del estado.

4. Programas específicos

- ◆ Atención Temprana

Este servicio se compone de un conjunto de actuaciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, con la finalidad de prevenir y detectar de forma precoz la aparición de cualquier alteración en el desarrollo, realizando en aquellos casos que lo precisen una intervención integral (Plan de Atención Temprana de Cantabria); entendidas como una asistencia sanitaria que aborda de forma integral, las condiciones de desarrollo en la niñez y de su contexto familiar y/o social. Priorizando la prevención primaria y los procesos de detección a toda la población infantil en los primeros años de vida, garantizando una derivación rápida a la atención que se requiera en el entorno más adecuado, en base a los planteamientos ecológico-sistémicos del desarrollo humano.

El servicio de Atención Temprana cuenta con 23 profesionales distribuidos en los 4 equipos (uno por cada área) ubicados en el centro de salud que mejor garantiza la accesibilidad a las familias: Santander (Centro de Salud “El Alisal”), Laredo (Centro de Salud “Laredo”), Torrelavega (Centro de Salud “Covadonga”), Reinoso (Centro de Salud “Campoo”).

- ◆ Programa de Gestión Emocional.

Iniciado en 2018, está diseñado para dar cobertura integral e intensiva a pacientes con diagnóstico de trastornos de la personalidad cubriendo una franja de edad que comprende entre los 15 y los 25 años. Está diseñado para dar seguimiento durante 6 meses y con posibilidad de ampliar a 8 meses. Consta de una evaluación inicial, seguimiento mínimo semanal por parte del personal de psicología clínica, con consultas mensuales por parte de psiquiatría. Consulta de familia (por parte del personal en psicología o psiquiatría) una vez al mes y 8 horas de tratamiento grupal al mes, estos grupos son llevados por el personal de educación social y de psicología. El equipo terapéutico consta de personal en psiquiatría (10 horas/semana), psicóloga clínica a jornada completa, una enfermera o trabajo social (10 horas/semana), profesional en educación social 4 horas/día y administrativo a tiempo completo. Hay posibilidad de atención telefónica 8 horas al día entre mañanas y tardes.

5. Interconsulta y psiquiatría de enlace

La ubicación de un equipo de psiquiatría infantil hospitalario ha favorecido la relación y colaboración con el servicio de pediatría desde donde se percibe la necesidad de apoyo en varias especialidades (endocrino, hematología, digestivo, etc.). Existe especial demanda de la unidad de neonatología, uno de los programas de enlace prioritarios en el futuro por la importancia de la salud mental perinatal en la prevención de futuros trastornos mentales.

Aunque programas específicos de enlace con diferentes especialidades pediátricas son un campo importante a desarrollar, actualmente la escasa ratio de profesionales en el área hospitalaria no permite la puesta en marcha de los mismos, estando limitada la actuación a interconsultas de pacientes hospitalizados.

6. Urgencias

El HUMV presta atención a las urgencias de salud mental infanto-juvenil dando cobertura a toda la población de Cantabria durante 24 horas al día. La atención a urgencias se lleva a cabo por el personal psiquiátrico de guardia, sin contar con guardias específicas de psiquiatría infanto-juvenil. Durante los últimos años se ha constatado un aumento progresivo de las consultas de urgencia en menores de edad.

OBJETIVOS

LÍNEA 4: 27 ACCIONES

ACTUACIONES EN HUMANIZACIÓN

01

ADECUACIÓN DE ESPACIOS PARA LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL.

◆ Proporcionar espacios y entornos amigables, accesibles y seguros, adaptados a niños/as y adolescentes.

◆ Análisis de los espacios.
◆ N° de actuaciones de mejora realizadas.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

02

SE PROMOVERÁ LA CREACIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO INTERINSTITUCIONAL DE PLANIFICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN A NIVEL AUTONÓMICO.

◆ Grupo de trabajo dirigido al desarrollo de planes conjuntos para el abordaje de factores de riesgo en salud mental infanto-juvenil con el objetivo de disminuir su prevalencia.

◆ Realización de 2 reuniones anuales.
◆ Elaboración de un documento trianual de prioridades y acciones en prevención en SM.
◆ N° de actuaciones realizadas.

03

INCLUSIÓN DE UN MÓDULO DE CRIANZA Y EDUCACIÓN DENTRO DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA DE AP.

◆ El objetivo es mejorar el funcionamiento familiar, disminuir los problemas emocionales y de conducta, menor uso abusivo de nuevas tecnologías, etc. Para ello, se promoverá la creación de materiales adaptados según grupos de edad. Desde AP se proporcionarán dichos materiales a las familias y pacientes que acudan a las revisiones de salud. Además, se contará con el apoyo de materiales escritos y audiovisuales en la ECS.

◆ Desarrollo de materiales completado.
◆ Formación de personal en AP (porcentaje).
◆ Disminución de problemas emocionales y conductuales derivados.

04

DIFUSIÓN DEL PROGRAMA DE APOYO INTEGRAL A LA FAMILIA (PAIF).

◆ Promocionar las habilidades de crianza y las capacidades parentales, para prevenir problemas de salud mental. Este programa ha sido creado desde la Dirección General de Políticas Sociales.

◆ N° de personas que integran los equipos de enfermería y pediatría informados.
◆ N° de grupos realizados.
◆ Tasa de participación.

05

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASOS DE DIVORCIO.

- ◆ Establecer un protocolo regional para el manejo adecuado de casos de niños/as cuya progenie se encuentren en situación de divorcio y son derivados a USMIJ. Se busca mejorar los circuitos de derivación, la adecuación de las actuaciones al marco legal y, como consecuencia, contribuir a la mejora del clima familiar.
- ◆ Protocolos y consentimientos elaborados.
- ◆ N° de derivaciones y desviaciones del protocolo.

06

PROGRAMA DE SALUD MENTAL PERINATAL.

- ◆ Mejora en la detección temprana de factores de riesgo perinatales y vinculares a través del desarrollo de programas ambulatorios y de la potenciación de la interconsulta hospitalaria. Se promoverá la creación de equipos en las tres USMIJ de la región para intervenir en estos casos.
- ◆ Elaboración del protocolo del programa.
- ◆ Creación de equipo de atención perinatal en las 3 áreas y de un programa de interconsulta perinatal hospitalaria.
- ◆ N° de casos que reciben atención al año (desglosando madres con TMG y casos de desprotección).

07

PROGRAMA DE MEJORA EN LA ATENCIÓN FRENTE AL ACOSO ENTRE IGUALES.

- ◆ Mejora en el grado de conocimiento del protocolo educativo de prevención del acoso escolar (incluyendo los protocolos específicos para personas con discapacidad y LGBTIfobia) entre profesionales de la sanidad.
- ◆ N° de profesionales de la sanidad que realizan la formación en el protocolo.
- ◆ N° de casos derivados al año.
- ◆ Acceso preferente a USMIJ en los casos de acoso escolar identificados desde la escuela o instituto.

08

DESARROLLO DE UN PROGRAMA PILOTO DE REGULACIÓN EMOCIONAL PARA ALUMNADO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA.

- ◆ Mejora de las habilidades de regulación emocional y de funcionamiento social en el alumnado de 1º de la ESO. Para ello se formará al personal de los equipos docentes, quien será responsable de impartir el programa en los espacios de acción tutorial.
- ◆ Programa diseñado.
- ◆ N° de personas del equipo docente y centros participantes en la formación.
- ◆ N° de personas en el alumnado receptores del programa.
- ◆ Pre-post PHQ-9, GAD-7, Kidscreen-10 y CERQ.

EQUIDAD

09

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
ADECUACIÓN DE LA RATIO DE PROFESIONALES DE SMIJ A LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN. *	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Mejora y equidad en la calidad de atención en toda la comunidad autónoma. Para ello se incorporarán nuevos profesionales para adaptarse a las ratios recomendadas en guías nacionales e internacionales. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de profesionales por 100.000 habitantes al finalizar el PSM.

10

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO REGIONAL PARA EL ABORDAJE DE LOS TCA EN EDAD INFANTO-JUVENIL.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Mejora en la equidad en la asistencia a los TCA infanto-juveniles en todas las áreas sanitarias. Para ello se desarrollará un protocolo regional que definirá el circuito asistencial y el abordaje a realizar en cada nivel asistencial. ◆ Adaptación de las intervenciones a la edad. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Elaboración del protocolo. ◆ N° de pacientes que reciben atención. ◆ N° de pacientes que reciben atención siguiendo protocolo.
--	--	--

ENFOQUE DE GÉNERO

11

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
COLABORACIÓN EN EL DESARROLLO DEL PLAN REGIONAL DE DETECCIÓN Y ACTUACIÓN EN ABUSO SEXUAL INFANTIL.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Colaboración dentro del programa de respuesta a la violencia sexual hacia la infancia y adolescencia en Cantabria, liderado desde la Dirección General de Políticas Sociales. Mediante la creación de un grupo de trabajo se desarrollarán actuaciones de mejora relacionadas con los protocolos de detección, evaluación y derivación, coordinación interinstitucional, circuitos asistenciales, humanización y formación. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Protocolo sanitario realizado. ◆ N° de actuaciones realizadas. ◆ N° de casos detectados anualmente.

12

VIOLENCIA DE GÉNERO Y VIOLENCIA VICARIA.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Se promoverá la creación de un grupo de trabajo para elaborar un protocolo de abordaje de la violencia de género en menores de 16 años, incorporando profesionales de los diferentes ámbitos implicados. Dicho protocolo establecerá los circuitos asistenciales. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Protocolo elaborado. ◆ N° de pacientes atendidas anualmente.
--	---	---

INTEGRALIDAD

13

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
DISEÑO DE UN MODELO DE VALORACIÓN Y ACTUACIÓN CONJUNTA EN PACIENTES EN SITUACIÓN DE INGRESO CON INDICADORES DE RIESGO DE DESPROTECCIÓN.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Desarrollo de un protocolo entre Sanidad y SIAF para mejorar la accesibilidad de las personas usuarias comunes a los servicios respectivos. Se facilitará especialmente la valoración conjunta en casos de pacientes en situación de ingreso y con riesgo de desprotección. ◆ El objetivo es mejorar la salud y la calidad de vida de los menores y sus familias. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Protocolo realizado. ◆ N° de pacientes con valoración en el ingreso.

14

DIFUSIÓN DE LAS ESTRUCTURAS Y RECURSOS QUE DISPONEN LAS ADMINISTRACIONES DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES Y EDUCACIÓN.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Se realizará una jornada formativa entre las tres administraciones (sanidad, servicios sociales, educación) para la difusión de las estructuras y servicios disponibles en cada una de ellas, con el fin de mejorar la coordinación y la calidad en la asistencia a niños/as y adolescentes. Se elaborará una guía con los recursos existentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Jornada realizada. ◆ Guía de recursos elaborada.
--	---	---

CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y DE CUIDADOS. COORDINACIÓN

15

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
MEJORA DE LA COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL RESPECTO A LOS CASOS QUE RECIBEN ATENCIÓN.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Se establecerá una reserva de tiempo semanal en las agendas de profesionales de USMIJ para la dedicación en exclusiva a la coordinación con Educación y Servicios Sociales respecto a los casos que reciben atención. ◆ Se desarrollará una plataforma online que facilite la comunicación asíncrona entre profesionales cuyo trabajo implique la atención a menores. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de coordinaciones realizadas.

16

ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE TRANSICIÓN DE LA ATENCIÓN ENTRE USMIJ Y USM EN EDAD ADULTA.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Elaboración e implantación de un programa de transición a USM de personas adultas, con el fin de disminuir el número de pacientes que pierden el seguimiento al derivar sus casos a las USM y para facilitar la continuidad de tratamientos. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de pacientes cuyo caso sea derivado desde USMIJ que continúan en seguimiento en la USM.
---	--	--

17

PROTOCOLO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE ATENCIÓN TEMPRANA (AT) Y SMIJ.

- ◆ Mejora en la continuidad de cuidados en los niños y las niñas con problemas en el neurodesarrollo que finalizan intervención en AT y requieren un seguimiento posterior en SMIJ. Para ello se promoverá la creación de un protocolo que facilite la derivación y la continuidad en los tratamientos.

- ◆ Porcentaje de pacientes con indicación de seguimiento en SMIJ a juicio de AT que se citan en SMIJ.
- ◆ Porcentaje de pacientes con informe de alta de AT.

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

ACCIÓN

OBJETIVOS

INDICADORES

18

MEDIDAS EN HOSPITALIZACIÓN INFANTO-JUVENIL. *

- ◆ Mejora en la calidad de la asistencia por medio de la creación de una unidad de hospitalización en Salud Mental Infanto-Juvenil, que garantice la hospitalización de niños y adolescentes en recursos adecuados a su edad.
- ◆ Además de las actuaciones descritas para hospitalización en agudos, se revisará el contrato con Padre Menni y se evaluará la posibilidad de incluir más plazas de media estancia.

- ◆ Creación de la unidad de ingreso.
- ◆ N° de ingresos anuales.
- ◆ Duración media de los ingresos.
- ◆ Contrato de estancias psiquiátricas de media estancia con Padre Menni actualizado.

19

AMPLIAR COBERTURA HORARIA DE HOSPITAL DE DÍA IJ. *

- ◆ Mejora de la continuidad de cuidados y en la calidad asistencial, proporcionando cobertura en el hospital de día infanto-juvenil también en horario de tarde. Se espera que este tipo de abordaje permita disminuir el número de hospitalizaciones totales.

- ◆ N° de pacientes que reciben atención en el hospital de día.

20

PROGRAMA DE CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN. *

- ◆ Desarrollo de un programa de alta resolución en casos urgentes, prestando atención a todas las áreas sanitarias. Se valorarán de modo especial los casos que acuden por presentar riesgo autolítico.

- ◆ N° de pacientes que reciben atención anualmente.
- ◆ N° medio de sesiones por paciente.
- ◆ N° de pacientes que reciben atención cuyo motivo de consulta sea conducta suicida.

21

PROGRAMA REGIONAL DE EVALUACIÓN Y ATENCIÓN AL TEA.

- ◆ Creación de un programa regional que incluya la evaluación de TEA en niños mayores de 3 años y el tratamiento posterior. El programa incluirá protocolos específicos de capacitación parental y de transición a la vida adulta.

- ◆ Protocolo diseñado.
- ◆ N° de pacientes con evaluación en la primera consulta.
- ◆ N° de pacientes con tratamiento.
- ◆ N° de cursos de evaluación e intervención en TEA en el programa formativo anual.

22

MEJORA ASISTENCIAL EN LA IDENTIFICACIÓN Y ATENCIÓN AL TDAH.

- ◆ Revisión y actualización del protocolo de TDAH para adaptarlo a las condiciones actuales y teniendo en cuenta la transición entre USMIJ y USM cuando proceda. Posteriormente se difundirá el protocolo, para poder realizar una adecuada identificación de casos desde educación y AP.
- ◆ Protocolo realizado.
- ◆ Difusión realizada.
- ◆ N° de casos de TDAH que reciben atención anualmente.

23

PROTOCOLO DE ABORDAJE DE ALTAS CAPACIDADES INTELECTUALES.

- ◆ Se desarrollará un protocolo de actuación ante altas capacidades intelectuales que incluirá la evaluación de indicadores dentro del programa de Salud Infantil y de la Adolescencia de AP, un protocolo de derivación a USMIJ y el protocolo de actuación en USMIJ
- ◆ N° de casos detectados en AP.
- ◆ N° de casos que reciben atención y confirmados en USMIJ.

TICS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
24 REGISTRO SISTEMÁTICO DE INDICADORES ASISTENCIALES.	◆ Registro sistemático de un conjunto mínimo de indicadores asistenciales. El objetivo será mejorar la información epidemiológica sobre trastornos mentales en edad infanto-juvenil y contribuir a la planificación de recursos asistenciales.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Elaboración del protocolo de registro. ◆ Porcentaje de pacientes con registro cumplimentado totalmente. ◆ Porcentaje de pacientes con diagnóstico cumplimentado
25 DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN PARA LA COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL.	◆ Se desarrollará una aplicación digital que permita la comunicación asíncrona, de manera transversal y segura, entre todos los equipos profesionales de las distintas instituciones públicas que intervienen con un paciente. El objetivo es conseguir una mayor coordinación y calidad en la asistencia.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Creación de la app. ◆ N° de pacientes con quienes se ha empleado la app. ◆ Porcentaje de profesionales que usan la app.

FORMACIÓN

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
26 ELABORACIÓN DE UN PLAN PLURIANUAL DE FORMACIÓN EN SMIJ EN EL SCS.	◆ Se elaborará un plan formativo plurianual, el cual recogerá las necesidades formativas de profesionales de SMIJ. Asimismo, recogerá las necesidades formativas en salud mental del resto de categorías profesionales.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Plan formativo realizado. ◆ Número de cursos organizados anualmente.

27

ACREDITACIÓN DE UNA PLAZA MIR DE PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.

◆ Se tramitará la acreditación de una plaza de formación sanitaria especializada en Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia en el HUMV.

◆ Plaza acreditada.

*Estas actuaciones se incluyen dentro del "Plan de choque en Salud Mental Infanto-Juvenil".

LÍNEA 5. PERSONA CON CONDUCTAS ADICTIVAS

IMPACTO SANITARIO Y SOCIAL

Los problemas relacionados con conductas adictivas constituyen un grupo muy heterogéneo, ya que en la actualidad no sólo se incluyen en este epígrafe los clásicos trastornos generados por el uso de sustancias psicoactivas, sino que también se contemplan otros problemas como las llamadas Adicciones Sin Sustancia. A continuación, se presentan algunos datos con el fin de mostrar el alcance de estos problemas en la población.

Alcohol

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

El consumo abusivo de bebidas alcohólicas tiene un altísimo coste sanitario y social. El alcohol está relacionado con el desarrollo de distintas enfermedades, discapacidad, accidentes, así como con el aumento de la violencia familiar y la marginación social. Provoca cerca de 3 millones de muertes al año según la OMS y en Europa ocupa el segundo lugar entre los factores de riesgo de la carga mundial de morbilidad.

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

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

Extrapolando la repercusión económica de este problema a nuestra comunidad autónoma, se podría estimar el coste atribuible al alcohol en aproximadamente unos 50 millones de euros/año.

Drogas ilegales

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

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

El cannabis y la cocaína son, por este orden, las sustancias ilegales más consumidas. Entre la población de 15 a 64 años, un 10,5% reconoce haber consumido cannabis en el último año y un 4,4% en el último mes, mientras que corresponde con el 2% en relación a la cocaína. El consumo de otras sustancias ilegales es bajo.

El consumo de drogas ilegales está más extendido entre los estudiantes de 14 a 18 años, siendo el cannabis la más consumida en esta franja de edad, el 22,2% ha consumido cannabis en los últimos 12 meses y el 14,9% en los últimos 30 días.

Adicciones Sin Sustancia

Las conductas adictivas sin sustancias han sido incluidas en la clasificación de la OMS ICD-11 con la denominación de Trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos (donde incluyen los trastornos por juego de apuestas y por uso de videojuegos) tanto predominantemente en línea como fuera de ella.

La comunidad científica las acepta bajo el nombre de adicciones comportamentales, (trastornos como la adicción al juego problemático o patológico, la adicción a las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y el uso indiscriminado de los instrumentos de pantalla) (69) que, si bien tienen una etiología diferente, también implican excesos conductuales y dificultades en la autorregulación conductual al igual que en otras adicciones. Respecto a las adicciones sin sustancia y al uso problemático de nuevas tecnologías es reseñable el gran aumento que han experimentado en los últimos años.

Respecto al uso de internet, los datos de la encuesta EDADES indican que entre 2019 y 2020 un 3,7% de la población de 15 a 64 años ha realizado un posible uso compulsivo de internet, lo que supondría una cifra estimada de aproximadamente 1.139.000 de personas, sin presentar apenas diferencias por género. En la encuesta ESTUDES 2018/19 se encontró que, entre la población de estudiantes de 14 a 18 años, la prevalencia de un posible uso compulsivo de internet es del 20,0%.

Además, las prevalencias de consumo de alcohol y cannabis son superiores entre los individuos que realizan un posible uso compulsivo de internet. Finalmente, en cuanto al uso de los videojuegos, según la encuesta ESTUDES 2018/19, el 6,1% presentaría un posible trastorno por uso de videojuegos según la escala basada en criterios DSM-V.

SITUACIÓN DE PARTIDA EN CANTABRIA.

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

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

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

Si bien a comienzos del año 2014 las UCA se integraron en la gerencia de AP del Servicio Cántabro de Salud, no se ha logrado la coordinación funcional necesaria que implicaría la creación de protocolos comunes de intervención y derivación entre todos los dispositivos ambulatorios de la red sanitaria y de salud mental (centros de salud, unidades de atención ambulatoria de drogodependencias, USM), y de éstos con los hospitales es aún una tarea pendiente.

Por ello, se considera prioritaria la integración plena de las UCA en la estructura de atención especializada de la USM. Esta coordinación permitirá implantar vías clínicas de tratamiento de las adicciones y dar un paso decisivo en la atención a la patología dual.

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

Por último, indicar que existen una serie de acciones preventivas, las cuáles son planificadas y dirigidas por la Dirección General de Salud Pública. Dichas actuaciones en prevención son ejecutadas posteriormente por las entidades anteriormente señaladas.

OBJETIVOS

LÍNEA 5: 9 ACCIONES

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
<p>01</p> <p>POTENCIAR LAS ACTUACIONES ORIENTADAS A LA DETECCIÓN PRECOZ E INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PACIENTES CON CONDUCTAS ADICTIVAS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Introducción de herramientas de detección e intervención breve en los centros de salud. ◆ Se diseñará un protocolo común de recogida de información asistencial. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Protocolo de detección e intervención. ◆ N° de personas detectadas e intervenidas. ◆ Protocolo de recogida de información asistencial.
<p>02</p> <p>PREVENCIÓN DE ADICCIONES SIN SUSTANCIA Y DEL USO PROBLEMÁTICO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Se actualizarán los programas preventivos a nivel regional para incorporar la prevención de adicciones sin sustancia y de uso problemático de nuevas tecnologías. ◆ Se proporcionará formación a profesionales, tanto propios como externos, que realicen labores de prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de actividades formativas. ◆ N° de personas incluidas en programas de prevención.

EQUIDAD E INTEGRALIDAD

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
<p>03</p> <p>INTEGRACIÓN DE LAS UNIDADES DE CONDUCTAS ADICTIVAS EN LA RED ASISTENCIAL ESPECIALIZADA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Establecer un modelo integral de tratamiento para personas con trastornos adictivos y comorbilidad psiquiátrica en las USM de Cantabria con el objetivo de mejorar los tratamientos dispensados, con especial atención a la patología dual, así como la mejora de la coordinación. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Documento que recoge el modelo. ◆ UCA integradas en dispositivos especializados de SM.

CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y DE CUIDADOS. COORDINACIÓN

04

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
MEJORA DE LA COORDINACIÓN ENTRE RECURSOS SANITARIOS, SOCIALES Y SOCIO SANITARIOS.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Coordinar los recursos sanitarios y sociales en pacientes sometidos a medidas jurídico-penales, así como establecer los cauces de apoyo a la reinserción social y laboral. ◆ Establecer medidas de atención social acordes a la situación de la persona atendida, buscando apoyos en instituciones sanitarias y en el sistema para la autonomía y atención a la dependencia, si se precisa. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Documento con el protocolo de coordinación. ◆ N° de personas atendidas en el protocolo.

05

INSTAURAR VÍAS CLÍNICAS COORDINADAS ENTRE TODOS LOS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES PARA EL ABORDAJE DE LAS ADICCIONES EN CANTABRIA.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Instaurar un plan asistencial para el tratamiento del alcoholismo, patología dual y el tratamiento de la adicción a drogas ilegales, que incluya las secuencias de actuación de los diferentes dispositivos, desde la AP hasta la Red de SM, con criterios de derivación y mecanismos de coordinación. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Documento que recoge el plan asistencial. ◆ N° de derivaciones.
---	--	--

06

MEJORA DEL ABORDAJE DE LAS ADICCIONES SIN SUSTANCIA	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ·Establecimiento de protocolos de tratamiento para el abordaje de adicciones sin sustancia y de uso problemático de nuevas tecnologías. ◆ ·Se proporcionará formación al personal de los equipos encargado del tratamiento, así como a profesionales externos que realicen labores de prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Protocolo establecido. ◆ N° de actividades formativas. ◆ N° de pacientes que reciben atención.
---	--	--

FORMACIÓN

07

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
PUESTA EN MARCHA DE PROGRAMAS DE FORMACIÓN PARA PROFESIONALES DE LA SANIDAD	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Establecer un plan de formación para profesionales de todos los dispositivos de la red de atención a las drogodependencias. ◆ Mejora de la formación a profesionales de AP y TS. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de actividades formativas desarrolladas. ◆ N° de profesionales incluidos en la formación.

08

FORMACIÓN EN ABORDAJE DE CONDUCTAS ADICTIVAS SIN SUSTANCIA

- ◆ Se proporcionará formación para el abordaje de conductas adictivas sin sustancia. Dicha formación se dirigirá tanto al personal propio del SCS, de cara al abordaje de las adicciones sin sustancia y otros problemas similares, como para el personal de las entidades que colaboran en la prevención de conductas adictivas.
- ◆ N° de actividades formativas para profesionales del SCS.
- ◆ N° de actividades formativas para entidades que trabajan en prevención.

INVESTIGACIÓN

ACCIÓN

OBJETIVOS

INDICADORES

09

PLANIFICAR DE MANERA CONJUNTA LAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN EN EL CAMPO DE LAS ADICCIONES

- ◆ Establecer líneas prioritarias de investigación en el ámbito de las drogodependencias.
- ◆ Documento que recoge las líneas prioritarias de investigación.
- ◆ N° de proyectos de investigación desarrollados.
- ◆ N° de artículos publicados.

LÍNEA 6. PERSONA CON NECESIDADES DE ATENCIÓN ESPECÍFICAS (Programas asistenciales)

LÍNEA 6.a. PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE LA CONDUCTA SUICIDA

IMPACTO SANITARIO Y SOCIAL

El suicidio constituye la principal emergencia en el campo de la Psiquiatría y un creciente problema de salud pública, resultado de la combinación de su alta morbilidad con la ausencia de medidas estratégicas de prevención adecuadas en la mayor parte de países, incluido España (70). Alrededor de un millón de personas mueren en el mundo anualmente por suicidio, según estadísticas facilitadas por la OMS (71).

En nuestro país el número de muertes por suicidio alcanzó oficialmente los 3.941 casos en 2020 según el Instituto Nacional de Estadística (INE), siendo la cifra más alta lo que va de siglo (72), y que supone una tasa de 8,32 muertes por suicidio por cada 100.000 habitantes, lo que nos sitúa por debajo de la media mundial, en torno a los 11,4 casos por cada 100.000 habitantes (73). No por ello deja de constituir un problema de salud pública de primer orden, siendo en la actualidad una de las principales causas de años potenciales de vida perdidos, así como de fallecimiento en poblaciones jóvenes, superando en nuestro país, la suma de muertes por accidente de tráfico, homicidio, accidente laboral y violencia de género. Según los datos anuales del INE, en este siglo, entre el 2000 y el 2020, han muerto por suicidio en España 73.390 personas, de las que 646 corresponden a Cantabria.

Las recomendaciones de la OMS (73) en la prevención, detección precoz y abordaje de la conducta suicida vienen recogidas tanto en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (74), como en el Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019 (75). En este marco, el Servicio de Psiquiatría del HUMV inició en 2015 actuaciones dirigidas al diseño, puesta en marcha y desarrollo de un programa para la prevención del suicidio. Como resultado de estas actuaciones, desde el 1 de marzo de 2016 existe en este hospital una Consulta de Alta Resolución para el Manejo de la Conducta Suicida y Prevención del Suicidio (CARS) (76), que resultó Finalista en los Premios BIC 2017 en la categoría de Mejor Programa de Coordinación Asistencial (77) y Ganador del Primer Premio en la VII Edición de los Premios Afectivo-Efectivos (78).

SITUACIÓN DE PARTIDA EN CANTABRIA

Con el fin de hacer una estimación de la prevalencia de conducta suicida en nuestro medio como paso previo al diseño del programa, se llevó a cabo un Estudio Piloto en 2015, con la recogida sistemática de los datos sociodemográficos, clínicos y asistenciales de las personas que fueron atendidas en el Servicio de Urgencias del HUMV con ideación autolítica y/o tentativa autolítica durante un período de 4 meses (1 marzo-30 junio).

Se pudo constatar que la conducta suicida atendida en el servicio de urgencias del HUMV era un fenómeno frecuente (media de 1-2 personas diarias; 59% tentativas y 41% ideas de suicidio), que requiere ingreso hospitalario en más de la cuarta parte de los casos para controlar el riesgo. El seguimiento realizado, durante el año siguiente, a las 143 personas atendidas en esos 4 meses proporcionó información complementaria muy relevante acerca de la interrelación de la conducta suicida con la frecuentación en el servicio de urgencias: se produjo recurrencia de ideas y/o tentativas de suicidio en el 33% de los casos, requiriendo ingreso también en la cuarta parte de ellos y 2 muertes por suicidio (1,4%); además se objetivó una alta tasa de consultas urgentes (70%) en los 12 meses siguientes al episodio índice, tanto por recurrencia de conductas suicidas, como por otros motivos psiquiátricos y médicos, con un promedio de 22 consultas urgentes mensuales, lo que supone 3,4 consultas por persona al mes (79,80).

De estos resultados podemos concluir que el abordaje de la conducta suicida implica, no sólo la atención en crisis, sino también la implementación de programas terapéuticos integrales que incluyan, además del diagnóstico rápido y el tratamiento de la psicopatología subyacente, dotar a la persona de herramientas de afrontamiento y autorregulación emocional dirigidas a conseguir un manejo saludable del estrés (emocional, físico y social) como alternativa a la medicalización de la vida cotidiana. Y con esta filosofía se puso en marcha el programa CARS el 1 de marzo de 2016, que continúa su actividad desde entonces sin interrumpir la asistencia presencial en ningún momento, ni siquiera durante el confinamiento por la pandemia Covid-19.

El programa CARS se circunscribe a las personas en edad adulta del área sanitaria I de Cantabria (en torno a las 265.000 personas), dependiente de la Gerencia del HUMV. El período comprendido entre el 1 de marzo de 2016 y el 31 de diciembre de 2021 se han atendido en el Programa CARS 521 personas, el 60% mujeres, con una edad media de 43 años (sin diferencias de género). En el 62% de los casos se trató de tentativas de suicidio y en el 38% restante de ideación autolítica. En este período se han constatado los resultados positivos del programa CARS dispensado en el Área I, comparado con la atención habitual dispensada en el resto de áreas sanitarias: menor tasa de ingresos para controlar la conducta suicida (14,5% frente a 31,0%), menor tasa de ingresos en psiquiatría por cualquier causa (10% frente a 19%) y menor tasa de recurrencia de la conducta suicida en el año posterior (13% frente a 24%).

LÍNEA 6a: 17 ACCIONES

ACTUACIONES EN HUMANIZACIÓN

01

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
DIFUSIÓN DE LOS RECURSOS DE AYUDA A PERSONAS EN SITUACIÓN DE CRISIS (024 Y TELÉFONO DE LA ESPERANZA).	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Elaboración conjunta entre Consejería de Salud y Teléfono de la Esperanza de dípticos informativos para su distribución en Centros de Salud y urgencias hospitalarias. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de dípticos distribuidos. ◆ N° de personas que han contactado por ejemplo con Teléfono de la Esperanza a través de la información del díptico. ◆ N° de personas que contactan con el 024.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

ACCIÓN

OBJETIVOS

INDICADORES

02

PROGRAMAS CONJUNTOS SANIDAD-EDUCACIÓN PARA ABORDAR FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN.

- ◆ Sensibilización, concienciación y mejora de la información para la disminución de factores de riesgo y el aumento de los factores protectores de la conducta suicida (manejo del estrés, habilidades sociales, resolución de conflictos, etc.).
- ◆ Elaboración de un protocolo de actuación ante conducta suicida en el contexto escolar.

- ◆ Estrategias conjuntas elaboradas.
- ◆ N° de personas de los equipos docentes formados.

03

PROMOVER PROGRAMAS INTEGRALES DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO ADAPTADOS AL ENTORNO LABORAL.

- ◆ Sensibilización, concienciación y mejora de la información sobre factores de riesgo y protectores de la conducta suicida, ante problemáticas específicas en el ámbito laboral.

- ◆ N° de centros de trabajo con programa integral implementado.
- ◆ N° de personas trabajadoras que se han beneficiado del programa integral.

04

PROMOVER ACTIVIDADES Y PROGRAMAS QUE AUMENTEN LOS FACTORES DE PROTECCIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES

- ◆ Proporcionar oportunidades para tener mayor resiliencia frente a las adversidades.
- ◆ Sensibilización, concienciación y mejora de la información sobre factores de riesgo y protectores de la conducta suicida, ante problemáticas específicas.

- ◆ N° de estrategias conjuntas desplegadas en proyecto SCS-ICASS.

EQUIDAD

ACCIÓN

OBJETIVOS

INDICADORES

05

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN EN GRUPOS VULNERABLES.

- ◆ Coordinación de los servicios sanitarios, sociales, sociosanitarios en la mejora de la detección de individuos pertenecientes a grupos vulnerables (ancianos, pacientes con depresión, abuso de alcohol, personas víctimas de violencia y/o abuso, en situación de exclusión social, con enfermedades crónicas) para disminuir las tentativas/casos consumados.

- ◆ N° de pacientes detectadas en AP derivados a salud mental.
- ◆ N° de pacientes detectadas por el profesional de trabajo social derivadas a AP.
- ◆ N° pacientes detectadas en residencias.
- ◆ N.º pacientes detectadas desde el teléfono de la esperanza

06

ENFOQUE DE GÉNERO

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
MEJORAR LA DETECCIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO EN MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO (Este objetivo se corresponde con acciones de la Línea 6c).	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Inclusión en la entrevista de preguntas de cribado para realizar una valoración del riesgo suicida. ◆ Preguntar por situación de violencia de género a las mujeres que han presentado conductas suicidas. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de casos de riesgo detectados en mujeres víctimas de VG. ◆ N° de casos de violencia de género detectados en mujeres con conductas suicidas.

07

INTEGRALIDAD

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
CREAR UN MARCO DE COLABORACIÓN ENTRE EL SCS Y EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES (IMLCF) PARA COMPARTIR INFORMACIÓN Y PROMOVER LA INVESTIGACIÓN EN SUICIDIO.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Se establecerá un protocolo de colaboración entre el SCS y el IMLCF, con el fin de mejorar la información sobre los casos de suicidio y la investigación de los mismos. ◆ Se proporcionará información inmediata de suicidios consumados de personas usuarias en la red de salud mental. ◆ Se promoverá la creación de un equipo multidisciplinar de investigación de suicidios y se estudiará la viabilidad de realización de autopsias psicológicas tras suicidio consumado (y ejecución del mismo si es pertinente). 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Establecimiento del marco/ protocolo de colaboración. ◆ N° de suicidios comunicados en el plazo de una semana. ◆ N° autopsias psicológicas realizadas.

08

APOYO A ASOCIACIONES PARA PROPORCIONAR RECURSOS Y SERVICIOS DE AYUDA MUTUA A LAS PERSONAS SUPERVIVIENTES.

<ul style="list-style-type: none"> ◆ Asesoramiento y colaboración por otros organismos para el apoyo a la creación de una asociación, inscrita en el Registro. ◆ Definición de objetivos y protocolos, con asesoramiento del SCS y la Consejería de Sanidad para evitar duplicidades. Se incluirán entre sus funciones el desarrollo de campañas de visibilización y de grupos de ayuda mutua. ◆ Disposición de instalaciones óptimas para el desarrollo de actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Asociación registrada. ◆ Disposición de un local y mobiliario. ◆ N° de campañas de visibilización realizadas. ◆ N° socios. ◆ Existencia de protocolo de colaboración. ◆ Existencia de grupos de ayuda mutua.
---	---

CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y DE CUIDADOS. COORDINACIÓN.

09

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
ELABORAR UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN LA POSTVENCIÓN INMEDIATA AL SUICIDIO.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Fomento de intervenciones precoces, integrales, equitativas y humanizadas. ◆ Explorar la creación de grupos especializados en la implementación de estos protocolos. ◆ Atención integral a profesionales multisectoriales (educación, servicios sociales, sanidad) con relación profesional con personas muertas por suicidio. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Existencia de protocolo de actuación. ◆ Existencia de folletos y web informativa de recursos. ◆ Al menos el 80% de supervivientes quedarán satisfechos con la intervención.

10

MEJORA DE LA COORDINACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES QUE ATIENDEN A PERSONAS CON CONDUCTA SUICIDA.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Formación de un grupo de coordinación multidisciplinar (AP, USM, urgencias, IMLCF, etc.) para establecer canales formales de coordinación entre los distintos dispositivos asistenciales sanitarios y no sanitarios que atienden a personas con conducta suicida. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Creación del grupo de trabajo. ◆ Reuniones semestrales.
--	---	--

11

GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LAS PERSONAS QUE HAN PRESENTADO CONDUCTA SUICIDA EN CANTABRIA.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Identificación e intervención precoz en personas con riesgo de desarrollo de patología mental. ◆ Favorecer la participación en grupos de ayuda mutua a las personas supervivientes (movimiento asociativo). ◆ Elaborar de documentación práctica para supervivientes ◆ Desarrollar una página web sobre servicios de ayuda a supervivientes. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° personas atendidas telefónicamente en 7-14 días tras suicidio de familiar/ persona con relación estrecha. ◆ Porcentaje de suicidios consumados en que al menos 1 familiar cercano es atendido. ◆ N° beneficiarios del programa de intervención a nivel individual y grupal. ◆ Al menos el 80% de supervivientes quedarán satisfechos con la valoración.
---	---	---

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

12

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
IMPLEMENTAR PROGRAMAS ASISTENCIALES DE ALTA INTENSIDAD PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN CADA ÁREA SANITARIA DE CANTABRIA PARA PERSONAS EN EDAD ADULTA.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Constitución de un grupo de trabajo, encargado de la redacción, implementación, coordinación y evaluación del programa. ◆ Diseño y desarrollo del plan funcional del programa específico en cada área sanitaria partiendo del plan funcional CARS del HUMV. El objetivo consiste en garantizar la accesibilidad a un programa de alta intensidad para el manejo de la conducta suicida y prevención del suicidio para toda la población adulta de Cantabria. ◆ Formación del equipo terapéutico para poner en marcha el programa asistencial en cada área sanitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de planes funcionales diseñados. ◆ N° de programas asistenciales implementados. ◆ N° de pacientes con conducta suicida remitidos al programa en cada área sanitaria. ◆ Porcentaje de pacientes que reciben atención en 24-72 horas. ◆ Porcentaje de pacientes con conducta suicida que requieren ingreso hospitalario. ◆ Porcentaje de recurrencia de la conducta suicida.

13

PROGRAMA ASISTENCIAL DE ALTA INTENSIDAD PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Elaboración de un programa de alta intensidad para el manejo de la conducta suicida, específico para población infanto-juvenil. ◆ Formación del equipo terapéutico para poner en marcha el Programa asistencial en cada área sanitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Programa asistencial diseñado e implantado. ◆ N° de pacientes con conducta suicida remitidos al programa. ◆ Porcentaje de pacientes que reciben atención en 24-72 horas en cada programa. ◆ Porcentaje de pacientes con conducta suicida que requieren ingreso hospitalario. ◆ Porcentaje de recurrencia de la conducta suicida.
--	--	--

14

ELABORAR Y DIFUNDIR EL PLAN REGIONAL DE MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN CANTABRIA.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Constitución de un grupo de trabajo para la elaboración del Plan Regional (protocolos de detección y manejo en dispositivos sanitarios, sociales y educativos). ◆ Difusión y aplicación del Plan Regional. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Protocolo elaborado. ◆ N° de sesiones informativas a profesionales.
---	---	--

TICS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

15

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
PROMOCIÓN DE LA TELECONSULTA EN PERSONAS CON CONDUCTA SUICIDA.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ La finalidad de este objetivo consiste en facilitar la continuidad asistencial y la coordinación entre dispositivos mediante el uso de videoconsultas. Sensibilización y formación continuada de profesionales en tele salud mental, mejorar dificultades técnicas. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de consultas realizadas por vía telemática.

16

DISEÑAR E IMPLEMENTAR UN SISTEMA DE REGISTRO DE LA CONDUCTA SUICIDA DE ÁMBITO REGIONAL.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Se adaptará una herramienta integrada para la recolección de datos de suicidio en los sistemas de información pública de Cantabria que permita promover la creación de un registro con valor clínico asistencial y de investigación, además de registro legal y estadístico. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Herramienta electrónica implementada.
---	--	---

FORMACIÓN

17

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
FORMACIÓN CONTINUADA SOBRE IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA A PROFESIONALES DE LA SANIDAD Y EXTRASECTORIALES	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Sensibilizar, concienciar y mejorar las habilidades de identificación e intervención de los diferentes colectivos en la detección y manejo de la conducta suicida. ◆ Formación para personal de residencias, FOP, Instituciones Penitenciarias, etc. en primera línea de intervención ante suicidios (manejo de conductas suicidas, intervención ante suicidios consumados...) ◆ Crear un grupo formador, análisis de situación de la formación de los distintos profesionales y de programas formativos en otras regiones, diseño e impartición de formación. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de acciones formativas desarrolladas. ◆ N° de profesionales participantes en las mismas. ◆ Al menos el 50% de profesionales del 061, urgencias, FOP, bomberos, centros penitenciarios y residencias de SM estarán formados.

LÍNEA 6.b. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

IMPACTO SANITARIO Y SOCIAL

Los estudios reflejan una prevalencia de cualquier tipo de trastorno de la personalidad (TP) que podría alcanzar el 20% en población general (81), pudiendo ser esta proporción superior en población atendida en recursos de salud mental o en centros de salud. De entre todos los trastornos de personalidad, el más estudiado y uno de los más frecuentes es el trastorno límite o de inestabilidad emocional de la personalidad (TLP). Hasta en un 10% de las personas afectadas puede acabar en suicidio consumado; además, va acompañado de abandonos prematuros de tratamientos y terapias en un 50% de los casos aproximadamente, así como de altas tasas de recurrencia y remisiones parciales (82,83,84,85). Si bien el TLP es más frecuente en mujeres, en hombres podemos encontrar en mayor medida otros TP graves, como el trastorno antisocial o el trastorno narcisista de la personalidad.

Los TP no tienen un origen claro, pudiendo ser las tendencias genéticas en ciertas personas a las que se suman ambientes de crianza (en infancia y adolescencia) o la influencia de ciertas tendencias culturales en el desarrollo de más conductas propias de los trastornos; esto nos debe llevar a buscar intervenciones preventivas y de tratamiento que reviertan esos factores, puesto que el TP no puede ser visto como algo inmodificable en las personas que lo padecen. El pesimismo generalizado entre los clínicos a la hora de tratar estas patologías a menudo está más basado en mitos y prejuicios que en datos, puesto que afortunadamente hasta el 75% de pacientes diagnosticados de un TLP deja de cumplir los criterios diagnósticos por mejoría 15 años después de su identificación (84).

Este porcentaje evidentemente es superado y alcanzado en intervalos más breves de tiempo cuando se aplican tratamientos basados en evidencia.

Los TP generan un alto porcentaje de horas de trabajo y ocupan una buena proporción de las plazas existentes en los recursos de salud mental de Cantabria. Así, en un estudio encontramos que casi el 10% de pacientes que reciben atención durante 5 años en varias USM del área de Santander (Área I) tenían rasgos patológicos de personalidad; tras recibir psicoterapia no estructurada durante un año en la consulta del profesional de psicología clínica de la unidad (además de tratamiento psiquiátrico ambulatorio en la mayoría de los casos), el 38,5% no mostraba mejoría relevante en su sintomatología y el 51,3% abandonó el tratamiento durante ese primer año; además, 3 años después de haberlo iniciado, el 47,1% aún seguía precisando atención especializada en los recursos de salud mental (86). En otro estudio midiendo múltiples variables de las 118 personas usuarias derivadas al programa específico de psicoterapia ambulatoria para TLP del área sanitaria I de Cantabria durante el quinquenio 2014-2019, encontramos que el 33,3% de pacientes que abandonaron la psicoterapia de forma prematura había precisado atención en el servicio de Urgencias y el 11,1% había precisado un ingreso hospitalario en Psiquiatría por problemas asociados al TP (87).

SITUACIÓN DE PARTIDA EN CANTABRIA

En Cantabria, los recursos que actualmente están en funcionamiento para la atención a personas con TP mayores de edad, de titularidad pública o concertados son los siguientes:

- ◆ **PRIMER ESCALÓN: Atención Primaria**

Es el primer escalón asistencial y constituye la puerta de entrada al sistema sanitario. Las consultas de los médicos/as de familia y los profesionales de trabajo social de los centros de salud habitualmente son la puerta de entrada de estos pacientes al resto de recursos sanitarios y sociosanitarios especializados.

- ◆ **SEGUNDO ESCALÓN: Unidades de Salud Mental**

Las consultas de profesionales en psicología y psiquiatría y profesionales de la enfermería ubicados en las USM suelen recibir en primer lugar al paciente derivado desde Primaria y es donde se suele realizar el diagnóstico de TP. Proporcionan una atención normalmente individual. Cuando los tratamientos resultan insuficientes se deriva a pacientes a recursos más intensivos.

- ◆ **TERCER ESCALÓN: Programas de psicoterapia ambulatoria intensiva**

Tanto en el área I como en el área III-IV se desarrolla un programa de psicoterapia específica para personas con TP, fundamentalmente trastorno límite (TLP) y otros rasgos afines de los clusters B y C. Está pensado para personas usuarias con un deterioro medio, que por poder mantener su actividad formativa u ocupacional no necesitan un centro de asistencia diaria, con el objetivo al recibir el alta de salir de la red de SM. El programa es ejecutado por una psicóloga clínica en cada área con dedicación de un día a la semana; en Santander se cuenta además con el apoyo de 2 residentes y en Torrelavega de otra psicóloga clínica. Solo en Santander unas 30 personas realizan este programa cada año; a pesar de un abandono cercano al 40%, quienes se han mantenido en el programa en un estudio de los últimos 5 años han mostrado una reducción significativa en síntomas clínicos, deterioro funcional, asistencia a servicios de Urgencias, hospitalizaciones y asistencia a otros recursos de salud mental durante los 2 años posteriores al alta, en comparación con quienes no participaron (81).

En el área II existe un Programa de Atención Ambulatoria Intensiva (PAAI) para personas con descompensación grave o deterioro funcional por trastorno mental, incluidas personas con TP, que requieren por un intervalo de tiempo atención más frecuente que la de la USM. Unas 12 personas con TP son atendidas cada año en este programa desde su inicio en 2019, lo que constituye el 10% aproximado de pacientes incluidos en el PAAI.

◆ CUARTO ESCALÓN:

– Unidades psiquiátricas de hospitalización

- ◆ **Agudos:** Sólo se cuenta con una planta en el HUMV para ingresos de personas con TP de toda Cantabria que precisen una duración breve (no superior a unas semanas). Esta planta no es específica para TP y está atendida por psiquiatras y el personal de enfermería adscrito a dicha planta.
- ◆ **De media-larga estancia:** Los ingresos de personas con cualquier tipo de trastorno mental que requieren estancias de hospitalización completa superiores a un mes de duración se realizan en el hospital de Liencres, para personas de todas las áreas sanitarias. Estas plazas se complementan con camas del hospital Padre Menni (concertadas con el SCS para estancias no superiores a 6 meses). A esto habría que añadir la existencia de plazas residenciales por tiempo indefinido para personas con trastornos mentales y dependencia, adscritas al Instituto Cántabro de Servicios Sociales (Centro Hospitalario Padre Menni en Santander, Centro Sociosanitario Medinaceli en Soto de la Marina, Residencia La Loma en Castro Urdiales, Mini-Residencia de Ascasam en Santander, pisos supervisados de Fundación Acorde en Torrelavega y Santander)

– Hospital de Día

- ◆ **Hospital Comarcal de Sierrallana (Torrelavega):** Permite realizar un tratamiento intensivo y en un ambiente estructurado para pacientes de las áreas III y IV con diferentes trastornos mentales, incluyendo los TP, que no requieran una hospitalización completa.

Se trata de estancias en régimen de horario de mañana en días laborables y con una duración limitada (normalmente de varias semanas). Ofrece un abordaje coordinado por parte de profesionales de psiquiatría, psicología clínica y enfermería que contempla intervenciones farmacológicas, psicoterapia individual y grupal y distintas actividades enfocadas al cuidado integral de la salud mental de pacientes.

- ◆ **El hospital de día de Valdecilla:** Atiende a pacientes de las Áreas I y II, está más bien enfocado a pacientes subagudos con estancias más cortas.

– Servicios de urgencias hospitalarias

Un porcentaje elevado de las personas con algún TP acuden o son conducidas en algún momento a las urgencias hospitalarias por crisis de ansiedad, comportamientos auto o heterolesivos, intoxicaciones o alteraciones de conducta de diversa índole. Además del personal genérico de las propias Urgencias, en el HUMV se dispensa atención psiquiátrica urgente las 24h para toda la población de Cantabria; en los hospitales de Laredo y Torrelavega el profesional de psiquiatría únicamente está disponible en días laborables en horario de mañana para la población de sus respectivas áreas.

– Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)

Estos recursos forman parte de la red de asistencia a la dependencia del ICASS, en ellos un equipo multidisciplinar atiende a personas con un trastorno mental que suponga cierto grado de deterioro funcional pero que permanecen en su entorno, quienes acuden habitualmente a los mismos en horario de mañana y tarde en días laborables (pudiendo ser variable la intensidad de la asistencia). Todas las intervenciones se enmarcan en un plan individualizado de atención (PIA) que se le hace a cada paciente. Solo uno de estos centros cuenta desde 2018 con una Unidad de TP específica para personas con sospechas o criterios diagnósticos de estas patologías: el Centro de Rehabilitación Psicosocial Dual (CRPD) de la fundación Acorde, en Santander.

- ◆ OTROS RECURSOS: Programa de Gestión Emocional del Centro Hospitalario Padre Menni

De forma concertada para personas de toda Cantabria, con edad comprendida entre los 15 y los 25 años y que padecen alteraciones emocionales y conductuales diagnosticables como trastorno límite de la personalidad en fases iniciales; está indicado para personas que se caracterizan por problemas de conducta serios, impulsividad, autolesiones, conductas suicidas, problemas con su identidad, dificultades en las relaciones interpersonales y desadaptación social, y que requieren una alternativa al tratamiento en hospital de día.

OBJETIVOS

LÍNEA 6b: 11 ACCIONES

ACTUACIONES EN HUMANIZACIÓN

01

FOMENTAR LA PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS EN EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES.

- ◆ Inclusión de personas usuarias en la comisión sobre TP y en grupos de trabajo sobre abordaje de los TP.
- ◆ Mejora de la identificación, accesibilidad y comunicación de las personas usuarias con los responsables y demás profesionales de cada recurso asistencial, especialmente a las personas de otras culturas y lenguas.
- ◆ Mejora de los PIA de forma individualizada, haciendo intervención combinada (centro y entorno comunitario).

- ◆ N° de grupos de trabajo con personas usuarias.
- ◆ Cauce establecido de comunicación con responsables.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

02

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
APORTAR CONTENIDOS ADECUADOS PARA PREVENIR LOS TP A LA WEB DE LA ECS.	<ul style="list-style-type: none"> Inclusión en la web de la Escuela Cántabra de Salud de contenidos apropiados para la prevención de los TP. 	<ul style="list-style-type: none"> Nº de recursos cargados en la web de la ECS.

EQUIDAD

03

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
ASEGURAR LA ACCESIBILIDAD DE LAS PERSONAS CON TP A LOS DISTINTOS RECURSOS ASISTENCIALES EN CONDICIONES DE IGUALDAD.	<ul style="list-style-type: none"> Todas las áreas sanitarias deberán disponer del mismo tipo de recursos de tratamiento ambulatorio. Se facilitará el acceso a ayudas de transporte, en coordinación con los servicios sociales municipales. 	<ul style="list-style-type: none"> Recursos ambulatorios generales e intensivos en todas las áreas. Nº de personas usuarias con TP que reciben atención en cada centro, en períodos anuales.

ENFOQUE DE GÉNERO

04

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO TANTO DE PAREJA COMO ESTRUCTURAL.	<ul style="list-style-type: none"> Incorporar estrategias encaminadas a detectar y afrontar relaciones y situaciones abusivas o de desigualdad y se mantendrán las coordinaciones necesarias con profesionales de los centros especializados en violencia de género que atiendan a la mujer. 	<ul style="list-style-type: none"> Nº de usuarias detectadas /derivadas a servicios específicos de VG.

INTEGRALIDAD

05

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES PARA ASEGURAR LA VALORACIÓN E INTERVENCIÓN DE INTEGRAL.	<ul style="list-style-type: none"> Se formarán por profesionales en psiquiatría y psicología, de enfermería, en trabajo social y en educación/integración social. Coordinación de profesionales responsables de pacientes que reciben atención en cualquiera de los niveles asistenciales con la asistencia sociosanitaria para una mejora de la situación familiar, la socialización, la empleabilidad y la situación económica de pacientes, y por tanto de su clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> Nº de pacientes con valoración realizada por un profesional del equipo multidisciplinar: enfermería, trabajo social o integración social.

CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y DE CUIDADOS

06

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
MEJORA EN LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN CON DIAGNÓSTICO DE TP ASEGURANDO LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y MEJORANDO LA COORDINACIÓN ENTRE RECURSOS.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Se promoverá la creación de una Comisión de Trastornos de la de la Personalidad para asegurar la continuidad de cuidados mediante reuniones semestrales y fijación de criterios de derivación, de forma que se optimice la eficacia del sistema evitando duplicidades y potenciando la equidad. ◆ Establecimiento de un mapa de recursos asistenciales para TP. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de reuniones de la comisión TP. ◆ Mapa de recursos establecido. ◆ N° de protocolos y documentos elaborados. ◆ N° de informes realizados tras derivación, alta o abandono por año. ◆ N° de recursos en que inicia el tratamiento cada paciente cada 3 años desde el momento del diagnóstico.

07

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
OPTIMIZACIÓN DE LAS DERIVACIONES ENTRE NIVELES ASISTENCIALES.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Emisión de un informe detallado tras la estancia/abandono/no admisión en un recurso para llegar al siguiente nivel de atención. ◆ Se mantendrá la asistencia en el recurso hasta confirmación de la admisión en otro recurso tras la derivación con el objetivo de reducir el número de recursos diferentes en que inicia tratamiento la persona a lo largo de su proceso asistencial. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de informes realizados tras derivación, alta o abandono por año. ◆ N° de recursos en que inicia tratamiento cada paciente cada 3 años desde el momento del diagnóstico.

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

08

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS CLÍNICAS.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Establecer en cada recurso un protocolo de tratamiento, que especifique objetivos, tipo, temporalización, perfil y vías de acceso, criterios de inclusión y exclusión, causas de alta y criterios de retorno. Estos protocolos deben seguir las recomendaciones de las guías clínicas, y deben pivotar por tanto en torno a la terapia dialéctica-conductual (incluida la variante STEPPS) y la terapia de mentalización en el caso del TLP. ◆ Se realizarán acciones de difusión específicas para reducir la prescripción farmacológica excesiva. ◆ Se evaluarán todas las actuaciones, incluyéndose mediciones de calidad y satisfacción. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de personas usuarias dados de alta por mejoría (por ineficacia y por abandono) así como tiempo total de estancia anualmente. ◆ N° de personas con TP atendidas en urgencias hospitalarias por crisis relacionadas con la salud mental anualmente. ◆ N° de personas con TP hospitalizadas en la unidad de Valdecilla anualmente. ◆ Grado de satisfacción.

09

TICs Y SISTEMAS DE LA INFORMACIÓN

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
AUMENTAR EL USO DE LA TELEASISTENCIA Y OTROS RECURSOS TELEMÁTICOS.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aumento del uso de los medios telemáticos y ofrecerse el uso cuando la alternativa sea el abandono de tratamiento. ◆ Uso de medios telemáticos para la comunicación y coordinación entre profesionales. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de personas atendidas por medios telemáticos. ◆ N° de reuniones y formaciones que se ofrecen de forma telemática.

10

FORMACIÓN

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
MEJORA EN LA FORMACIÓN SOBRE ABORDAJE DE LOS TP.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Formación sobre psicoterapias, psicofármacos, pautas de abordaje y acciones específicas sobre TP para profesionales de la sanidad y sociosanitarios. ◆ Acciones formativas periódicas para personal de nueva incorporación (sustitutos, residentes). 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de actividades formativas. ◆ N° de profesionales formados y resultados de las evaluaciones realizadas.

11

INVESTIGACIÓN

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
ESTUDIO DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y RESULTADOS TERAPÉUTICOS.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Disponer de datos básicos asistenciales y de resultados, intercambiables y comparables entre los distintos recursos para TP. Para ello se dispondrá de un registro descriptivo del número de personas atendidas, junto con variables sociodemográficas y clínicas. ◆ Se realizará una encuesta de satisfacción para personas usuarias y familiares a administrar siempre que un paciente termina su intervención en un recurso. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Sistema de recogida de datos establecido. ◆ Memoria anual publicada.

LÍNEA 6.c. VIOLENCIA DE GÉNERO

IMPACTO SANITARIO Y SOCIAL

En el Artículo I de la Declaración sobre la eliminación de la violencia hacia la mujer (ONU 1993) se establece la definición de violencia contra la mujer como: “todo acto basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”. Según la ONU, la violencia que se ejerce contra las mujeres supone el atentado contra los Derechos Humanos más grave y menos reconocido del mundo. Su alta prevalencia y las importantes repercusiones que tiene para la salud de las mujeres, llevó a la OMS en su 49ª asamblea de 1996, a declarar que la violencia de género (VG) es un problema prioritario de Salud Pública.

En el Artículo I de la Declaración sobre la eliminación de la violencia hacia la mujer (ONU 1993) se establece la definición de violencia contra la mujer como: “todo acto basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”. Según la ONU, la violencia que se ejerce contra las mujeres supone el atentado contra los Derechos Humanos más grave y menos reconocido del mundo. Su alta prevalencia y las importantes repercusiones que tiene para la salud de las mujeres, llevó a la OMS en su 49ª asamblea de 1996, a declarar que la violencia de género (VG) es un problema prioritario de Salud Pública.

La violencia de género es un problema de alta prevalencia y graves consecuencias para la salud, de carácter repetitivo y con un alto coste sanitario y social. Las consecuencias de la violencia de género sobre la salud de las mujeres son diversas, desde la más grave, la muerte, a consecuencias que afectan a su salud física, mental, sexual y social. No hay que olvidar, además, que esta violencia tiene repercusiones para la salud de sus hijos e hijas y otros miembros de la familia, como víctimas directas de la misma.

Los efectos inmediatos tras producirse un incidente violento son la aparición de síntomas psíquicos o lesiones físicas que llevan a las mujeres víctimas a acudir a los servicios sanitarios, pero además del maltrato se derivan numerosos síntomas y/o síndromes relacionados con la salud mental. Las mujeres maltratadas presentan mayor número de enfermedades y consumen más ansiolíticos, antidepresivos y analgésicos, así como alcohol y otras drogas. Hacer tratamientos sintomáticos sin que la mujer descubra la relación entre sus síntomas y su situación de maltrato, favorece la iatrogenia y la sobremedicación, contribuyendo a la opacidad de la violencia y generando un gasto sanitario inútil que no resuelve el problema principal.

Según la Macroencuesta de violencia contra la mujer, realizada por la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género en 2019, el 96,9% de las mujeres que han sufrido violencia física y/o violencia sexual de alguna pareja actual o pasada, manifiestan haber sufrido también algún tipo de violencia psicológica, confirmando que la violencia psicológica siempre está presente en la situación de maltrato. El 23,4% de las mujeres que han sufrido violencia de alguna pareja buscaron ayuda psicológica para afrontar lo sucedido y el 10,4% ayuda médica. Esto ocasiona un mayor consumo de recursos asistenciales y farmacológicos.

También hay que tener en cuenta que existen situaciones de vulnerabilidad que aumentan la probabilidad de mantener relaciones de pareja perjudiciales para la mujer como la migración; circunstancias y contextos sociales y psicosociales desfavorables; etapas vitales como el embarazo, puerperio o la edad avanzada; condiciones de salud como la discapacidad, la enfermedad mental grave o la drogodependencia, que aumentan la probabilidad de sufrir violencia de género.

La violencia de género es un fenómeno social complejo. Las necesidades específicas de estas mujeres requieren intervenciones sanitarias que tengan en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales; con la implicación activa de todo el personal de los servicios sanitarios desde un modelo de atención integral a la salud

Para su erradicación, se requiere un abordaje multidisciplinar e intersectorial en los ámbitos educativo, policial, judicial, sanitario, social y laboral que garanticen una asistencia integral y coordinada a las víctimas.

SITUACIÓN DE PARTIDA EN CANTABRIA

La violencia de género, como manifestación más cruel de la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se cobra la vida de 60 mujeres cada año de media, en España. Desde 2003, año en el que en nuestro país empezaron a contabilizarse estos datos, hasta 2021, han sido 1130 las mujeres asesinadas por sus parejas o exparejas. La utilización por parte del agresor de la violencia sobre los hijos e hijas de la víctima como forma de provocarle un daño más profundo (violencia vicaria) se ha llevado la vida de 46 menores desde 2013 según la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.

En Cantabria los datos arrojan un saldo de 11 mujeres asesinadas a manos de su pareja o expareja en el periodo 2003-2021. La violencia vicaria se ha cobrado la vida de una menor en nuestra Comunidad. Las llamadas registradas durante el 2021 en el teléfono 016 aumentaron un 14% con respecto al 2020.

La red del Gobierno de Cantabria para la prevención y protección a sus víctimas se configura como el conjunto de recursos, medios personales, materiales y organizativos orientados a facilitar a las víctimas y a sus hijos e hijas, asistencia integral, así como acogimiento en los casos que, por su gravedad, urgencia o por carecer de recursos alternativos, así lo requieran.

Dentro de este esquema asistencial ocupan un lugar central los Centros de Información y Atención Integral del Gobierno de Cantabria (CIAI) donde interviene un equipo multidisciplinar con la finalidad de facilitar información, orientación, asistencia integral y asesoramiento a las víctimas de violencia de género, y con un cometido de coordinación con el resto de recursos asistenciales de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria y de las restantes Administraciones Públicas.

En 2021, los CIAI asesoraron a 1.046 personas, de las cuales un 84,3% corresponden a mujeres y 15,7% a menores. El 57,3% de las citas fueron en el área psicológica, 22,8% en el área social y un 8,2% en el área laboral. Produciéndose un incremento de citas en el área jurídica, alcanzado un 12,3%.

Desde el año 2005 Cantabria cuenta con un Protocolo de Actuación Sanitaria ante los Malos Tratos dirigido a la detección precoz y sistemática de la violencia contra las mujeres desde los servicios sanitarios, junto a una intervención integral y coordinada de todos los organismos implicados; centrandose sus actuaciones en el abordaje de la violencia que surge en las relaciones de pareja o expareja.

Su desarrollo se lleva a cabo fundamentalmente en Atención Primaria, como puerta de entrada al sistema sanitario y donde acuden todas las mujeres en algún momento de su ciclo vital. Este protocolo considera la asistencia psicológica para las mujeres que sufren violencia de género como una atención básica de salud.

En el año 2007 se elabora el Protocolo de Atención Sanitaria a Víctimas de Agresiones/Abusos Sexuales, dirigido a mujeres a partir de los 14 años víctimas de agresiones y/o abusos sexuales con contacto corporal. Su objetivo es proporcionar pautas de actuación homogéneas para la atención a las mujeres que han sufrido un abuso o agresión sexual. Este protocolo fue actualizado en el año 2017 para introducir los casos de agresiones sexuales mediante sumisión química por exposición involuntaria de la víctima a alguna sustancia psicoactiva.

En relación al abordaje psicológico específico Cantabria cuenta con un Programa de Atención Psicológica a las Mujeres Víctimas de Violencia de Género dirigido al abordaje psicológico específico de la violencia de género que atiende a las mujeres que son derivadas desde cualquier dispositivo sanitario que detecte el problema. Este programa se inicia en el año 2005 en el área de salud de Torrelavega-Reinosa con una psicóloga clínica y en el año 2018, con financiación del Pacto de Estado para la violencia de género, se amplía su cobertura con la contratación de dos profesionales en psicología clínica para llevar a cabo este programa en las áreas de salud de Laredo y Santander.

OBJETIVOS

LÍNEA 6c: 7 ACCIONES

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

01

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
CONTRIBUIR A LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE EL ÁMBITO SANITARIO	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Contribuir a la promoción y prevención de la violencia de género desde el ámbito sanitario utilizando las consultas y los centros sanitarios como plataformas informativas. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de folletos y carteles. ◆ N° de centros sanitarios a quienes se ha distribuido el material.

EQUIDAD

02

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
MEJORAR LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN TODOS LOS NIVELES ASISTENCIALES DEL SCS CON ESPECIAL ATENCIÓN A LOS GRUPOS MÁS VULNERABLES. (Este objetivo se enlaza con acciones de la Línea 3)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Actualizar el protocolo de actuación sanitaria en la detección de malos tratos para introducir instrumentos estandarizados validados que faciliten la detección sistemática de las mujeres víctimas de violencia de género por profesionales del ámbito de la salud. ◆ Introducir la detección sistemática en las consultas del SCS (AP y USM) con especial atención a las mujeres con trastorno mental grave y adicciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Creación del documento que recoge el protocolo actualizado. ◆ N° de mujeres detectadas desde AP. ◆ N° de mujeres detectadas en las USM. ◆ N° de mujeres detectadas desde los servicios de urgencias. ◆ N° de casos detectados en las USMIJ

ENFOQUE DE GÉNERO

Al ser la línea dedicada en exclusiva a la violencia de género, se tratan todos los objetivos desde un enfoque de género.

03

INTEGRALIDAD

ACCIÓN

POTENCIAR LA FIGURA DEL PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA COMO ELEMENTO DE ATENCIÓN INMEDIATA A LAS VÍCTIMAS Y COORDINACIÓN ENTRE CENTROS SANITARIOS Y/O CON OTRAS INSTITUCIONES.

OBJETIVOS

- ◆ Potenciar la figura del personal de trabajo social sanitario como interlocutor de coordinación dentro del ámbito sanitario y con otros recursos de la comunidad.

INDICADORES

- ◆ N° de mujeres derivadas a intervención con trabajo social desde los servicios de urgencias hospitalarios.
- ◆ N° de mujeres derivadas a intervención con trabajo social desde los servicios de salud mental.
- ◆ N° de mujeres derivadas a intervención social desde Atención Primaria.

04

CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y DE CUIDADOS. COORDINACIÓN

ACCIÓN

MEJORAR LA ATENCIÓN A LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y A SUS HIJAS E HIJOS QUE PRECISEN INTERVENCIONES EN SALUD MENTAL.

OBJETIVOS

- ◆ Elaboración e implementación de un programa de atención psicológica dirigido a las mujeres víctimas de violencia de género para todo el SCS.
- ◆ Fomentar la creación de mesas de coordinación entre salud mental con los equipos de atención primaria y centros especializados en violencia de género para garantizar los procedimientos de derivación diseñados y supervisión de casos que contribuya a proporcionar una respuesta integral a las necesidades de las mujeres víctimas de violencia de género y las de sus hijas e hijos.

INDICADORES

- ◆ Documento que recoge el Programa de Atención Psicológica elaborado.
- ◆ N° de mujeres que acceden al Programa desde Atención Primaria.
- ◆ N° de mujeres que acceden al Programa desde los Servicios de Urgencias.
- ◆ N° de mujeres que acceden al Programa desde los Servicios de Salud Mental.
- ◆ N° de mujeres que acceden al Programa desde los Servicios de Ginecología y Obstetricia.
- ◆ N° de grupos terapéuticos realizados desde el Programa de atención psicológica a las mujeres maltratadas.

05

MEJORA DE LA COORDINACIÓN ENTRE INSTITUCIONES IMPLICADAS EN LA PREVENCIÓN Y ASISTENCIA A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y A SUS HIJAS E HIJOS.

- ◆ Fomentar la coordinación de profesionales de referencia que atiende a las víctimas con los equipos especializados de violencia de género de los CIAI y de la Red de Acogimiento de la Dirección General De Igualdad y Mujer para ofrecer una respuesta integral y holística a las necesidades de las mujeres y sus hijos e hijas.
- ◆ Mejora de la coordinación sobre los casos de mujeres víctimas de Violencia de Género con entidades y recursos del tercer sector especializadas en salud mental, patología dual, adicciones y en violencia sexual.
- ◆ Elaboración del protocolo.
- ◆ N° de reuniones de coordinación realizadas.

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

06

MEJORA DEL REGISTRO DE LOS CASOS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO A FIN DE VISIBILIZAR LAS DIMENSIONES DEL PROBLEMA Y SUS CONSECUENCIAS EN LA SOCIEDAD.

- | ACCIÓN | OBJETIVOS | INDICADORES |
|--------|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Favorecer el registro de casos de VG en la historia clínica y de los partes de lesiones emitidos ◆ Colaboración con la Dirección General de Salud Pública con el fin de dimensionar e investigar el problema | <ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de casos registrados en la historia clínica electrónica. ◆ N° de partes de lesiones por violencia de género y agresiones sexuales emitidos. ◆ N° de memorias anuales realizadas durante la duración del Plan de Salud Mental. |

FORMACIÓN

07

POTENCIAR LA FORMACIÓN DEL PERSONAL DEL SISTEMA SANITARIO PARA IMPULSAR LA DETECCIÓN PRECOZ Y MEJORAR LA ATENCIÓN A LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y A SUS HIJAS E HIJOS.

- | ACCIÓN | OBJETIVOS | INDICADORES |
|--------|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Potenciar la formación continua, permanente y transversal del personal del SCS en relación a la violencia de género incluyendo factores de vulnerabilidad. ◆ Establecer actividades de formación específicas en violencia de género dirigidas al personal sanitario en formación postgrado (PIR, MIR, FIR, BIR, EIR) desde las unidades de docencia de las Gerencias y comisiones | <ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de cursos de formación continuada realizados. ◆ N° de profesionales formados por año. ◆ N° de cursos dirigidos a personal sanitario postgrado realizados. ◆ Evaluación de cursos de formación continuada y postgrado. |

LÍNEA 6.d. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

IMPACTO SANITARIO Y SOCIAL

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

Los TCA afectan mayoritariamente a mujeres, debutando fundamentalmente entre la adolescencia y la edad adulta joven, y situándose en uno de los primeros lugares entre las causas de carga de enfermedad en términos de pérdida de años de vida, muerte o discapacidad para mujeres entre 15 y 24 años (99).

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

En España, en la franja de 12 a 21 años la prevalencia en mujeres para anorexia (AN) se sitúa entre 0,14% y 0,9%, y entre 0,41% y 2,9% para la bulimia (BN). La prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria no especificados (TCANE) oscila entre 2,76% y 5,3% (100,101,102).

La anorexia nerviosa presenta la mayor tasa de mortalidad de todos los trastornos mentales, tres veces más que la depresión, esquizofrenia o alcoholismo y doce veces superior a la población general (103). La muerte resulta de complicaciones infecciosas, arritmias cardíacas o suicidio. En los estudios de seguimiento a 6-12 años se han encontrado cifras de mortalidad estandarizada del 9% para la AN, siendo las tasas mayores para la franja de edad de 20 a 40 años. No hay evidencia de un aumento de mortalidad en BN y se sabe poco de la mortalidad asociada a los TCANE, aunque algunos estudios evidencian mayor tasa de suicidio en estas poblaciones. Dada la asociación del trastorno por atracón con obesidad también se puede sospechar un aumento del riesgo de mortalidad en este subgrupo.

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

Los elevados costes que los TCA representan para el sistema sanitario se derivan, en primer lugar (costes directos), de la alta frecuentación de los servicios de atención primaria en los 5 años previos al diagnóstico, de las elevadas estancias medias en las unidades de hospitalización (10-12 semanas) y de la necesidad de mayor intensidad (episodios ambulatorios) en los tratamientos.

Pero también son elevados los costes indirectos, por el gran impacto de estos trastornos en el funcionamiento social y educacional, así como en la pérdida significativa de productividad en el paciente y su familia, al debutar en un periodo crítico del desarrollo educativo y psicosocial de la persona.

SITUACIÓN DE PARTIDA EN CANTABRIA

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

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

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

OBJETIVOS

LÍNEA 6d: 12 ACCIONES

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
<p>01</p> <p>REFORZAR Y MEJORAR LAS ESTRATEGIAS DE DETECCIÓN E INTERVENCIÓN PRECOZ.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Implementar un protocolo de detección precoz, manejo y derivación de los trastornos de la conducta alimentaria en AP que incluirá formación a profesionales. ◆ Introducir estrategias de detección precoz y derivación a otros servicios especializados de alta frecuentación por pacientes con TCA. ◆ Introducir estrategias de detección precoz de TCA en el entorno educativo junto con actuaciones de educación para la salud dirigidas al alumnado. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Documento que recoge el protocolo. ◆ N° de pacientes nuevos detectados al año. ◆ N° de profesionales formados en el protocolo.
<p>02</p> <p>PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE TCA EN CENTROS EDUCATIVOS DE ENSEÑANZA SECUNDARIA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Se realizará un protocolo preventivo adaptado para su realización en centros de educación secundaria, con el fin de evitar futuros casos de TCA. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Programa preventivo adaptado. ◆ N° de personas docentes formadas. ◆ N° de personas en el alumnado que realizan el programa.
<p>03</p> <p>PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y FORMACIÓN A FAMILIAS SOBRE TCA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Diseñar un protocolo psicoeducativo para manejar los aspectos psicológicos y conductuales del sobrepeso. Desarrollar actuaciones en el medio social, educativo y en AP para aplicar el protocolo psicoeducativo para el manejo de los aspectos psicológicos y conductuales del sobrepeso. ◆ Se realizarán actuaciones de promoción y prevención. ◆ Mejora de los cuidados de salud física y alimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Inclusión de contenidos en web ECS. ◆ Programas de formación para AP. ◆ Documento que recoge el protocolo. ◆ N° de personas que reciben la intervención

04

EQUIDAD		
ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
HABILITACIÓN DE CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN PARA TCA EN EDAD INFANTO-JUVENIL	<ul style="list-style-type: none"> Se dispondrán camas para hospitalización de pacientes menores de 18 años con TCA junto al resto de pacientes del área infanto-juvenil. 	<ul style="list-style-type: none"> Nº de pacientes menores de 18 años hospitalizados al año.

05

ENFOQUE DE GÉNERO		
ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
MEJORA EN LA DETECCIÓN DE TCA EN VARONES.	<ul style="list-style-type: none"> Inclusión en los programas de detección de pautas específicas para la identificación de casos de TCA en varones, teniendo en cuenta las características distintivas con las que se presentan estos trastornos. 	<ul style="list-style-type: none"> Pautas de detección en varones incluidas en protocolos.

06

INTEGRALIDAD		
ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
PROGRAMA ESPECÍFICO PARA PACIENTES CON TCA CRÓNICO.	<ul style="list-style-type: none"> Se integrará la atención a pacientes con TCA crónico dentro de la ruta del TMG, disponiendo de los mismos recursos para cuidados de larga duración, de rehabilitación psicosocial o de inserción laboral. Se facilitará el acceso de pacientes con TCA de evolución crónica a la red de pisos tutelados para personas con TMG. 	<ul style="list-style-type: none"> Nº de pacientes con TCA incluidos en la ruta del TMG.

07

CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y DE CUIDADOS. COORDINACIÓN.		
ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
MEJORA DE LA COORDINACIÓN EN CASOS DE TCA.	<ul style="list-style-type: none"> Se buscará la mejora de la calidad asistencial y de la continuidad de cuidados mediante la habilitación de cauces que faciliten la coordinación entre los distintos profesionales cuyo trabajo implique en la atención. Para ello se establecerán huecos en las agendas que faciliten la coordinación y se dispondrá de una herramienta digital que permita la comunicación asincrónica. 	<ul style="list-style-type: none"> Espacios de coordinación habilitados. Herramienta digital disponible. Nº de coordinaciones realizadas por año.

08

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
PROGRAMA REGIONAL DE ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CANTABRIA.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Elaborar e implantar un programa regional de atención a distintos TCA en Cantabria, con el fin de garantizar una atención sanitaria de calidad a toda la población, que facilite la mejoría clínica en pacientes. Este programa incluirá los protocolos de actuación para TCA a cualquier edad y tendrá en cuenta la presencia de otros trastornos comórbidos. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Documento que recoge el programa. ◆ Proceso asistencial creado. ◆ N° de pacientes que reciben atención al año (nuevas y sucesivas).

09

TICs Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA (CON NUEVAS TECNOLOGÍAS).	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Utilización de las TICs para el seguimiento de pacientes con problemas de acceso a la consulta presencial 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de consultas domiciliarias realizadas mediante TICs por año

10

FORMACIÓN

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
PROGRAMA FORMACIÓN SANITARIOS Y TS.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Se proporcionará formación a profesionales de la sanidad y TS del SCS para la adecuada detección e intervención con TCA. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de actividades formativas realizadas al año.

11

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
PROGRAMA DE FORMACIÓN AL PROFESORADO.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Se proporcionará formación al profesorado y equipos de orientación para que puedan detectar posibles casos de TCA y para la realización de actividades preventivas. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de actividades formativas realizadas al año.

12

FORMACIÓN

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
INVESTIGACIÓN EN TCA.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Se promoverá la investigación en TCA a través de la línea de investigación de la que dispone el Grupo de Investigación en Enfermedades Mentales de IDIVAL. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de artículos y comunicaciones a congresos al año.

LÍNEA 6.e. DEPRESIÓN RESISTENTE

IMPACTO SANITARIO Y SOCIAL

Aunque la Depresión Resistente o Depresión Difícil de Tratar (DDT) es relativamente común en la práctica clínica, su conceptualización sigue sujeta a controversia y, aún hoy, no existe un completo consenso al respecto. Instituciones como la Sociedad Española de Psiquiatría aceptan la definición de resistencia al tratamiento antidepressivo propuesta por Culpepper et al. (2010), según la cual, la DDT aparece cuando no se consigue una respuesta tras dos ensayos con antidepressivos de distinto perfil farmacológico empleando dosis dentro del intervalo terapéutico, que han sido administrados durante el tiempo adecuado (cuatro semanas) y con una correcta adherencia terapéutica.

Según la Encuesta Europea de Salud de 2014, la prevalencia del trastorno depresivo mayor alcanza al 7.31% de la población, lo cual implicaría que casi 3 millones de personas padecen depresión en un momento dado en nuestro país (Encuesta Europea de Salud, INE, 2014).

El tratamiento de las personas con depresión genera una importante repercusión económica en los sistemas sanitarios y las personas con depresión resistente al tratamiento tienen unos costes médicos significativamente más elevados y el doble de probabilidades de ser hospitalizados que quienes no tienen depresión resistente. Esto supone que el coste de su tratamiento es 6 veces superior que el de las personas con depresión que sí responden al tratamiento (Crown et al. 2002).

La DDT representa una de las principales fuentes de costes directos, pero, sobre todo, indirectos, en el medio sanitario, con advertencias de la OMS desde hace dos décadas de que, en 2030, este tipo de trastorno se encontraría entre las tres primeras causas de enfermedad, discapacidad y costes sanitarios a nivel mundial. Como se ha adelantado en estas líneas, el carácter recurrente de los trastornos depresivos mayores y las elevadas tasas de no respuesta, son factores que, conjugados con la lentitud en el acceso a tratamientos de alta eficacia, determinan ese alto riesgo de cronicidad, discapacidad, suicidalidad y costes. En nuestro país, en el año 2017, el trastorno depresivo mayor generó alrededor de 6200 millones de euros de costes (Alonso et al. 2017), con un 83% de costes indirectos asociados y llegando a determinar incapacidades laborales permanentes (especialmente importante en su impacto socioeconómico dado que la franja etaria más afectada comprende los 30-55 años de edad) hasta en un 60.5% de los casos por la cronicación y desarrollo de resistencia al tratamiento.

Por otro lado, la DDT, representa una causa fundamental de aumento de riesgo de mortalidad (acortamiento de 6-8 años en esperanza de vida) (Laursen et al. 2016), bien por desarrollo de patologías somáticas asociadas (enfermedad cardiovascular, metabólica, cáncer, etc.), por empeoramiento de comorbilidades, por mayor riesgo de accidentes y, especialmente, de suicidio, con 6,8 veces más riesgo de suicidio consumado en esta población en nuestro medio (Gabilondo et al. 2017) y representando la primera causa de suicidio a nivel mundial.

SITUACIÓN DE PARTIDA EN CANTABRIA

En Cantabria, se ha implantado el Programa de Atención a la Depresión Resistente en el Área Sanitaria I (HUMV), donde se tratan no solo los episodios únicos de depresión mayor, sino que también tendrán cabida en el programa aquellos que se encuadren dentro de entidades diagnósticas más amplias, como el TDM recurrente, el trastorno bipolar y el trastorno depresivo persistente, siempre que se identifiquen criterios de resistencia al tratamiento y una intensidad moderada a grave de la clínica.

La filosofía del programa se basa en la detección e intervención precoz e intensiva (con una duración limitada a un máximo de seis meses), con participación transversal desde las USM, que sirva al propósito de reducir la comorbilidad, anticipar los tiempos de respuesta, prevenir la cronicidad y limitar la discapacidad asociada con la misma, con los consiguientes beneficios no solo en términos de salud y funcionalidad para el paciente sino también en lo relativo al rendimiento económico de la intervención.

En los últimos años, se han producido avances prometedores en el tratamiento de la DDT, como la estimulación repetitiva magnética transcraneal (rTMS), la estimulación cerebral profunda (DBS), pasando por la R/S ketamina intravenosa o la S-ketamina intranasal que pueden unirse al único tratamiento disponible hasta la actualidad para su abordaje, la terapia electroconvulsiva (TEC). Los resultados de eficacia y rapidez de acción son especialmente prometedores en el caso de los derivados de la ketamina, multiplicando por 4-5 las probabilidades de respuesta en la DDT con respecto a los tratamientos convencionales e igualando la eficacia de la TEC. La aproximación desde el programa es plantear un enfoque rápidamente accesible para el tratamiento coordinado de cada caso con su experto en psiquiatría de referencia con la filosofía de alcanzar los mencionados objetivos aprovechando la disponibilidad de nuevos tratamientos de alta eficacia.

Todo ello acompañado de una constante revisión de nuestros procedimientos y una vocación de avance en el conocimiento, para lo cual, más allá de estudios centrados en evaluación de eficacia, costes y seguridad, nos proponemos identificar potenciales marcadores pronósticos y predictores de respuesta a través de estudios centrados en el análisis genético, neuroquímico y de neuroimagen.

OBJETIVOS

LÍNEA 6e: 8 ACCIONES

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

01

ACCIÓN
PROMOVER HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EN PACIENTES CON DEPRESIÓN DIFÍCIL DE TRATAR.

- OBJETIVOS**
- ◆ Aumentar el número de actividades de promoción de hábitos saludables y actividad física.
 - ◆ Facilitar la posibilidad de acompañamiento en la comunidad para la realización de diferentes actividades prescritas.

- INDICADORES**
- ◆ N° de pacientes con disminución en IMC/PESO.
 - ◆ N° de pacientes con aumento del ejercicio físico mediante el acompañamiento en comunidad.

EQUIDAD

02

ACCIÓN
IMPLEMENTACIÓN DE NUEVAS OPCIONES TERAPÉUTICAS DE DISPENSACIÓN HOSPITALARIA

- OBJETIVOS**
- ◆ Se garantizará la accesibilidad equitativa de los diferentes tratamientos basados en la evidencia actual.

- INDICADORES**
- ◆ N° de opciones terapéuticas disponibles.
 - ◆ Tasa de utilización de cada una de las opciones.

INTEGRALIDAD

03

ACCIÓN
GARANTIZAR LA INTERDISCIPLINARIEDAD EN EL ABORDAJE DE LAS PERSONAS AFECTADAS CON DDT

- OBJETIVOS**
- ◆ Se promoverá la inclusión de distintos roles profesionales en el equipo: profesional en psicóloga clínica, en psiquiatría, en enfermería y en terapia ocupacional en todas las áreas sanitarias.

- INDICADORES**
- ◆ N° de equipos completos.

CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y DE CUIDADOS. COORDINACIÓN.

04

ACCIÓN
MEJORA DE LA DETECCIÓN DE LAS PERSONAS CON DEPRESIÓN DIFÍCIL DE TRATAR EN CANTABRIA.

- OBJETIVOS**
- ◆ Identificar de forma temprana (<6M) los casos DDT, para ello se difundirá el programa entre profesionales de USM y otros profesionales de salud mental para facilitar la derivación al programa.

- INDICADORES**
- ◆ Tasa de pacientes remitidos en >6M.
 - ◆ N° de pacientes remitidos desde cada USM.
 - ◆ N° de profesionales formados.

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.

05

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
FACILITAR EL ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO DE LAS PERSONAS AFECTAS DE UNA DEPRESIÓN DIFÍCIL DE TRATAR.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Instauración de psicoterapias específicas (terapia cognitiva basada en mindfulness y terapias de activación conductual). 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de pacientes remitidos a programa específico de psicoterapia.

06

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ABORDAJE INTEGRAL DE LA DDT EN EL SCS	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Se establecerá un protocolo unificado de tratamiento de la DDT en todas las áreas sanitarias, junto con profesionales de referencia para cada una de las áreas. El objetivo de este programa será la mejora en la respuesta al tratamiento y en los resultados clínicos con esta población. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Protocolo establecido. ◆ N° de pacientes recibidos en cada área. ◆ N° de pacientes que completan tratamiento. ◆ Tasa de respuesta al tratamiento. ◆ Tasa de remisión anual.

TICS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

07

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
CREACIÓN DE UN REGISTRO REGIONAL UNIFICADO DE PACIENTES CON TRATAMIENTO EN LAS ÁREAS SANITARIAS.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Se promoverá la creación de un registro regional unificado en las distintas áreas sanitarias 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Creación del registro. ◆ N° de pacientes incluidos de forma completa en el registro.

INVESTIGACIÓN

08

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
PROMOVER LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO RESISTENTE.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Desarrollar un programa de investigación, en paralelo al protocolo clínico, sobre DDT. Su objetivo será mejorar el conocimiento sobre la definición y diagnóstico de la DDT, así como establecer la eficacia de las intervenciones disponibles. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de proyectos iniciados/ finalizados al final del plan. ◆ N° de artículos y comunicaciones científicas realizadas al final del plan.

LÍNEA 6.f. INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS (ITPCAN)

IMPACTO SANITARIO Y LOCAL

La prevalencia a lo largo de la vida de los trastornos psicóticos del espectro de la esquizofrenia se sitúa alrededor del 3 % (147). En España se estima que hay 1,4 millones de afectados por estos trastornos, el 3 por ciento de la población general (148).

La incidencia de los trastornos psicóticos varía en función de la edad, sexo y raza entre otros, así como de otras variables ambientales y socioculturales. Una investigación realizada en el Programa de Atención a las Fases Iniciales de las Psicosis (PAFIP) de Cantabria detectó una incidencia anual de psicosis de alrededor de 14 casos por 100.000 habitantes (149).

Cada año más de 6.500 personas sufren, por primera vez en su vida, un episodio psicótico en España, presentándose habitualmente en la adolescencia o primera etapa de la edad adulta, lo que implica importantes costes personales, sociales y asistenciales ya que la discapacidad generada por estos trastornos se traduce en altas tasas de desempleo, dificultad para adaptarse al entorno social y a sus demandas, aumento del riesgo de suicidio, aislamiento social y disminución de la esperanza de vida.

Estos trastornos tienen un gran impacto tanto en las personas afectadas como en sus familias y en la sociedad. En España, son responsables del 0,94% de todos los AVAD (años de vida ajustados por discapacidad), del 1,78 % de todos los años vividos con discapacidad (AVDP) y del 1,1 % del gasto sanitario. Las personas con psicosis sufren una reducción en su esperanza de vida de unos 20-25 años en el caso de la esquizofrenia, y de entre 10 y 15 años en pacientes con trastorno bipolar, con una elevada mortalidad relacionada con la alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (sedentarismo, obesidad, tabaquismo, hiperlipidemia e hipertensión) y la ausencia de hábitos saludables. Potenciar los factores generales que reducen la mortalidad en la población general (ejercicio físico, tensión arterial controlada, no fumar, control del peso y tasa de colesterol en sangre) debe ser un objetivo prioritario en esta población (150,151). Es importante destacar que el coste sanitario asociado al tratamiento de estas enfermedades psiquiátricas graves se eleva de manera considerable (aproximadamente un 45%) cuando existe comorbilidad con patología física (hipertensión, obesidad, diabetes, etc.).

En Europa, se estima que los costes totales asociados a la psicosis superaron en 2010 los 94 mil millones de euros, afectando a 5 millones de personas, con unos costes por paciente cercanos a 19.000 euros anuales/persona. En un estudio reciente, Mayoral-van Son y colaboradores (152) describen como el 75 % de los gastos generados por un primer episodio de psicosis durante su primer año de tratamiento se asocia a gastos indirectos y solo el 25 % a gastos directos relacionados con la enfermedad y su tratamiento. De hecho, los costes indirectos asociados a los trastornos psicóticos fueron similares a los atribuibles a la diabetes mellitus en Estados Unidos en 2002. Estas cifras reflejan la magnitud actual del impacto humano, clínico y económico de la esquizofrenia en nuestra sociedad. Así pues, las psicosis constituyen un grave problema de salud pública, con importantes consecuencias para las personas afectadas y para su entorno, si no se tratan adecuadamente en intensidad y duración (153).

La Intervención Temprana en Psicosis (ITP) es un modelo de atención que se dirige a promover la recuperación de la psicosis a través de la detección temprana y los tratamientos más efectivos desde el inicio de la sintomatología psicótica. Implica la participación de equipos de salud mental multidisciplinares que valoran y tratan a las personas con un primer episodio de psicosis durante los años siguientes hasta que la persona presente una recuperación estable. Estos programas de intervención temprana en psicosis se vienen implementando en varios países de Europa del norte, EEUU y Australia en las últimas décadas. Los resultados obtenidos demuestran que reducen las hospitalizaciones y los suicidios, disminuyen la morbi-mortalidad, mejoran la calidad de vida y aumentan las posibilidades de reincorporación laboral.

Por este motivo, un gran número de países han apostado por decididas políticas sanitarias para el desarrollo de programas de intervención precoz en psicosis con el fin de asegurar el mejor pronóstico posible de la enfermedad (Libro Blanco de Intervención Temprana en Psicosis en España, 2018).

SITUACIÓN DE PARTIDA EN CANTABRIA

La asistencia a las personas con un primer episodio de psicosis, así como la investigación de estas enfermedades ha sido considerada como una de las áreas prioritarias en la Comunidad Autónoma de Cantabria, existiendo programas consolidados de atención a estos pacientes desde hace más de dos décadas: el PAFIP, en Santander y el Programa de Prevención de Psicosis (P3), en Torrelavega. El Gobierno de Cantabria, a través de su Consejería de Sanidad, ha identificado esta área como prioritaria en el diseño de su estrategia de desarrollo, como recoge tanto el Atlas de Salud Mental de Cantabria, elaborado en el año 2010 (153) como el Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019 (154).

La implementación del Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019 ha hecho posible el desarrollo de un protocolo asistencial de detección y atención temprana a la psicosis (155) así como la dotación de una estructura funcional integrada y en red para una atención equitativa y de calidad a las fases iniciales de psicosis de toda la Comunidad de Cantabria.

En 2019 comienzan a funcionar tres equipos asistenciales especializados en atención temprana en Cantabria, con la siguiente dotación de recursos humanos:

- ◆ ITPCan Santander: 1 profesional en psiquiatría, 1 en psicología clínica y 1 en enfermería.
- ◆ ITPCan Torrelavega: 1 profesional en psiquiatría y 1 en psicología clínica.
- ◆ ITPCan Laredo: 1 profesional en psiquiatría y 1 en psicología clínica.

Quedando pendiente la contratación de:

- ◆ ITPCan Santander: 1 profesional de trabajo social + 1 en terapia ocupacional.
- ◆ ITPCan Torrelavega: 1 profesional de enfermería especializada en salud mental + 1 de trabajo social + 1 de terapia ocupacional.

- ◆ ITPCan Laredo: 1 profesional de enfermería especializada en salud mental + 1 de trabajo social + 1 de terapia ocupacional.

La incidencia de PEP afectivas y no afectivas detectada en nuestra comunidad es de alrededor de 20 nuevos casos/100.000 habitantes/año; recibiendo atención todos en estos equipos especializados en menos de 72 horas a partir del momento de ser derivados al programa. Desde 2019 reciben atención más de 300 pacientes con un primer episodio de psicosis.

OBJETIVOS

LÍNEA 6f: 24 ACCIONES

ACTUACIONES EN HUMANIZACIÓN

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
01 EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN ACERCA DE LA ATENCIÓN RECIBIDA.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Se promoverá la creación y lanzamiento de un cuestionario anónimo de satisfacción entre pacientes y familiares del programa de ITPCan. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Recogida de cuestionarios de satisfacción > 75% pacientes y familiares.
02 FACILITAR LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN TOMA DE DECISIONES ACERCA DEL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Proporcionar información al paciente acerca de los diferentes antipsicóticos, eficacia y perfil de efectos secundarios para facilitar su participación en el proceso de toma de decisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Adherencia (recogida información en HCE). ◆ Cuestionario Morisky-Green.
03 PSICOEDUCACIÓN PARA PREVENIR RECAÍDAS	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Se iniciarán actividades individuales en terapia cognitivo-conductual junto con grupos de trabajo con las familias para la prevención de recaídas. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Porcentaje familias ofrecido. ◆ Porcentaje familias que aceptan. ◆ Porcentaje de sesiones atendidas. ◆ Número de sesiones individuales.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
04 PROMOCIÓN DEL NIVEL DE FUNCIONALIDAD DE PACIENTES CON UN PRIMER EPISODIO DE PSICOSIS.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Valoración funcional en las diferentes áreas ocupacionales (AVD, AVDI, formación/empleo, ocio, participación social) por parte de T. Ocupacional mediante cuestionario estandarizado FAST. ◆ Puesta en marcha de una intervención grupal para promover habilidades que faciliten un desempeño óptimo. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Porcentaje de pacientes con evaluación. ◆ Porcentaje de pacientes derivados al programa grupal. ◆ Porcentaje de sesiones atendidas. ◆ Porcentaje de pacientes que tienen completada la escala FAST del total de pacientes al inicio, al año y al final del programa.

05

PROMOCIÓN DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EN PACIENTES CON PSICOSIS.

- ◆ Evaluación de la salud física y la adopción de hábitos saludables según protocolo.

- ◆ Porcentaje de pacientes que reciben información sobre hábitos saludables.

06

CONTROL DE LOS PROBLEMAS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (FRCV) SEGÚN LAS GUÍAS CLÍNICAS.

- ◆ Identificar pacientes con FRCV o problemas metabólicos establecidos mediante la evaluación de la glucemia, control lipídico y de hipertensión para mejora de su control y tratamiento remitiendo el caso a su MAP.

- ◆ Analítica al inicio, 3 meses y anual.
- ◆ Porcentaje de pacientes con control metabólico.
- ◆ N° de remisiones a AP pacientes con problemas o FRCV para su control.
- ◆ Porcentaje de pacientes en seguimiento en atención primaria por problemas metabólicos.
- ◆ Porcentaje de pacientes con al menos una evaluación física al año.

07

PROMOVER EL ABANDONO HÁBITO TABÁQUICO.

- ◆ Se realizará un registro para conocer el número de pacientes fumadores para promover la deshabituación tabáquica.

- ◆ Porcentaje de pacientes con registro de hábito tabáquico.
- ◆ Porcentaje de fumadores que abandonan el hábito tabáquico al año.

08

PROMOVER LA ABSTINENCIA A CANNABIS.

- ◆ Se realizará un registro para conocer el número de pacientes con consumo de cannabis y promover el abandono del consumo

- ◆ Porcentaje de pacientes con registro de consumo de cannabis.
- ◆ Porcentaje de consumidores que abandonan el consumo.

EQUIDAD

ACCIÓN

OBJETIVOS

INDICADORES

09

FACILITAR LA INDICACIÓN Y EL ACCESO A RECURSOS SOCIALES Y DE FORMACIÓN Y EMPLEO PARA TODOS LOS Y LAS PACIENTES QUE LO PRECISEN.

- ◆ Se valorarán pacientes que precisen ayuda social y/o formación y empleo por un profesional de trabajo social y profesional de terapia ocupacional para facilitar el acceso a los recursos.

- ◆ Porcentaje de pacientes con evaluación por TS.
- ◆ Porcentaje de pacientes ITPCan que son con evaluación por Terapeutas Ocupacionales.
- ◆ Porcentaje de pacientes que tienen acceso a los recursos (sociales y/o formación y empleo).
- ◆ Porcentaje de pacientes que necesita acceso a los recursos (sociales y/o formación y empleo).

ENFOQUE DE GÉNERO

10

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
FACILITAR ACCESO A ATENCIÓN PERINATAL A AQUELLAS MUJERES QUE SE QUEDEN EMBARAZADAS.	<ul style="list-style-type: none"> Se realizará la evaluación, cuidados específicos y tratamientos (sobre todo en lo referente a medicación antipsicótica) de todas aquellas mujeres que acuden al programa ITPCan y se quedan embarazadas, en coordinación con el Servicio de Ginecología. 	<ul style="list-style-type: none"> Nº de mujeres embarazadas. Porcentaje de embarazadas que reciben atención perinatal.

11

EVALUAR EL IMPACTO FUNCIONAL DE LA PSICOSIS DEPENDIENDO DEL GÉNERO.	<ul style="list-style-type: none"> Recogida de la información clínica, funcional y de salud física desagregada por género, con el fin de evaluar la repercusión clínica y funcional de los trastornos psicóticos. 	<ul style="list-style-type: none"> Documento con las diferencias según género en edad de presentación, gravedad clínica, tentativas autolíticas, nivel funcional, salud física.
---	--	--

INTEGRALIDAD

12

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
EVALUACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA ITPCAN.	<ul style="list-style-type: none"> Los y las pacientes recibirán una evaluación y atención integral: psiquiátrica; psicológica; física; social; funcional y cognitiva por parte de equipo multidisciplinar y ITPCan. 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de pacientes con evaluación integral y atención.

CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y DE CUIDADOS. COORDINACIÓN.

13

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE PACIENTES REMITIDOS DESDE URGENCIAS.	<ul style="list-style-type: none"> Las personas identificadas en el servicio de urgencias serán remitidos a ITPCan a través del MAS o bien mediante contacto telefónico con ITPCan, para ser contactados en las 24h siguientes por un miembro del equipo. 	<ul style="list-style-type: none"> Nº de pacientes remitidos desde urgencias. Porcentaje de pacientes contactados por ITPCan. Porcentaje de pacientes que acude a la cita ofrecida.

14

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE PACIENTES REMITIDOS A ITPCAN EN EDAD ADULTA DESDE SMIJ.	<ul style="list-style-type: none"> Los y las pacientes con un primer episodio de psicosis, mayores de 18 años, remitidos desde USMIJ, continuarán recibiendo atención en ITPCan en edad adulta hasta completar al menos 3 años de intervención precoz en psicosis. 	<ul style="list-style-type: none"> Nº de pacientes remitidos desde USMIJ. Porcentaje de pacientes que continúan seguimiento en ITPCan en edad adulta de los remitidos.
--	---	--

15

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

- ◆ Todos aquellos pacientes remitidos desde AP serán contactados en las 24 horas siguientes a la derivación con el objetivo de aumentar el número de pacientes remitidos al programa directamente (> 25% del total).
- ◆ N° de casos derivados desde AP.
- ◆ Porcentaje de pacientes que acuden a cita ofrecida tras derivación desde AP.
- ◆ N° de centros de AP en la que se realiza la difusión del programa.

16

COORDINACIÓN ENTRE EQUIPOS ITPCAN DE LAS TRES ÁREAS Y CON USMIJ.

- ◆ Facilitar la coordinación entre los diferentes equipos para ofrecer intervenciones específicas, de calidad y asegurar la continuidad de cuidados mediante reuniones semestrales.
- ◆ N° de reuniones/año.

17

COORDINACIÓN ENTRE EQUIPO ITPCAN Y USM DE REFERENCIA AL ALTA DEL PROGRAMA.

- ◆ Asegurar la continuidad de cuidados entre equipos de salud mental y la prevención de abandonos mediante informes de alta y contacto telefónico entre profesionales.
- ◆ Tiempo de espera de primera cita en USM (cualquier profesional).
- ◆ Porcentaje de asistencia a primera cita en USM.
- ◆ Porcentaje de pacientes con informe de alta.

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

ACCIÓN

OBJETIVOS

INDICADORES

18

REDUCCIÓN DEL TIEMPO DE ACCESO AL PROGRAMA (MÁX. 72 HORAS).

- ◆ Evaluación del 90% de pacientes derivados al programa en las siguientes 24-72h.
- ◆ Tiempo de espera entre fecha de derivación y primera evaluación ITPCan.
- ◆ Porcentaje de pacientes con evaluación entre las 24 y 72h.

19

DISMINUIR LA TASA DE TENTATIVAS AUTOLÍTICAS.

- ◆ Evaluar riesgo autolíticos de todos aquellos pacientes referidos al programa e instaurar tratamiento para disminuir tentativas.
- ◆ Porcentaje de pacientes con evaluación de riesgo autolíticos.
- ◆ Porcentaje de pacientes con ideación autolítica.
- ◆ Porcentaje de tentativas autolíticas y suicidio consumado.

TICS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

20

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
INCLUSIÓN DE GUÍA CLÍNICA ITPCAN DENTRO DEL APLICATIVO ALTAMIRA.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Estandarización de protocolos clínicos de evaluación a pacientes PEP mediante la inclusión de la Guía Clínica ITPCan, incluyendo el protocolo de analítica y cuestionarios validados utilizados en las evaluaciones periódicas. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Inclusión en el aplicativo Altamira.
DESARROLLO DE LA VIDEOCONSULTA EN PACIENTES ITPCAN.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ofrecer videoconsultas o consulta telefónica a todas aquellas personas que no puedan acudir de forma presencial para conseguir mejor adherencia y nivel de satisfacción. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Número de consultas/ intervenciones realizadas de manera no presencial.

21

FORMACIÓN

22

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
PROMOVER LA FORMACIÓN DE RESIDENTES, ESTUDIANTES DE GRADO Y DE DOCTORADO EN EL PROGRAMA IPTCAN.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Los MIR/PIR/EIR del HUMV y rotantes externos podrán realizar rotatorio en el programa ITPCan con objetivos dirigidos a la identificación y manejo de las fases iniciales de psicosis. ◆ Estudiantes de 5º y 6º de medicina podrán optar por realizar sus prácticas en ITPCan. ◆ Se facilitará la investigación y tutorización a doctorandos que deseen realizar la tesis en intervención temprana en psicosis. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de residentes del HUMV/ año que rotan en ITPCan. ◆ N° de rotantes externos/año. ◆ N° de estudiantes 5º y 6º/año. ◆ N° de doctorandos (tesis) / 5 años.

23

FORMACIÓN EN EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Se organizarán sesiones de formación en PANSS (escala de evaluación de síntomas positivos y negativos de esquizofrenia) con el fin de mejorar la fiabilidad interobservador. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Evaluaciones PANSS comparables en términos de gravedad clínica y respuesta entre los 3 equipos ITPCan.
--	--	--

24

INVESTIGACIÓN

ACCIÓN

POTENCIAR LA INVESTIGACIÓN DE PACIENTES CON PRIMEROS EPISODIOS DE PSICOSIS

OBJETIVOS

- ◆ Se impulsará la investigación en áreas de conocimiento de fases tempranas de psicosis mediante ensayos clínicos.
- ◆ Se solicitará la participación en proyectos a organismos nacionales e internacionales.

INDICADORES

- ◆ N° de ensayos clínicos/ 3 años donde se ha participado.
- ◆ N° de pacientes incluidos/año en ensayos clínicos.
- ◆ N° de proyectos solicitados/ 3 años.
- ◆ N° de proyectos concedidos/3 años.

LÍNEA 6.g. PSICOSEXUALIDAD

IMPACTO SANITARIO Y SOCIAL

El Centro de Salud Sexual y Reproductiva (CSSR) “La Cagiga” nace en 1984 como resultado de la fusión entre un proyecto autóctono promovido por el HUMV que pedía proyectos innovadores, viables y con repercusión en la salud de los cántabros y cántabras, y el Plan de Centros de Orientación Familiar a nivel estatal. La característica principal desde su origen fue el trabajo multidisciplinar, autónomo y en equipo, con y para la comunidad: un grupo de diferentes profesionales (Medicina, Psicología, Enfermería, Trabajo Social, Trabajo Administrativo...) con un enfoque biopsicosocial.

La Cagiga ha venido desarrollando a lo largo de su existencia un papel crucial en la atención a la salud sexual y reproductiva en la Comunidad de Cantabria, caracterizando su trabajo por su perspectiva de género y su vocación decidida de promoción de la salud sexual y reproductiva y de prevención de las conductas de riesgo a través de la información, el consejo y el apoyo a la modificación de las actitudes y conductas. La actividad asistencial, la intervención comunitaria desarrollada fundamentalmente en el ámbito educativo, asociativo y con los sectores más vulnerables, la participación en la formación de profesionales y el liderazgo dentro del SCS de programas, protocolos y buenas prácticas en salud sexual y reproductiva han sido los ejes fundamentales de este Centro.

Parte de las prestaciones que supusieron un auténtico reto en los años 80, están hoy integradas en la Cartera de Servicios de Atención Primaria y Atención Especializada, pero La Cagiga continúa siendo un centro necesario por su actividad asistencial y por su capacidad para generar respuestas a los retos emergentes en salud sexual y de señalar el camino a seguir en este ámbito al resto del sistema de salud. Para realizar esta función en sus dimensiones, científica, asistencial, organizativa, formativa y comunitaria.

Por ello La Cagiga debe ocupar un espacio propio, bien definido por una cartera de servicios claramente perfilada. Debe reunir las condiciones necesarias para proporcionar un acceso rápido y una atención de calidad en la esfera de la salud sexual.

Tal y como figuraba en las Estrategias de Atención Primaria 2012-15 “la atención a la mujer está incluida en la cartera de Servicios de Atención Primaria, existiendo como unidad de apoyo el centro de Orientación Familiar “LA CAGIGA” que depende funcionalmente del HUMV. (...) Su cartera de Servicios comprende actividades asistenciales, formativas, comunitarias e investigadoras” (157). Debe pues concebirse como una Unidad de Apoyo en Salud Sexual para todo el SCS.

SITUACIÓN DE PARTIDA EN CANTABRIA

Con respecto al pasado, la tremenda disminución en los recursos profesionales del Centro obliga a replantearse las funciones a desempeñar de una manera realista. Actualmente la cartera de servicios en nuestra comunidad autónoma es diferente dependiendo del Área Sanitaria al que vaya dirigida (principalmente entre Área I y el resto de Áreas). Estas diferencias se detallan a continuación.

Actividad Asistencial para toda la Comunidad de Cantabria:

- ◆ Consejo contraceptivo a aquellas personas que por sus peculiaridades requieran de una atención específica: mujeres con problemas médicos que dificultan la elegibilidad de métodos anticonceptivos, menores de edad tuteladas por el Gobierno de Cantabria, mujeres con problemas de salud mental y adicciones, mujeres en situación de exclusión o riesgo social, inmigrantes, portadores/as de VIH, enfermos/as de sida, personas en cumplimiento de penas de reclusión, que ejercen la prostitución, transexuales, etc.
- ◆ Asesoramiento contraceptivo a todas las mujeres menores de 20 años (adolescentes y primera juventud) que lo soliciten, sin necesidad de presentar volante de interconsulta de su CS (pediatra, médico o matrona) para informarse, solicitar método anticonceptivo, hacer test de embarazo, etc.
- ◆ Anticoncepción de Urgencia para mujeres de cualquier edad y procedencia.
- ◆ Información, asesoramiento y atención a las solicitudes de IVE en todos los casos contemplados en la Ley vigente. Se atienden en el día e incluso por teléfono para solicitar el código de registro a la Subdirección de Asistencia Sanitaria del SCS y se les cita en consulta a los 2 o 3 días, que es el tiempo que suele tardar dicho código. Se ofertará la posibilidad de: interrumpir en el mismo centro según protocolo de aborto farmacológico instaurado el año 2018, derivar a una de las clínicas concertadas (a elegir) o al servicio de ginecología del HUMV dependiendo de cada situación particular o la preferencia de las usuarias.
- ◆ Diagnóstico precoz de cáncer de cérvix de las mujeres derivadas desde el Servicio de Infecciosas u otros servicios del HUMV para una atención específica en relación a problemas de inmunodeficiencia y/o en la población especialmente vulnerable (presas, prostitutas, situaciones socioculturales desfavorables...).
- ◆ Atención, información y seguimiento de las mujeres derivadas desde el Servicio de Urgencias de Ginecología del HUMV con diagnóstico o sospecha de ITS y VIH, ya sea resultado de una consulta urgente tras situaciones de relación sexual no protegida o de una violación / agresión sexual.
- ◆ Atención, información y seguimiento de las mujeres derivadas desde las propias consultas de ginecología del HUMV en demanda de la colocación de DIUs.
- ◆ Información de las actuaciones realizadas en nuestro servicio a profesionales de AP a través del visor corporativo, en respuesta a su interconsulta.

- ◆ Información y asesoramiento en anticoncepción a cualquier profesional de AP o del Hospital que lo solicite, ya sea vía teléfono o correo electrónico.
- ◆ Consulta Psicosexual: La consulta psicosexual es la única existente, por lo que recibe las derivaciones de todo el SCS y también recibe solicitudes de Asociaciones (ALEGA, PROYECTO HOMBRE, AMPROS ...) Servicios Sociales, Centros Educativos (Colegios, Institutos, Educación Especial ...), Juzgados, etc. En ella se atienden:
 - Dificultades interrelacionales de pareja.
 - Problemas sexuales en varones y mujeres.
 - Identidad, Disforia de Género o Trans.D
 - Disfunciones Sexuales.
 - Parafilias.
 - Apoyo en decisión aborto cuando se precise.
 - Apoyo psicológico tras aborto cuando se precise.
 - Apoyo en casos de violación, abuso sexual.
 - Reeducación a personas con discapacidad en materia de sexualidad.
 - Apoyo a parejas en estudio de infertilidad o con problemas reproductivos.
 - Información-valoración métodos anticonceptivos irreversibles en situaciones especiales (Ej.- discapacidad intelectual).
 - Demandas judiciales por infracciones sexuales.
 - Información VIH positivo y otras situaciones especiales.
 - Apoyo clínico: muerte intraútero, largos ingresos en patología gestacional, etc.
 - Otros (orientación familiar en sexualidad infantil, mediación familiar en casos de orientación, género, etc.).

Actividad Asistencial en el ámbito del Área I (Santander):

En el Área de Santander podemos incluir todo lo expuesto anteriormente y además lo siguiente:

- ◆ Consejo contraceptivo a las mujeres / parejas remitidas desde los CS, las Unidades de Salud Mental, las consultas de Ginecología, Infecciosas, Psiquiatría... del HUMV. Respecto a las derivaciones desde el CS son generalmente obligatorias para las mujeres de 25 o más años y deberán ser presentadas en La Cagiga o mandadas por fax desde el propio CS. En ellas debe constar el motivo de dicha consulta, que será revisado por la jefa de servicio para, dependiendo de la demanda, ser citada en una u otra agenda y con la prioridad pertinente.
- ◆ Inserción y extracción de implantes hormonales anticonceptivos subdérmicos.
- ◆ Inserción y extracción de DIUs de cobre y medicados.
- ◆ Atención a los efectos secundarios y complicaciones de los métodos anticonceptivos, que en muchas ocasiones son el motivo de la derivación desde el CS.

Actividad Formativa

- ◆ Formación postgrado
 - MIR de Medicina Familiar y Comunitaria (R2: 4 días con ginecología, 4 con matrona y 2 con psicosexóloga).
 - MIR de Ginecología (R1: 4 semanas - 4 días con matrona y 2 con psicosexóloga).
 - PIR de Psicología Clínica (3 meses: 3 días con matrona y 2 con ginecología)
 - EIR de Matronas (3 semanas: 3 días con psicosexóloga y 2 con ginecología)
- ◆ Formación continuada en salud sexual y reproductiva en el SCS dirigida fundamentalmente a profesionales de Atención Primaria
- ◆ Apoyo a AP en la elaboración de protocolos y gestión clínica en materia de Salud Sexual y Reproductiva.

Actividad Comunitaria

Es muy complejo cubrir mínimamente esta función con un único profesional por especialidad y sin posibilidad de sustitución para desarrollarla. Responder a esta “necesidad” significa obligatoriamente abandonar la función asistencial. Debe pues decidirse desde el lugar correspondiente cual es la actividad prioritaria y/o los recursos mínimos necesarios para cubrirlas. Las líneas de actuación podrían ir en la dirección de los objetivos propuestos más abajo.

Elaboración/referencia de protocolos.

Con el fin de unificar las actuaciones clínicas en caso de sustituciones, cambios ... el centro seguirá las guías consensuadas. A fecha de hoy:

- ◆ Criterios de elegibilidad anticonceptiva: Manual de la OMS.
- ◆ Protocolos anticoncepción de la SEC (2019).
- ◆ Protocolo del Aborto Farmacológico del HUMV.
- ◆ Guía Interactiva para el abordaje de las consultas psicosexuales desde Atención Primaria.
- ◆ Protocolo de Atención a las Personas transexuales en el Servicio Cántabro de Salud.
- ◆ Proyecto EPI-VIH

OBJETIVOS

LÍNEA 6g: 7 ACCIONES

ACTUACIONES EN HUMANIZACIÓN

01

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
CREACIÓN DEL GRUPO DE APOYO PSICOLÓGICO AL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA.	Se promoverá la creación de un grupo de apoyo dentro del programa de salud reproductiva para la atención a la salud psicosexual de las mujeres dentro del programa de salud reproductiva.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de carteles y trípticos en la URA. ◆ N° de pacientes incluidos. ◆ N° de grupos realizados

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

02

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
DESARROLLO Y POTENCIACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL EN CENTROS DE EDUCACIÓN SECUNDARIA.	<p>Se promoverá la creación de un programa de educación sexual en educación secundaria mediante la formación de orientadores y profesores de secundaria y de las entidades concertadas por consejería de educación para realizar esta labor.</p> <p>Este protocolo incluirá la actualización de conocimientos en educación sexual de orientadores, profesorado y educadores de las entidades. Se orientará la creación de un protocolo de educación sexual para las entidades concertadas.</p> <p>Apoyo en los profesionales de AP para la formación/educación en los centros de educación secundaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Protocolo diseñado. ◆ N° de cursos a profesorado. ◆ N° de cursos para entidades. ◆ N° de cursos para AP.

CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y DE CUIDADOS. COORDINACIÓN

03

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
REDIFUSIÓN DE LA GUÍA INTERACTIVA PARA EL ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS SEXUALES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA	Se volverá a difundir la guía interactiva en los centros de salud de la comunidad para facilitar la derivación y tratamiento de pacientes desde AP.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de derivaciones por problemas psicosexuales por año.

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

04

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
CREACIÓN/ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN INTERRUPTIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) DE REPETICIÓN.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Redacción/Actualización del protocolo de interrupción voluntaria del embarazo para una mejora en la asistencia sanitaria a las mujeres. Para ello se incorporará al profesional de trabajo social dentro del equipo multidisciplinar. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ TS incorporado en el equipo. ◆ N° de IVEs de repetición.

05

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
INCORPORACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (HCE) DE UNA SECCIÓN PRIVADA PARA LOS DATOS DE IVE.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Mejora de la herramienta de HCE mediante la incorporación de una sección privada para inclusión de datos de IVE. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Creación de sección privada en HCE.

FORMACIÓN

06

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
POTENCIAR LA FORMACIÓN EN PSICOSEXUALIDAD PARA PROFESIONALES DE AP.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Mejora en la formación específica en psicosexualidad para profesionales de AP 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ N° de actividades de formación realizadas. ◆ N° de profesionales formados.

INVESTIGACIÓN

07

ACCIÓN	OBJETIVOS	INDICADORES
PUBLICACIÓN DE LA MEMORIA ANUAL DE ACTIVIDAD DE LA CAGIGA.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Se publicará la memoria anual de La Cagiga, con el fin de difundir la evolución en la atención a la salud psicosexual. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Memoria anual publicada.

FINANCIACIÓN

Financiación en Cantabria

La progresiva implantación de las líneas de acción descritas en el Plan de Salud Mental de Cantabria, especialmente las 5 primeras, consideradas prioritarias, requerirá financiación por parte de la propia comunidad autónoma, proveniente de sus presupuestos generales.

Como adelanto a la publicación del presente Plan, ya en febrero de 2022 se aprobó la puesta en marcha de un Plan de Choque Infanto-Juvenil como refuerzo urgente a la asistencia de salud mental en este colectivo. Para este plan de choque que se describe en mayor detalle en el capítulo correspondiente, cuya ejecución ya ha comenzado, se estima que contará con un presupuesto anual de 534.456,39 €, correspondiendo 473.452,66 € a la gerencia de Valdecilla para dotar una nueva unidad de hospitalización y los programas especiales de atención.

En lo referente a la estimación global que sería necesaria para la ejecución de las diferentes líneas de acción y la totalidad de acciones descritas en el presente Plan durante los próximos 4 años, sería necesaria una inversión total de 12.338.586€.

La valoración de los recursos económicos que se recogen debe considerarse como provisional hasta que se desarrollen completamente los diferentes objetivos de cada una de las líneas de acción, en la medida que los condicionantes socioeconómicos vayan permitiendo la implementación de las actuaciones previstas para lo que, con carácter general, la Consejería de Sanidad aprobará un presupuesto de ejecución de gasto anual en las diferentes partidas presupuestarias.

Parte de la financiación de este plan se hará con cargo al Plan de Acción 2022-2024 del SNS, el cual se plantea como un instrumento, para facilitar la implantación de los objetivos y recomendaciones recogidos en la Estrategia de Salud Mental 2022- 2026 y contribuir a la mejora de la salud mental de la población mediante el desarrollo de acciones priorizadas, de forma que permita afrontar los efectos en la salud mental de la crisis sanitaria y social generada por la pandemia de COVID-19 y los efectos de otros factores de distinta índole que afectan a la salud mental en la actualidad.

Este Plan es cofinanciado entre las CCAA y el Ministerio de Sanidad y estará dotado en principio, con un presupuesto de 100.000.000 euros, a través de los Presupuestos Generales del Estado (PGE), de los que aproximadamente el 80% se distribuirán a las comunidades autónomas durante los años 2022, 2023 y 2024.

Línea 1	Refuerzo de los recursos humanos en salud mental.
Línea 2	Optimización de la atención integral a la salud mental en todos los ámbitos del SNS.
Línea 3	Sensibilización y lucha contra la estigmatización de las personas con problemas de salud mental.
Línea 4	Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida.
Línea 5	Abordaje de problemas de salud mental en contextos de mayor vulnerabilidad.
Línea 6	Prevención de conductas adictivas con y sin sustancia.

En Cantabria, el compromiso adquirido de gasto cofinanciado por parte del Ministerio para el presente año 2022 asciende a 230.000€. La estimación de inversión para el año 2023 es de 498.000€ y para el 2024 de 375.000€. Las partidas presupuestarias de los años 2023 y 2024 tendrán que ser previamente aprobadas en los PGE del ejercicio presupuestario correspondiente.

MARCO DE REFERENCIA Y NORMATIVO

- ◆ OMS, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata (1978).
- ◆ La Constitución Española de 1978 en su artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud y en su artículo 49 regula la atención a las personas con discapacidad.
- ◆ Estrategia de Salud Mental 2022-2026 del Ministerio de Sanidad.
- ◆ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- ◆ Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal
- ◆ 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.
- ◆ La Ley 1/1996, de 14 de mayo, de Salud Mental de Cantabria.
- ◆ Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
- ◆ Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales.
- ◆ Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.
- ◆ Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (última revisión vigente hasta el 22 de julio de 2014).
- ◆ Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica.
- ◆ RD 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.
- ◆ Ley 7/2001, de 19 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cantabria.
- ◆ Ley de Cantabria 10/2001, de 28 de diciembre, de Creación del Servicio Cántabro de Salud.
- ◆ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- ◆ Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria.
- ◆ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- ◆ Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
- ◆ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- ◆ Ley 1/2004, de 1 de abril, Integral para la Prevención de la Violencia Contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas.
- ◆ Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- ◆ La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia de España.
- ◆ Ley de Cantabria 2/2007, de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales.
- ◆ Ley de Cantabria 6/2008, de 26 de diciembre, de Educación de Cantabria.
- ◆ Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
- ◆ Ley 8/2010, de 23 de diciembre, de garantía de derechos y atención a la infancia y la adolescencia de Cantabria (Actualizada a 1-3-2017).
- ◆ Ley de Cantabria 9/2010, de 23 de diciembre, de personal estatutario de Instituciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria.
- ◆ Ley 1/2011, de 28 de marzo, de Mediación de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

- ◆ Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- ◆ Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
- ◆ Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio y ley 26/2015, de 28 de julio de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia.
- ◆ Ley de Cantabria 8/2020, de 11 de noviembre, de Garantía de Derechos de las Personas Lesbianas, Gais, Trans, Transgénero, Bisexuales e Intersexuales y No Discriminación por Razón de Orientación Sexual e Identidad de Género.
- ◆ Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.
- ◆ Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.
- ◆ En trámite: ley Orgánica para la garantía integral de la libertad sexual, la ley integral contra la trata de seres humanos y la ley para abolición de la prostitución.
- ◆ Decreto 58/2002, de 30 de mayo, por el que se desarrollan los Procedimientos Relativos a la Protección de Menores y a la Adopción y se regula el Registro de Protección de la Infancia y Adolescencia. 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.
- ◆ Decreto 64/2006, de 8 de junio, por el que se desarrolla la Ley de Cantabria 1/2004, de 1 de abril, Integral para la Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas.
- ◆ Decreto 23/2007, de 1 de marzo, de Derechos de la Madre, el Padre y el Recién Nacido en relación con el nacimiento en el ámbito sanitario.
- ◆ Orden SAN/28/2009, de 8 de septiembre, por la que se aprueba la Carta de Derechos y Deberes de los Ciudadanos en el Sistema Autonómico de Salud de Cantabria.
- ◆ Ley 8/2010, de 23 de diciembre, de garantía de derechos y atención a la infancia y la adolescencia, del 22 de enero de 2011.
- ◆ Decreto 27/2011, de 31 de marzo, por el que se establece el mapa sanitario autonómico de Cantabria.
- ◆ Decreto 2/2012, de 12 de enero, por el que se modifica el Decreto 139/2004, de 15 de diciembre, por el que se crea y se regula el Registro de Voluntades Previas de Cantabria.
- ◆ Decreto 3/2012, de 19 de enero, de estructura básica de los órganos periféricos del Servicio Cántabro de Salud.
- ◆ Decreto 78/2019, de 24 de mayo, de ordenación de la atención a la diversidad en los centros públicos y privados concertados que imparten enseñanzas no universitarias en la Comunidad Autónoma de Cantabria.
- ◆ Instrucción de 23 de octubre de 2018, de la Dirección General de los Registros y del Notariado, sobre cambio de nombre en el Registro Civil de personas transexuales.
- ◆ Resolución por la que aprueba el Manual de Actuación en Situaciones de Desprotección Infantil en la Comunidad Autónoma de Cantabria.
- ◆ Resolución por la que se aprueba el Proyecto Marco de Centros de Día para la Atención a la Infancia y Adolescencia en Riesgo de Desprotección y Desprotección Moderada.
- ◆ Resolución por la que se dispone la publicación del Acuerdo de Consejo de Gobierno de 26 de abril de 2007 por el que se aprueba el Plan de Acción para la Infancia y la Adolescencia en Dificultad Social de la Comunidad Autónoma de Cantabria 2007-2009

- ◆ La Resolución del Parlamento europeo, 19 de febrero de 2009, sobre la salud mental (2008/2209(INI)), (2010/C 76 E/05). En el apartado “Salud mental de los jóvenes y en el sistema educativo”.
- ◆ Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de Naciones Unidas. New York 2006. Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006
- ◆ La Convención sobre los Derechos de los niños, adoptada como tratado internacional de derechos humanos el 20 de noviembre de 1989.
- ◆ La Carta Europea de los Derechos del Niño, del 21 de septiembre de 1992.
- ◆ El Convenio relativo a la protección del niño y a la cooperación en materia de adopción internacional, firmado en La Haya el 29 de mayo de 1993.
- ◆ El Convenio del Consejo de Europa para la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual, del 25 de octubre de 2007.
- ◆ El Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia sobre la mujer y la violencia doméstica, firmado el 11 de mayo de 2011.
- ◆ Las Recomendaciones de la Comisión Europea con fecha 20 de febrero de 2013. “Invertir en la Infancia: romper el ciclo de las desventajas”
- ◆ El Convenio de La Haya de 19 de octubre de 1996, relativo a la “Competencia, la ley aplicable, el reconocimiento, la ejecución y la cooperación en materia de responsabilidad parental y de medidas de protección de los niños”.
- ◆ Convenio del Consejo de Europa sobre la lucha contra la trata de seres humanos (Convenio nº 197 del Consejo de Europa), hecho en Varsovia el 16 de mayo de 2005.
- ◆ Pacto de Estado contra la Violencia de Género.
- ◆ La Resolución del Parlamento Europeo, de 26 de noviembre de 2009, sobre la eliminación de la violencia contra la mujer.
- ◆ La Directiva 2011/36 del 5 de abril de 2011 del Parlamento y del Consejo, relativa a la prevención y lucha contra la trata de seres humanos y a la protección de las víctimas
- ◆ La Directiva 2002/73 de 23 de septiembre de 2002 del Parlamento y del Consejo, sobre acoso sexual y la mutilación genital femenina
- ◆ La Plataforma de Acción de Beijing, aprobada en la IV Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer en 1995
- ◆ El Convenio del Consejo de Europa para prevenir y combatir la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011, que España ratificó el 1 de agosto de 2014
- ◆ Pacto Europeo para la salud y el bienestar mental: resultados y actuación futura (Unión Europea, 2011)
- ◆ NACIONES UNIDAS (2015) Declaración Universal de Derechos Humanos Washington
- ◆ Beauchamp y Childress “Principles of Biomedical Ethics” y Principios Éticos de Tavistock.
- ◆ Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, ONU el 20 de noviembre de 1989.
- ◆ Libro Verde de la Salud Mental 2005. “Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental”.
- ◆ Libro blanco de la psiquiatría del niño y el adolescente 2014.
- ◆ Libro Blanco sobre la Salud Mental Infanto-Juvenil 2021.
- ◆ LIBRO BLANCO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA. Autor: Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT).
- ◆ Programa de Salud de la Infancia y Adolescencia de Cantabria (PSIAC). 2014. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zarco J, Arango C, Crespo A, De las Heras E, Mayoral F, Grande I, et al. Humanización en Salud Mental [Internet]. 2020. 93–95 p. Available from: <http://www.fundacionhumans.com/wp-content/uploads/2020/02/informe-humanizacion-en-salud-mental.pdf>
2. Fundación Humans. Participación [Internet]. 2017. Available from: http://www.fundacionhumans.com/wp-content/uploads/2018/10/informe-humans-participacion_final.pdf
3. Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud [Internet]. Madrid; 2012. (Ministerio de Sanidad SS e I: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Guia_metodologica_Equidad_EPAs.pdf)
4. Bacigalupe A, Cabezas A, Baza M, Martín U. Informe SESPAS. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. Gac Sanit [Internet]. 2020;34:61–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
5. Velasco S. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud [Internet]. Madrid; 2008. Available from: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2008.pdf>
6. Ministerio de Sanidad PS e I. Instrumento para la valoración de la Competencia Intercultural en la Atención en salud mental. Hacia la equidad en salud. 2011;72.
7. OMS. Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97488>
8. Reneses B, Garrido S, Navalón A, et al. Psychiatric morbidity and predisposing factors in a primary care population in Madrid. Int J Soc Psychiatry. 2015;61(3):275-286. doi:10.1177/0020764014542815
Serrano- Blanco A, Palao D, Haro JM. Estudio de la prevalencia de la depresión mayor y otros trastornos mentales en atención primaria en Cataluña. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2006
9. Serrano-Blanco, A., Palao, D.J., Luciano, J.V. et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). Soc Psychiat Epidemiol 45, 201–210 (2010). <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0056-y>
10. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J; Grupo ESEMeD-España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin (Barc). 2006 Apr 1;126(12):445-51.
11. Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS. Subdirección General de Información Sanitaria. Encuesta Europea de Salud en España EESE, España 2020. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar, 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf
12. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf

13. Subdirección General de Información Sanitaria. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. 2021. **Disponible en:** <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>
14. Memorias - Servicio Cántabro de Salud - Servicio Cántabro de Salud - cantabria.es [Internet]. Servicio Cántabro de Salud. [citado 12 de septiembre de 2022]. **Disponible en:** [https://www.scsalud.es/memorias. \(Datos a fecha 31/12/2019\)](https://www.scsalud.es/memorias. (Datos a fecha 31/12/2019))
15. National Institute of Mental Health. Towards a model for a comprehensive community based mental health system. Washington DC: NIMH; 1987.
16. 21016 / Modelo de centro de rehabilitación psicosocial para la atención a Personas con enfermedad mental grave [Internet]. [citado 17 de septiembre de 2022]. **Disponible en:** https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion_publicacion/index.htm?id=22
17. 21005 / 21006 / Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave [Internet]. [citado 17 de septiembre de 2022]. **Disponible en:** https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion_publicacion/index.htm?id=18
18. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave [Internet]. Guía Salud. [citado 17 de septiembre de 2022]. **Disponible en:** <https://portal.guiasalud.es/gpc/guia-de-practica-clinica-de-intervenciones-psicosociales-en-el-trastorno-mental-grave/>
19. Cuadernos Técnicos – AEN. Consenso sobre la promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma. Cuaderno Técnico 8 [Internet]. [citado 17 de septiembre de 2022]. **Disponible en:** <https://aen.es/biblioteca-y-documentacion/publicaciones-de-la-aen/cuadernos-tecnicos/>
20. Cuadernos Técnicos – AEN. Consenso sobre atención temprana a la psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuaderno Técnico 10 [Internet]. [citado 17 de septiembre de 2022]. **Disponible en:** <https://aen.es/biblioteca-y-documentacion/publicaciones-de-la-aen/cuadernos-tecnicos/>
21. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Ciencia e Innovación. Bouza Álvarez C, López Cuadrado T, Saz Parkinson Z, Sarría Santamera A, Alcázar R, Amate Blanco JM." Patología física en la Esquizofrenia. Revisión sistemática y Análisis de Registros Hospitalarios". IPE 58/09. Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III, Julio de 2009. Disponible en: htde la salud en personas con trastorno mental grave: análisis de situación y recomendaciones sobre alimentación equilibrada y actividad física | Servicio Andaluz de Salud [Internet]. [citado 17 de septiembre de 2022]. **Disponible en:** <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/promocion-de-la-salud-en-personas-con-trastorno-mental-grave-analisis-de-situacion-y-recomendaciones>
22. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 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 [Internet]. Sec. 3, Orden SPI/1356/2011 may 24, 2011 p. 51802-22. **Disponible en:** <https://www.boe.es/eli/es/o/2011/05/11/spi1356>

23. OMS. Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes Técnicos; N° 507. psicogeriatría. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra 1972. **Disponible en:** https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjn4sWVuaH6AhUsgHMKHVDDI4QFnoECAoQAQ&url=http%3A%2F%2Fwhqlibdoc.who.int%2Ftrs%2FWHO_TRS_507_spa.pdf&usg=AOvVaw3n-VWMZczJhAxHECfA00vrG
24. Forjaz, MJ, Rodríguez-Blázquez, C, editores. Salud y calidad de vida de personas mayores con demencia institucionalizadas. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III – Ministerio de Economía y Competitividad; 2015.
25. Declaración en favor de un necesario cambio en el modelo de cuidados de larga duración de nuestro país · Fundación Pilares [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2022]. **Disponible en:** <https://www.fundacionpilares.org/noticias/200401-cambio-modelo-cuidados-php/>
26. Agüera Ortiz, L; Martín Carrasco, M; Sánchez Pérez, M (2021): *Psiquiatría Geriátrica*. 3ª Edición. Barcelona: Elsevier Editorial.
27. Arie T.: *Considerations for the future of psychogeriatric services*. Edimburgo: Churchill Livingstone, 1981.
28. Grupo de trabajo “Educación Gerontológica” [Internet]. SEGG. [citado 13 de septiembre de 2022]. **Disponible en:** <https://www.segg.es/edgerontologica.asp>
29. Bermejo García, L. (2014b). Los profesionales en el modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona. En Rodríguez P y Vilà A. (Coods) (2014): *El modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y Práctica en ámbitos de envejecimiento y discapacidad*. cap.20. Madrid: Ed. Tecnos.
30. WP E. Marco teórico de referencia para residencias de personas mayores en situación de dependencia. Políticas de Cohesión Social, Documento n° 88 [Internet]. Eurosocial. [citado 13 de septiembre de 2022]. **Disponible en:** <https://eurosocial.eu/biblioteca/doc/marco-teorico-de-referencia-para-residencias-de-personas-mayores-en-situacion-de-dependencia/>
31. Proposiciones de ley - Congreso de los Diputados [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2022]. **Disponible en:** https://www.congreso.es/web/guest/proposiciones-de-ley?p_p_id=iniciativas&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&iniciativas_mode=mostrarDetalle&iniciativas_legislatura=XIV&iniciativas_id=122/000158
32. Blazer, Dan G; Steffens, David C. *Tratado de Psiquiatría Geriátrica*. 4º Edición. Barcelona: Elsevier-Masson Editorial; 2010.
33. Cooper B.: *Psychiatric services for the elderly*. En Jacoby R, Oppenheimer C. (eds). *Psychiatry in the Elderly*. Oxford: Oxford University Press, 1993:273.
34. Copeland JRM, AbouSaleh MT, Blazer DG.: *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. New York: John Wiley & Sons; 1994.
35. De la Serna de Pedro, I. *Manual de psicogeriatría Clínica*. Barcelona: Masson Editorial; 2000.
36. Comisión Europea, Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión, *Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society: report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission*. Publications Office; 2014. Available from: doi/10.2767/32352

37. Informe conjunto sobre los sistemas de atención médica y de atención a largo plazo y la sostenibilidad fiscal: actualización de los documentos de los países de 2019 [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2022]. **Disponible en:** https://economy-finance.ec.europa.eu/publications/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-and-fiscal-sustainability-country-documents-2019_en
38. Helpage International: Índice Global de Envejecimiento [Internet]. Helpage International [citado el 13 de septiembre de 2022]. **Disponible en:** <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/HelpAge-Index2015-ResumenEjecutivo-lowres.pdf>
39. INSTITUTO DE SALUD CARLOS III
40. Jolley D., Arie T.: Developments in psychogeriatric services. En Arie T (edit). Recent Advances in Psychogeriatrics (II). London: Churchill Livingstone, 1992: 117.
41. Kitwood, T. (1990) "The dialectics of dementia: with particular reference to Alzheimer's disease", Ageing and Society 10 (2), pp. 177- 196.
42. Kitwood, T. (2003). Repensant la demència: pels drets de la persona. Vic: Eumo. [Dementia Recosidered. People's rights first. Open University Press, Oxford 1997].
43. Mateos Alvarez R., Rodríguez López A.: Los sistemas de atención psiquiátrica a las personas que envejecen. En Rodríguez Pulido & col. (Dir.). Psiquiatría Social y Comunitaria (I). Las Palmas: ICEPSS editores, 1997.
44. OMS. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2022]. **Disponible en:** <https://www.who.int/es/publications/item/9789241565042>
45. OMS. Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030 [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2022]. **Disponible en:** <https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>
46. OIT: Organización Internacional del Trabajo. Cuidados de larga duración [Internet]. Suiza: OIT; 2021 [citado 13 de septiembre de 2022]. **Disponible en:** https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_838659.pdf
47. MANIFIESTO POR UN NUEVO MODELO DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN [Internet]. SEGG. [citado 13 de septiembre de 2022]. **Disponible en:** <https://www.segg.es/actualidad-segg/2021/04/05/manifiesto-por-un-nuevo-modelo-de-cuidados-de-larga-duracion>
48. SEN: SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA. Guía Oficial de Práctica Clínica en Demencia [Internet]. Madrid: SEN; 2018 [citado 13 de septiembre de 2022]. **Disponible en:** https://www.sen.es/attachments/article/2404/Guia_Demencias_2018.pdf
49. Sociedad Española de psicogeriatría. Guía Esencial de psicogeriatría. Madrid: Ed. Panamericana; 2015.
50. Spar J., La Rue A. Concise guide to Geriatric Psychiatry. Washington D.C. and London: American Psychiatric Press; 1997.
51. CE: Comisión Europea. La aportación de la UE al envejecimiento activo y a la solidaridad entre las generaciones. Luxemburgo: CE; 2012 [citado 13 de septiembre de 2022]. **Disponible en:** http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/import/europa/eu0015.pdf
52. WHO Cross-Cluster Initiative on Long-Term Care. Ethical choices in long-term care: what does justice require? [Internet]. World Health Organization; 2002 [citado 13 de septiembre de 2022]. **Disponible en:** <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42614>

- 53.** Integrated continuum of long-term care [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/ageing-and-health/integrated-continuum-of-long-term-care>
- 54.** Barican JL, Yung D, Schwartz C, Zheng Y, Georgiades K, Waddell C. Prevalence of childhood mental disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis to inform policymaking. *Evid Based Ment Health*. febrero de 2022;25(1):36-44.
Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. marzo de 2015;56(3):345-65.
- 55.** Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. septiembre de 2012;21(3):169.
Canals-Sans J, Hernández-Martínez C, Sáez-Carles M, Arijá-Val V. Prevalence of DSM-5 depressive disorders and comorbidity in Spanish early adolescents: Has there been an increase in the last 20 years? *Psychiatry Research*. 2018;268:328-34.
Canals J, Voltas N, Hernández-Martínez C, Cosí S, Arijá V. Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. enero de 2019;28(1):131-43.
- 56.** Fombonne E, Wostear G, Cooper V, Harrington R, Rutter M. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. 2. Suicidality, criminality and social dysfunction in adulthood. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 1 de octubre de 2001;179:218-23.
Hofstra MB, van der Ende J, Verhulst FC. Adolescents' self-reported problems as predictors of psychopathology in adulthood: 10-year follow-up study. *The British Journal of Psychiatry*. 2001;179:203-9.
- 57.** Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*. julio de 2003;60(7):709-17.
- 58.** Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. enero de 2022;27(1):281-95.
- 59.** Nagar S, Sherer JT, Chen H, Aparasu RR. Extent of functional impairment in children and adolescents with depression. *Curr Med Res Opin*. septiembre de 2010;26(9):2057-64.
- 60.** Puig-Antich J, Kaufman J, Ryan ND, Williamson DE, Dahl RE, Lukens E, et al. The psychosocial functioning and family environment of depressed adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. marzo de 1993;32(2):244-53.
- 61.** Erskine HE, Moffitt TE, Copeland WE, Costello EJ, Ferrari AJ, Patton G, et al. A heavy burden on young minds: the global burden of mental and substance use disorders in children and youth. *Psychol Med*. mayo de 2015;45(7):1551-63.
- 62.** Clayborne ZM, Varin M, Colman I. Systematic Review and Meta-Analysis: Adolescent Depression and Long-Term Psychosocial Outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. enero de 2019;58(1):72-9.
- 63.** Fombonne E, Wostear G, Cooper V, Harrington R, Rutter M. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: 1. Psychiatric outcomes in adulthood. *The British Journal of Psychiatry*. 2001;179:210-7.

64. Castelpietra G, Knudsen AKS, Agardh EE, Armocida B, Beghi M, Iburg KM, et al. The burden of mental disorders, substance use disorders and self-harm among young people in Europe, 1990–2019: Findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Regional Health - Europe*. 1 de mayo de 2022;16:100341.
65. Sigalas PD, Barkla X, McArdle P. Underdiagnosis of depression in young people. *BMJ (Clinical research ed)*. 2014;348:g170.
66. Jansen DE, Wieggersma P, Ormel J, Verhulst FC, Vollebergh WA, Reijneveld SA. Need for mental health care in adolescents and its determinants: the TRAILS Study. *European journal of public health*. 2013;23(2):236-41.
Jorg F, Visser E, Ormel J, Reijneveld SA, Hartman CA, Oldehinkel AJ. Mental health care use in adolescents with and without mental disorders. *European child & adolescent psychiatry*. 2016;25(5):501-8.
67. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*. marzo de 2018;2(3):223-8.
68. Bortoletto R, Di Gennaro G, Antolini G, et al. [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2022]. **Disponible en:** <https://www.accesocovid.com/blogs/cambios-sociodemograficos-y-clinicos-en-las-hospitalizaciones-pediatricas-por-emergencias-de-salud-mental-durante-la-pandemia-de-covid-19>
El impacto de COVID-19 en las admisiones de pacientes hospitalizados psiquiátricos adolescentes - Leah Reece, Deanna P Sams, 2022 [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2022]. **Disponible en:** <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/13591045211030666>
69. Organización Mundial de la Salud, OMS. CIE11, Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión. **Disponible en:** <https://icd.who.int/es>
70. Bolton JM, Gunnell D, Turecki G. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ*. 2015;351:h4978.
71. Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 [Internet]. 2013. 54 p. **Available from:** http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
72. Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de defunciones según la causa de muerte 2020. www.ine.es. 2021.
73. World Health Organization (WHO). Preventing suicide. A global imperative. 2014. 89 p.
74. Ministerio de Sanidad y Política Social. Evaluación (y actualización) de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2015.
75. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019 [Internet]. Santander: Gobierno de Cantabria; 2015. 210 p. **Available from:** <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeSaludMentalbaja.pdf>
76. De Santiago Díaz AI, Gaite Pindado L, Artal Simón J. Programa de Alta Resolución para el Manejo de la Conducta Suicida y Prevención del Suicidio (CARS). Plan Funcional. Ed. Luzán, editor. Madrid; 2022.
77. Premios Best in Class (BIC). Guía BiC. Group wecare-u. healthcare communications, editor. Madrid; 2017. 448 p.
78. FORO PREMIOS AFECTIVO-EFECTIVO VI Edición, 2020 [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 8]. **Available from:** <https://foropremiosafectivoefectivo.com/ediciones/2020/premiados#menu-editions>
79. Suárez-Pinilla P, Pérez-Herrera M, Suárez-Pinilla M, Medina-Blanco R, López-García E, Artal-Simón JÁ, De Santiago-Díaz AI. Recurrence of suicidal thoughts and behaviors during one year of follow-up: An exploratory study. *Psychiatry Res*. 2020;112988.

80. De Santiago-Díaz AI, Pérez-Herrera M, Medina-Blanco R, Díaz-de Santiago I, López-García E, Artal-Simón JÁ. Suicidal behaviour: emergency department attendance for suicidal recurrence and other psychiatric or medical reasons in the 6 months following the index episode. *Actas Españolas Psiquiatr.* 2021;49(6).
81. Coid, J. (2003). Epidemiology, public health and the problem of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182(44): 3-10.
82. Alesiani, R., Bocalon, S., Giarolli, L., Blum, N., & Fossati, A. (2014). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS): Program efficacy and personality features as predictors of drop-out—An Italian study. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 920–927.
83. Oumaya, M., Friedman, S., Pham, A., Abou Abdallah, T., Guelfi, J. D., & Rouillon, F. (2008). Borderline personality disorder, selfmutilation and suicide: Literature review. *L'encéphale*, 34, 452–458.
84. Temes, C. M., & Zanarini, M. C. (2018). The longitudinal course of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41, 685–694.
85. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 274–283.
86. González, S., González, M., Iglesias, M. C., Ruiz, M., Rojo, M. V., Sandoya, M., Fernández, C. & Paz, D. (2014). Psychological treatments features and outcomes in Spanish public mental health centres. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(1), 17–32.
87. González-González, S., Marañón-González, R., Hoyuela-Zatón, F., Gómez-Carazo, N., Hernández-Abellán, A., Pérez-Poo, T. et al. (2021). STEPPS for Borderline Personality Disorder: A Pragmatic Trial and Naturalistic Comparison With Noncompleters. *Journal Of Personality Disorders*, 35 (6), 841-856.
88. American Psychological Association, Division 12. (2016). Psychological treatments for borderline personality disorder. <https://www.div12.org/diagnosis/borderline-personality-disorder>
89. National Health and Medical Research Council, Australian Government Department of Health. (2013). Clinical practice guideline for the management of borderline personality disorder. MH25. <https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/clinical-practice-guideline-borderline-personality-disorder>
90. U. K. National Institute for Health and Care Excellence. (2009). Borderline personality disorder: Recognition and management. Clinical guidance. CG78. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78>
91. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España. (2011). Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. GPC 482. <https://www.portal.guiasalud.es/gpc/guia-de-practica-clinica-sobre-trastorno-limite-de-la-personalidad>
92. Cailhol, L., Bui, E., Rouillon, L., Bruno, N., Lemoalle, A., Faure, K. et al. (2011). Differential indications for psychotherapies in borderline personality disorder. *L'encéphale*, 37(1), 77–82.
93. Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(8), CD005652.
94. Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019 - Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género [Internet]. [citado 23 de septiembre de 2022]. **Disponible en:** <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/Macroencuesta2019/home.htm>

95. Guía de Práctica Clínica sobre actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja [Internet]. GuíaSalud. [citado 23 de septiembre de 2022]. **Disponible en:** <https://portal.guiasalud.es/gpc/guia-de-practica-clinica-actuacion-en-salud-mental-con-mujeres-maltratadas-por-su-pareja/>
96. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica [Internet]. Consejo de Europa. [citado 23 de septiembre de 2022]. **Disponible en:** www.coe.int/conventionviolence
97. Consejería de Sanidad de Cantabria - Atención a la Violencia contra las Mujeres, Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos [Internet]. Consejería de Sanidad. [citado 23 de septiembre de 2022]. **Disponible en:** <https://saludcantabria.es/index.php?page=violencia-contra-las-mujeres>
98. Consejería de Sanidad de Cantabria - Atención a la Violencia contra las Mujeres, Protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresiones/abusos sexuales 2017 [Internet]. Consejería de Sanidad. [citado 23 de septiembre de 2022]. **Disponible en:** <https://saludcantabria.es/uploads/PROTOCOLO%20AGRESIONES%20SEXUALES%20CANTABRIA%202017.pdf>
99. Hoek, H.W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19:389–394.
100. Morande, G., & Casas, J. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatr. Integral*, 2 (3), 243-260.
101. Rojo, L., Livianos, L., Conesa, L., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G., et al. (2003). Epidemiology and risk factors of eating disorders: a two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. *Int. J. Eat. Disord.*, 34 (3): 281-291.
102. Ruiz, P.M., Alonso, J.P., Velilla, J. M., Lobo, A., Martín, A., Paumard, C., et al. (1998). Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Rev. Psiquiatr. Infanto-Juv.*, 3: 148-162.
103. Simon, J., Schmidt, U. & Pilling, S. (2005). The health service use and cost of eating disorders. *Psychological Medicine*, 35, 1543–1551.
104. Alonso J. et al. Epidemiology and Costs of Depressive Disorder in Spain. Aceptado en ISPOR 16-19 Nov 2020 (Abstract ID#: 108226). Gustavsson et al. *European Neuropsychopharmacology* (2011) 21, 718– 779
105. Andrade, C. (2018). Ketamine for Depression, 6: Effects on Suicidal Ideation and Possible Use as Crisis Intervention in Patients at Suicide Risk. *J Clin Psychiatry*, 79(2).
106. Bernardo, M., González-Pinto, A., Urretavizcaya, M., et al. (2016) Consenso español sobre la terapia electroconvulsiva, TEC; Sociedad Española de Psiquiatría Biológica.
107. Bobo, W. V., Vande Voort, J. L., Croarkin, P. E., Leung, J. G., Tye, S. J., & Frye, M. A. (2016). Ketamine for Treatment-Resistant Unipolar and Bipolar Major Depression: Critical Review and Implications for Clinical Practice. *Depress Anxiety*, 33(8), 698-710.
108. Caddy, C., Amit, B. H., McCloud, T. L., Rendell, J. M., Furukawa, T. A., McShane, R., et al. (2015). Ketamine and other glutamate receptor modulators for depression in adults. *Cochrane Database Syst Rev* (9), CD011612.
109. Cleare A., Parente C.M., Young A. H., et al., (2015). Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol*. 29(5): 459-525
110. ClinicalTrials.gov. A long-term Safety Study of Intranasal Esketamine in Treatment-resistant Depression (SUSTAIN-3). NCT02782104.

111. Cowen, P. J. (2005). New drugs, old problems. Revisiting... pharmacological management of treatment-resistant depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 19-27.
112. Cowen, P. J. (2017). Backing into the future: pharmacological approaches to the management of resistant depression. *Psychol Med*, 47(15), 2569-2577.
113. Culpepper L. (2010). Why do you need to move beyond first-line therapy for major depression? *J Clin Psych*, 71 (Suppl 1), 4-9.
114. Daly E.J., Madhukar H.T., Janik A., et al. (2019). Efficacy of Esketamine Nasal Spray Plus Oral Antidepressant Treatment for Relapse Prevention in Patients With Treatment-Resistant Depression A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 76 (9), 893-903.
115. Daly E. J., Singh J. B., Fedgchin M., et al. (2018). Efficacy and safety of intranasal esketamine adjunctive to oral antidepressant therapy in treatment-resistant depression: results of a double-blind, doubly-randomized, placebo-controlled study. *JAMA Psychiatry*. 75 (2), 139-148.
116. Gaynes, B.N., Warden, D., Trivedi, M., et al. (2009) What did STAR*D teach us? Results from a large scale practical clinical trial for patients with depression. *Psychiatr Serv*, 60: 1439.
117. Haq, A.U., Sitzmann, A.F., Goldman, M.L., et al. (2015) Response of depression to electroconvulsive therapy: a meta-analysis of clinical predictors. *J Clin Psychiatry*, 76(10):1374-84.
118. Kellner, C.H., Greenby, R.M., Murrough, J.W., et al., (2012). Electro Convulsive Therapy in Treatment Resistant Depression. *Am J Psychiatry*, 169: 1238.
119. Kellner, C.H., Knapp, R.G., Petrides, G., et al., (2006). Continuation ECT vs pharmacotherapy for relapse prevention in major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63: 1337.
120. Kisanby, S.H. (2007) ECT for depression. *N Engl J Med*, 357 :1939.
121. McCloud, T. L., Caddy, C., Jochim, J., Rendell, J. M., Diamond, P. R., Shuttleworth, C., et al. (2015). Ketamine and other glutamate receptor modulators for depression in bipolar disorder in adults. *Cochrane Database Syst Rev* (9), CD011611.
122. Leadholm, A.K., Rothschild, A.J., Nolen, W.A., et al. (2013) The treatment of psychotic depression: Is there consensus among guidelines and psychiatrists? *J Affect Disord*, 145(2):214-20.doi:10.1016/j.jad.2012.07.036.
123. McGirr, A., Berlim, M. T., Bond, D. J., Chan, P. Y., Yatham, L. N., & Lam, R. W. (2017). Adjunctive ketamine in electroconvulsive therapy: updated systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 210(6), 403-407.
124. Molero, P., Ramos-Quiroga, J. A., Martin-Santos, R., Calvo-Sanchez, E., Gutierrez-Rojas, L., & Meana, J. J. (2018). Antidepressant Efficacy and Tolerability of Ketamine and Esketamine: A Critical Review. *CNS Drugs*.
126. Montgomery SA, Asberg M (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 134:382-389.
127. Murrough, J. W., Burdick, K. E., Levitch, C. F., Perez, A. M., Brallier, J. W., Chang, L. C., et al. (2015). Neurocognitive effects of ketamine and association with antidepressant response in individuals with treatment-resistant depression: a randomized controlled trial. *Neuropsychopharmacology*, 40(5), 1084-1090.
128. Murrough, J. W., Iosifescu, D. V., Chang, L. C., Al Jurdi, R. K., Green, C. E., Perez, A. M., et al. (2013). Antidepressant efficacy of ketamine in treatment-resistant major depression: a two-site randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, 170(10), 1134-1142.
129. Murrough, J. W., Perez, A. M., Pillemer, S., Stern, J., Parides, M. K., aan het Rot, M., et al. (2013). Rapid and longer-term antidepressant effects of repeated ketamine infusions in treatment-resistant major depression. *Biol Psychiatry*, 74(4), 250-256.

130. National Institute for Health & Clinical Excellence. The Treatment and Management of Depression in Adults (updated edition). National Clinical Practice Guideline 90, 2010. <http://www.nice.org.uk/> (Accessed on December 24, 2018).
131. Newport D. J., Carpenter L. L., McDonald W. M., Potash J. B., Tohen M., Nemeroff C. B. (2015). APA council of research task force on novel biomarkers and treatments. Ketamine and other NMDA antagonists: early clinical trials and possible mechanisms in depression. *Am J Psychiatry*, 172 (10), 950-966.
132. Price, R. B., Iosifescu, D. V., Murrough, J. W., Chang, L. C., Al Jurdi, R. K., Iqbal, S. Z., et al. (2014). Effects of ketamine on explicit and implicit suicidal cognition: a randomized controlled trial in treatment-resistant depression. *Depress Anxiety*, 31(4), 335-343.
133. Ramos-Brieva, J. A., & Cordero Villafafila, A. (1986). [Validation of the Castilian version of the Hamilton Rating Scale for Depression]. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*, 14(4), 324- 334.
134. Rasmussen, K. G., Lineberry, T. W., Galardy, C. W., Kung, S., Lapid, M. I., Palmer, B. A., et al. (2013). Serial infusions of low-dose ketamine for major depression. *J Psychopharmacol*, 27(5), 444-450.
135. Royal College of Psychiatrists. Committee on ECT and Related Treatments: Statement on Ketamine to Treat Depression: Position Statement CERT02/17. Royal College of Psychiatrists, 2017
136. Rush, J., Trivedi, M.D., Wisniewski, S.R., Nierenberg, A.A., Stewart, J.W., Warden, D., et al. (2006). Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am J Psychiatry*, 163 (11), 1905-17
137. Sanacora, G., Frye, M. A., McDonald, W., Mathew, S. J., Turner, M. S., Schatzberg, A. F., et al. (2017). A Consensus Statement on the Use of Ketamine in the Treatment of Mood Disorders. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 399-405.
138. Short, B., Fong, J., Galvez, V., Shelker, W., & Loo, C. K. (2018). Side-effects associated with ketamine use in depression: a systematic review. *Lancet Psychiatry*, 5(1), 65-78.
139. Singh, J.B., Fedgchin, M., Daly E.J., et al. (2016). Intravenous Esketamine in adult treatment-resistant depression: a double-blind, double-randomization, placebo-controlled study. *Biol Psychiatry*, 80 (6), 424-431.
140. UK Electro Convulsive Therapy (ECT) Review Group (2003). Efficacy and Safety of ECT in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 361: 799.
141. Singh, J. B., Fedgchin, M., Daly, E. J., De Boer, P., Cooper, K., Lim, P., et al. (2016). A Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled, Dose-Frequency Study of Intravenous Ketamine in Patients With Treatment-Resistant Depression. *Am J Psychiatry*, 173(8), 816-826.
142. Walker E. R., McGee R. E., Druss B. G. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis (2015). *JAMA Psychiatry*. 72 (4), 334-341.
143. World Health Organization, Media Centre, Depression Fact Sheet, Updated 22 March. 2018. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Accessed December 26, 2018.
144. Zarate, C. A., Jr., & Niciu, M. J. (2015). Ketamine for depression: evidence, challenges and promise. *World Psychiatry*, 14(3), 348-350.
145. Zheng, W., Zhou, Y. L., Liu, W. J., Wang, C. Y., Zhan, Y. N., Li, H. Q., et al. (2018). Rapid and longer- term antidepressant effects of repeated-dose intravenous ketamine for patients with unipolar and bipolar depression. *J Psychiatr Res*, 106, 61-68.

146. Maynou L, Hernández-Pizarro HM, Errea Rodríguez M. The Association of Physical (in) Activity with Mental Health. Differences between Elder and Younger Populations: A Systematic Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Apr 29;18(9):4771. doi: 10.3390/ijerph18094771. PMID: 33947122; PMCID: PMC8124550.
147. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S, et al. Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population. *Archives of General Psychiatry*. 1 de enero de 2007;64(1):19-28.
148. Libro Blanco de Intervención Temprana en Psicosis en España, 2018
149. Pelayo-Terán JM, Pérez-Iglesias R, Ramírez-Bonilla M, González-Blanch C, Martínez-García O, Pardo-García G, et al. Epidemiological factors associated with treated incidence of first-episode non-affective psychosis in Cantabria: insights from the Clinical Programme on Early Phases of Psychosis. *Early Interv Psychiatry*. agosto de 2008;2(3):178-87.
150. DE HERT M, SCHREURS V, VANCAMPFORT D, VAN WINKEL R. Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. *World Psychiatry*. febrero de 2009;8(1):15-22.
151. Sáiz-Ruiz, J. et al. (2008). Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. *Actas españolas de psiquiatría*. 36(5):251-264.
152. Mayoral-van Son J, Juncal-Ruiz M, Ortiz-García de la Foz V, Cantarero-Prieto D, Blázquez-Fernández C, Paz-Zulueta M, Paras-Bravo P, Ayuso-Mateos JL, Crespo-Facorro B. Understanding the direct and indirect costs of a first episode of psychosis program: Insights from PAFIP of Cantabria, Spain, during the first year of intervention. *Early Interv Psychiatry*. 2019 Oct;13(5):1182-1190.
153. McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*. octubre de 2008;7(3):148-56.
154. Vázquez-Barquero J, Gaité L, Salvador-Carulla L, Salinas-Perez JA. Atlas de Salud Mental de Cantabria. 2010.
155. Consejería de Sanidad Cantabria - Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019. [Internet]. Gobierno de Cantabria. [citado 23 de septiembre 2022]. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeSaludMentalbaja.pdf>
156. Crespo-Facorro B, Vazquez Bourgon J, Arriola R, Simon J, Vallina Fernandez O, Pérez A, et al. Protocolo de Intervención Temprana en Psicosis de Cantabria. ITPCan. 2019. <tp://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=14/09/2012-d33d453dcf>
157. Estrategia AP 2012-2015 - Servicio Cántabro de Salud - cantabria.es [Internet]. Servicio Cántabro de Salud. [citado 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.scsalud.es/estrategia-ap-2012-2015>

COLABORADORES

Directivos y expertos que han participado en los grupos de trabajo del Plan de Salud Mental de Cantabria 2022-2026, agrupados según sistema de distribución de competencias

DIRECCIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL

- ◆ Raquel Olalla Herbosa, Consejería Sanidad
Directora General de Ordenación, Farmacia e Inspección
- ◆ Julio Soto López, Consejería de Empleo y Políticas Sociales
Director General de Políticas Sociales

REPRESENTACIÓN DE LOS ORGANISMOS AUTÓNOMOS AFECTADOS EN LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL

- ◆ Rafael Sotoca Covalada, Servicio Cántabro de Salud, Director Gerente del Servicio Cántabro de Salud (SCS)
- ◆ María Antonia Mora González, Consejería de Empleo y Políticas Sociales, Directora del Instituto Cántabro de Servicios Sociales (ICASS)

EQUIPO COORDINADOR DEL PLAN DE SALUD MENTAL

- ◆ Miguel Mateo Soler, Consejería de Sanidad, Subdirector General de Ordenación, Farmacia e Inspección
- ◆ Rocío Montalbán Carrasco, Consejería de Sanidad, Subdirectora General de Transformación Digital y Relaciones con los Usuarios
- ◆ Óscar Fernandez Torre, Servicio Cántabro de Salud, Subdirector de Asistencia Sanitaria del Servicio Cántabro de Salud
- ◆ Amador Priede Díaz, Coordinador Salud Mental del SCS
- ◆ Paula Díaz Gómez, Apoyo Técnico al Plan de Salud Mental
- ◆ Raquel Bustillo Gomez-Cuétara, Consejería de Empleo y Políticas Sociales ICASS

INFORME Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL

- ◆ Santiago García Blanco, Consejería Sanidad, Director General de Transformación Digital.
- ◆ Germán Manuel Romero Ruiz, Consejería de Sanidad, Jefe de Servicio de Planificación Sanitaria.

EXPERTOS PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL

Red Experta en Salud Mental (1ª fase)

- ◆ Alberto Martín Pérez. Voz de usuarios
- ◆ Ana Gutiérrez Pérez. Jefa de Sección de Psiquiatría del HSLL
- ◆ Carlos Portillo Sisniega. Unidad de Atención de Conductas Adictivas de Santander
- ◆ Inmaculada Torcida Valiente. Jefa de Sección de Evaluación y Calidad de la Dirección General de Políticas Sociales.
- ◆ Javier San Juan Minchero. GAP
- ◆ Javier Santamaría Gutiérrez. Unidad de Atención de Conductas Adictivas de Santander
- ◆ Jesús Artal Simón. Jefe de Servicio de Psiquiatría del HUMV
- ◆ José Carlos Berrocal Sánchez. Asesor Técnico de la Dirección General de Ordenación, Farmacia e Inspección de la Consejería de Sanidad
- ◆ Judith León Álvarez. Subdirección de Cuidados del SCS
- ◆ Lourdes Lasa Aznar. HLRD
- ◆ María Isabel Bolado Alonso. HUMV
- ◆ María Isabel Priede Díaz. GAP
- ◆ Pedro Rodríguez Díaz. Voz de usuarios
- ◆ Rocío Álvarez Crespo. CIS "JOSE HIERRO"
- ◆ Sara González. HUMV
- ◆ Susana Viota Mananes. HSLL

Líneas de acción y Coordinadores (2ª fase)

- ◆ Salud Mental en atención primaria y comunidad: Javier San Juan Minchero y María Isabel Priede Díaz. GAP
- ◆ Persona con Trastorno Mental Grave: Rocío Álvarez, CIS José Hierro.
- ◆ Persona mayor o frágil: Miguel Ángel Martínez Antón, HUMV.
- ◆ Infancia y adolescencia: Beatriz Payá, HUMV.
- ◆ Persona con conductas adictivas: Javier Ángel Santamaría Gutiérrez y Carlos Portillo Sisniega. Unidad Atención de Conductas Adictivas de Santander
- ◆ Prevención y abordaje de la Conducta suicida: Ana Isabel de Santiago Díaz, HUMV
- ◆ Trastorno de la personalidad: Sara González, HUMV
- ◆ Violencia de género: Purificación Ajo Bolado, Sección de Programa de Salud de la Mujer. Dirección General de Salud Pública
- ◆ Trastornos de la conducta alimentaria: Andrés Gómez del Barrio, HUMV
- ◆ Depresión resistente: Marcos Gómez Revuelta, HUMV
- ◆ Intervención temprana en psicosis (ITPCAN): Rocío Pérez Iglesias, HUMV
- ◆ Psicosexualidad: Telva María Carceller Meseguer, HUMV

Expertos de los Grupos de Trabajo (2ª fase)

- ◆ Abraham Delgado Diego, Subdirección de Cuidados del SCS
- ◆ Adelaida Echevarría Saiz, Coordinadora de la Unidad de Atención Temprana GAP
- ◆ Adoración Campos Nieto, GAP

- ◆ Alberto Martín Pérez, Voz de las personas usuarias
- ◆ Alicia de la Cruz Díez, Representación Ciudadana
- ◆ Alicia Ruiz Toca, HLRD
- ◆ Amada Pellico López, GAP
- ◆ América Izquierdo, Mancomunidad Siete Villas
- ◆ Ana Belén Blanco Ferrero, Coordinadora de la Unidad Técnica de Atención a la Diversidad y Convivencia de la Consejería de Educación
- ◆ Ana Bezanilla Igareda, HUMV
- ◆ Ana González Lázaro, Jefa de Unidad de Trabajo Social del HUMV
- ◆ Ana Gutiérrez Pérez, HSSL
- ◆ Ana Vázquez del Campo, HUMV
- ◆ Ángela Martínez Pérez, Fundación ACORDE
- ◆ Arantxa Martín Bengoechea, Jefa de la Unidad Técnica de Atención a la Diversidad y Convivencia de la Consejería de Educación
- ◆ Beatriz Voces Gutiérrez, HUMV
- ◆ Carlos Fernández Viadero, HUMV
- ◆ Carlos Hernández Jiménez, GAP
- ◆ Carlos Mirapeix Costas, Psiquiatra FUNDIPP
- ◆ Carmen Flor Gómez, HUMV
- ◆ Carmen Iglesias García, HUMV
- ◆ Carmen Pernía Higuera, HSSL
- ◆ Celia Fernández Bustamante, HSSL
- ◆ Clara Isabel Ortega Benito, IMLCF
- ◆ Clara Pedrejón Molino, HSSL
- ◆ Diana Mirones Martínez, Jefa de la Unidad de Coordinación de la Violencia sobre la Mujer de la Delegación del Gobierno de Cantabria.
- ◆ Dolores Muñoz Torres, HUMV
- ◆ Eloy Manuel Rodríguez, HUMV
- ◆ Elsa Gómez Ruiz, HUMV
- ◆ Emma González Marugán, HLRD
- ◆ Emma Noval Aldaco, HUMV
- ◆ Eva Arroyo Valiente, HSSL
- ◆ Fernando Hoyuela Zatón, HSSL
- ◆ Fernando Román Rubio, HLRD
- ◆ Francisco Ruiz Guerrero, HUMV
- ◆ Germán García González, HSSL
- ◆ Héctor Balsa Vidal, Jefe de sección de Medidas de Protección de la Subdirección de Infancia, Adolescencia y Familia del Gobierno de Cantabria
- ◆ Iñaki Lapuente Heppe, Subdirección de Cuidados del SCS
- ◆ Isabel Fernández Ruiz, Centro Hospitalario Padre Menni
- ◆ Jana González Gómez, HUMV
- ◆ Javier Sastre Yañez, HUMV
- ◆ Javier Vázquez Bourgon, HUMV
- ◆ Jesús Esteban Pellón, GAP
- ◆ José Francisco Sánchez Alia, Jefe de Servicio de Violencia de Género de la Dirección General de Igualdad y Mujer. Consejería de Universidades, Igualdad, Cultura y Deporte
- ◆ José María Menchaca Riesco, GAP

- ◆ Juan Antonio Solana Sorribas, HUMV
- ◆ Juan Gómez de Tojeiro Roce, HLRD
- ◆ Laura Carral Fernández, HUMV
- ◆ Laura Pérez García, Representación Ciudadana
- ◆ Laura Torre Ajo, Dirección General de Igualdad y Mujer de la Consejería de Universidades, Igualdad, Cultura y Deporte
- ◆ Leonor Lozano Mayor, HUMV
- ◆ Leticia Castro Fuentes, HUMV
- ◆ Lianna Rodríguez Tarquini, Subdirectora médica del Centro Hospitalario Padre Menni
- ◆ Lorenzo Chamorro García, Telf. Esperanza (jubilado)
- ◆ Luis Gaité Pindado, HUMV
- ◆ Luisa Elvira San Emeterio Echevarría, HUMV
- ◆ M. Ara Santos Calle, HUMV
- ◆ M^a Isabel Bernal Abia, Asesora Técnica Docente de la Unidad Técnica de Innovación Educativa de la Dirección General de Innovación e Inspección
- ◆ M^a Isabel Bolado Alonso, HUMV
- ◆ Maite Rodríguez Ibáñez, HUMV
- ◆ María Ángeles Bedia Gómez, HUMV
- ◆ María Begoña Santiago Cuevas, HSSL
- ◆ María del Mar Aparicio Sanz, HSSL
- ◆ María del Rosario Villota Hoyos, GAP
- ◆ María Elena Altuzarra Gonzalo, IMLCF
- ◆ María González Fernández, Asesora Técnico Docente de la Unidad Técnica de Atención a la Diversidad y Convivencia de la Consejería de Educación
- ◆ María Jesús Cuesta Nuñez, HUMV
- ◆ María Josefina Martínez Chamorro, GAP
- ◆ María Martín Gutiérrez, HSSL
- ◆ Marta Arrieta Rodríguez, Centro Hospitalario Padre Menni
- ◆ Marta Bejerano Doblas, ADANER
- ◆ Miguel Ibañez Alario, HLRD
- ◆ Mónica Galván Corona, HUMV
- ◆ Mónica Vargas Leal, GAP
- ◆ Noelia Fontanilla Garmilla, GAP
- ◆ Nuria Terán Villagra, Participación Ciudadana
- ◆ Oriol Porta Olivares, HUMV
- ◆ Oscar Vallina Fernández, HSSL
- ◆ Pablo Montoya, Mancomunidad Siete Villas
- ◆ Patricia Azcona Sáenz, HUMV
- ◆ Patricia Cordero Andrés, HUMV
- ◆ Pilar Usamentiaga Ortiz, GAP
- ◆ Raquel Cabrero Anuarbe, Jefa de Sección de Medidas de Prevención. ICASS
- ◆ Roberto Oliver Arias, Psicólogo
- ◆ Rocío Rivas Diez, HUMV
- ◆ Rosa Ayesa Arriola, IDIVAL
- ◆ Rosa Marañón González, HUMV
- ◆ Rosario Bengochea Seco, Centro Hospitalario Padre Menni

- ◆ Sandra Alonso Bada, Coordinadora de la Unidad de SMIJ del HSL
- ◆ Silvia Funes Godoy, HSL
- ◆ Silvia Somonte Segares, HSL
- ◆ Soraya Cobo Samperio, HUMV
- ◆ Susana Samaniego Peña, HSL
- ◆ Teresa del Vigo Fernández, Subdirectora de Dependencia ICASS
- ◆ Vannesa Muñoz Jove, Directora Médica Centro Hospitalario Padre Menni

PLAN DE SALUD MENTAL

DE CANTABRIA

