

PLAN DE SALUD MENTAL DE LA RIOJA

Grupo de trabajo

- Caro Berguilla, Yolanda.**
Subdirectora Enfermería Asistencia Especializada.
Servicio Riojano de Salud.
- Ezquerro Pérez, Joaquín.**
Subdirector de Salud Mental.
Servicio Riojano de Salud.
- Gutierrez Gamarra, M^a Carmen.**
Psicóloga Clínica. Unidad Hospitalización Breve.
Servicio Riojano de Salud.
- Ibáñez de la Cruz, Jerónimo.**
Director Médico. Centro Salud Mental Albelda de Iregua.
Servicio Riojano de Salud.
- Merina Diaz, Carmen**
Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil
Servicio Riojano de Salud.
- Miranda Mínguez, Miguel Ángel.**
Técnico Servicio de Drogodependencias.
Dirección General de Salud Pública y Consumo.
- Ortega Esteban, Miguel Ángel.**
Psiquiatra. Unidad Hospitalización Breve.
Servicio Riojano de Salud.
- Pastor Gil, Mónica**
Psiquiatra. Unidad de Salud Mental.
Servicio Riojano de Salud.
- Santolalla Arnedo, Iván.**
Supervisor Enfermería. Hospital de La Rioja.
Servicio Riojano de Salud.
- Serrano Bernal, Vicente.**
Jefe Clínico Psq. Unidad de Hosp. Media Estancia.
Servicio Riojano de Salud.

SUMARIO

PRESENTACIÓN.

1. METODOLOGÍA.

- 1.1 PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN.
- 1.2 MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO TÉCNICO.

2. MARCO NORMATIVO.

3. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.

- 3.1. EVOLUCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA RIOJA.
- 3.2. DEMOGRAFÍA Y SALUD MENTAL.
- 3.3. INDICADORES DE ATENCIÓN.
 - 3.3.1. MORBILIDAD ATENDIDA.
 - 3.3.2. REINGRESOS.
 - 3.3.3. CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS.
 - 3.3.4. BAJAS LABORALES POR ENFERMEDAD MENTAL.
 - 3.3.5. SUICIDIO.

4. OFERTA DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL.

- 4.1. DOTACIÓN DE LA OFERTA DE ATENCIÓN.
 - 4.1.1. DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN.
 - 4.1.2. RECURSOS HUMANOS.
- 4.2. FLUJO Y DERIVACIONES.

5. LÍNEAS ESTRATÉGICAS, OBJETIVOS Y ACCIONES.

6. CALIDAD, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

PRESENTACIÓN

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

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

1. Prevención de la depresión y el suicidio, al ser esta una de las enfermedades mentales más frecuentes y graves así como un factor de riesgo que induce a la conducta suicida.
2. Salud Mental de los jóvenes. La base de la salud mental de cada persona esta en la infancia; la mitad de las enfermedades mentales aparecen en la adolescencia. Entre el 10% y el 20% de los jóvenes pueden presentar problemas de salud mental, con índices mas altos en los sectores mas deprimidos de la sociedad.
3. La salud mental en el marco laboral. El trabajo es beneficioso para la salud física y mental. El ámbito laboral juega un papel primordial en la inclusión social de las personas que padecen problemas de salud mental.
4. La salud mental de los ancianos. La población de la Unión Europea esta envejeciendo, fenómeno que puede conllevar ciertos factores de riesgo para la salud mental, como pueden ser la perdida de apoyo familiar, aparición de enfermedades neurodegenerativas, etc.
5. Combatir el estigma y la exclusión social, que son a la vez factores de riesgo y consecuencia de las enfermedades mentales.

Los trastornos mentales constituyen la causa mas frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, su repercusión sobre la calidad de vida es superior al de enfermedades crónicas como la diabetes o enfermedades cardiacas y respiratorias. La depresión figura como la tercera causa de carga de enfermedad, detrás de la isquemia coronaria y de los accidentes cerebrovasculares, suponiendo el 6% de la carga causada por todas las enfermedades.

Los Trastornos Mentales originan el 10,5% de los días perdidos por incapacidad laboral temporal y el 6.8% de los años de vida laboral perdidos por invalidez permanente.

En España más del 9% de la población padece en este momento un trastorno mental y más del 20% lo padecerá a lo largo de su vida; mas de la mitad de estas personas no reciben tratamiento alguno.

Existen diferencias en los patrones de búsqueda de ayuda para tratar un trastorno mental; es más probable que las mujeres soliciten ayuda y refieran tener problemas en comparación con los hombres. Asimismo la probabilidad de que a las mujeres se les prescriban psicofármacos es mas elevada.

La tasa de mortalidad por suicidio ajustado para la edad y el sexo de las personas que padecen un trastorno esquizofrénico es 9 veces mayor que la de la población general. En depresión mayor, el riesgo de suicidio se multiplica por 21; en los trastornos de alimentación por 33 y en los toxicómanos por 86.

Los Trastornos Mentales graves crean también una importante carga familiar que suele recaer sobre la madre o una hermana del paciente; en el caso de la esquizofrenia esto supone de 6 a 9 horas diarias con las consiguientes restricciones en la vida social, perdida de oportunidades, etc.

Por lo que respecta a los trastornos adictivos, cabe resaltar que los mismos están relacionados con un nuevo escenario, caracterizado por un cambio manifiesto en los perfiles de los consumidores de sustancias, un patrón de policonsumo cada vez más generalizado, la precocidad en el inicio de algunas sustancias y la relación, cada vez más estrecha, entre ésta y los espacios y tiempos de ocio. En La Rioja, tomando como referencia el año 2001, se ha asistido a un descenso espectacular en la prevalencia del consumo de heroína y otras sustancias, en paralelo a un aumento del protagonismo de la cocaína como sustancia de consumo y el descenso en la edad de inicio del mismo, fenómeno que ha sido constatado de forma más significativa entre los adolescentes de 14 a 18 años y respaldado, a su vez, por los datos provenientes de las admisiones a tratamiento ambulatorio y de las atenciones en los dispositivos de urgencias. Del mismo modo, durante los años señalados, se ha consolidado entre los jóvenes riojanos que beben alcohol un patrón de consumo cercano al denominado “anglosajón”, centrado predominantemente en los fines de semana y en contextos socioculturales de ocio y festivos.

Paralelamente a lo anterior, y en cuanto a la asistencia a las adicciones, La Rioja ha sido una de las primeras Comunidades Autónomas en normalizar la misma, integrándola como tal en el ámbito sanitario, concretando el segundo nivel de atención en la Red de Salud Mental. Junto a la consecución de este importante reto, se ha constatado la relación existente entre el consumo de sustancias y otros productos adictivos y el desarrollo de determinados trastornos mentales y del comportamiento, lo que requerirá intervenciones específicas desde los dispositivos de Salud Mental. Del mismo modo, es necesario optimizar los procesos de detección diagnóstico y atención según estándares de calidad y evidencia científica con el fin de evitar, por un lado, que potenciales pacientes no lleguen a la red pública y, por otro, lograr la adherencia y resultados en los tratamientos.

La Ley General de Sanidad recoge en su artículo 20 el modelo de atención recomendado por la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica, orientado hacia la Comunidad e integrado en el sistema Sanitaria General. El desarrollo de recursos alternativos que facilitarían la superación del Hospital Psiquiátrico era un elemento esencial en el espíritu y en la letra de la Ley. Este modelo asistencial fue adoptado de inmediato por todas las CC.AA., quedando patente entre nosotros en el anterior Plan de Salud de La Rioja, concretamente en sus objetivos 39, 40 Y 41.

La perspectiva que nos da el paso de estos 20 años, permite ver avances significativos como la integración en la red Sanitaria General, la territorialización de los servicios, la reducción de camas monográficas, la formación reglada de los profesionales, etc., así como comprobar la persistencia de problemas como son la insuficiencia de los recursos humanos, de programas específicos para grupos vulnerables, déficit en la información y coordinación, escaso desarrollo de recursos de rehabilitación y reinserción sociolaboral, etc.

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

La atención primaria juega un papel clave en la detección, tratamiento, derivación y seguimiento del trastorno mental en la población general, corresponsabilizándose activamente a través de protocolos reglados de coordinación asistencial con los profesionales de los Centros de Salud Mental, evitando rupturas de colaboración que la creciente situación de la demanda puede generar. Esta coordinación debe apoyarse y potenciarse con líneas de formación continuada e investigación compartidas, que entre otros objetivos mejoren la capacidad de detección de los trastornos mentales a este nivel, la efectividad de las intervenciones y la calidad de las derivaciones a los Centros de Salud Mental.

La organización y regulación de las actividades específicas tendentes a coordinar los dispositivos de atención primaria y los servicios de salud mental serviría para establecer los ámbitos de actividad conjunta y compartida además de delimitar los campos de atención específica de cada uno de los niveles, en lo que se refiere a la atención de los problemas de salud mental.

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

En la Comunidad Autónoma de La Rioja, disponemos de un Registro Acumulativo de casos psiquiátricos al que vierten información clínica, sociodemográfica y de actividad asistencial, todos los dispositivos de la red, aportándonos información epidemiológica y de gestión. Esta herramienta que nació hace más de 15 años ha permanecido durante este tiempo separada del resto de los sistemas de información sanitaria de nuestra Comunidad.

La integración de todos los dispositivos asistenciales en la Dirección de Atención Especializada del Área de Salud, debería incluir también la incorporación de este Registro con las adaptaciones y actualizaciones pertinentes. En esta misma línea la extensión de la historia clínica electrónica a todas las unidades de Salud Mental, mejoraría la interrelación entre los dispositivos y particularmente con Atención Primaria.

Los datos epidemiológicos que nos aporta el Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos nos muestran una prevalencia atendida que, al igual que en el resto de España, mantiene una línea ascendente desde hace más de 10 años. Este incremento constante de la atención afecta a todos los grupos diagnósticos y adquiere una relevancia especial en los llamados trastornos mentales comunes o leves que representan más de la mitad de la prevalencia. Precisamente estos grupos diagnósticos son los que, a juicio de los especialistas, serían más fácilmente asumibles por la Atención Primaria. Se impone pues, continuar con actividades de formación, apertura de vías de comunicación, crear espacios de corresponsabilidad, valorar las necesidades de plantilla, etc. si pretendemos resolver el que tal vez sea el mayor problema que afecta hoy en día a atención en Salud Mental en España y por supuesto en La Rioja.

Este incremento en la demanda asistencial, que en el periodo 1999-2006 fue de un 23%, afecta también a todas las edades, siendo más patente en el grupo de menores de 15 años en el que prácticamente se ha duplicado, repercutiendo notablemente en una práctica clínica en la que el consumo de tiempo, tanto en la exploración como en el tratamiento, es una necesidad insoslayable. Las actividades de coordinación con los servicios sociales y psicopedagógicos contribuyen también a la sobrecarga de una Unidad de salud Mental Infanto-Juvenil saturada.

La población de más edad, resulta también día a día más demandante, mostrando un incremento del 31% en los últimos 8 años, destacando la alta prevalencia de trastornos afectivos. La aparición de este tipo de patologías en edades avanzadas, esta unida a veces, al deterioro orgánico, situaciones de pérdida, soledad, etc.

Es de señalar que en el periodo de 1999-2006 la incidencia atendida no ha sufrido variaciones significativas.

En los últimos 20 años la actividad clínica ha sufrido un cambio notable, apreciable sobre todo en la variedad de actuaciones y en la calidad asistencial de las mismas. A final de los años 80 el hospital psiquiátrico tradicional era casi el único dispositivo sanitario en Salud Mental y se constituía como centro del sistema; se producían más de 100.000 estancias hospitalarias al año y solamente 755 primeras consultas. En 2006 las estancias del hospital psiquiátrico Reina Sofía son menos de 40.000 y por el contrario las consultas en las unidades de Salud Mental se aproximan a las 50.000.

Tras esta breve evaluación de la situación de la Salud Mental en La Rioja, podemos concluir con las siguientes consideraciones:

1. La atención en la Salud Mental en La Rioja se encuentra ya integrada en la atención sanitaria como cualquier otro proceso de enfermedad. Lo mismo ocurre con la asistencia a las adicciones, la cual, en su segundo nivel de atención, se integra en la Red de Salud Mental.
2. La Atención Primaria de Salud debe tomar mayor protagonismo tanto en la detección y derivación precoz de los procesos que precisen atención especializada como en el abordaje terapéutico de las patologías que puedan atenderse en su nivel, incluyéndose las conductas y trastornos adictivos.
3. Es preciso poner en marcha actuaciones que promuevan la Salud Mental de la población e intervenciones de prevención en grupos de riesgo.
4. Reconocimiento del esfuerzo realizado por las familias para mantener a los pacientes con trastorno mental grave en la Comunidad.
5. Necesidad de coordinar los distintos dispositivos para definir los límites de las actuaciones, en aras a lograr la continuidad de cuidados.
6. La presión de la demanda ejercida por los trastornos mentales comunes y el insuficiente número de especialistas repercuten negativamente en la atención ambulatoria prestada a los trastornos graves.
7. Es preciso incluir las adicciones dentro del repertorio de prioridades de atención de las Unidades de Salud Mental, a la par que optimizar la atención a pacientes con trastornos adictivos a través del diseño y puesta en marcha de protocolos para el diagnóstico y tratamiento de la patología dual, la prescripción y dispensación de sustitutivos opiáceos, así como de derivación para ingreso en centros de carácter residencial para el tratamiento de la deshabituación por consumo de alcohol y otras drogas. Del mismo modo, el tratamiento de menores con problemas de abuso y dependencia de drogas requerirá un abordaje específico.
8. Deben incrementarse las intervenciones psicoterapéuticas específicas eclipsadas hoy en día por el uso, casi exclusivo de las prescripciones farmacológicas.
9. Disponemos de herramientas informáticas muy útiles para la gestión, planificación e investigación que deben actualizarse y homologarse, con los sistemas que en este campo dispone el Sistema Riojano de Salud.
10. La planificación asistencial debe tener en cuenta que es en la fase prodrómica o incluso antes de que empiece esta donde se tienen las mejores opciones de intervención y el mayor impacto sanitario público (Índices de prevalencia y mortalidad).
11. A raíz de la publicación y entrada en vigor de la “Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia” (Diciembre 2006) y el posterior desarrollo de la misma por parte de las CCAA se clarifica la responsabilidad de los Servicios Sociales en atención a la discapacidad producida, también, en enfermos mentales delimitando líneas de actuación y liberando a los Servicios Sanitarios de implicaciones históricas de carácter residencial.

1. METODOLOGÍA

1.1 PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN

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

Para la elaboración del Plan de Salud Mental de La Rioja 2010-2015 se crea un Grupo de Trabajo Técnico encargado del estudio situacional y de la redacción del Plan, en el que se encuentran representados todos los ámbitos de asistencia y planificación relevantes en el campo de la Salud Mental de la Comunidad Autónoma.

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

La metodología de trabajo del grupo se estructura en 18 sesiones, que se desarrollan en el primer semestre del año 2010. Tras la presentación, en la sesión de apertura, de las coordenadas estratégicas y objetivos del Plan, el grupo de trabajo establece la metodología y agenda de trabajo. En las sesiones de trabajo posteriores, el grupo aporta información al análisis de situación y se formulan objetivos y acciones para cada una de las líneas de intervención previstas, se discuten e integran las propuestas de acción.

Se utilizan básicamente dos técnicas de producción y análisis:

a) Revisión documental y análisis de datos:

- Revisión de documentos marco de políticas de salud mental, informes de la OMS, Declaración Europea de Salud Mental de Helsinki, 2005, Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y Planes de Salud Mental en vigor de otras Comunidades Autónomas.
- Estudio y análisis de datos del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos de la Comunidad Autónoma de La Rioja.
- Revisión de principios y contenidos del II Plan de Salud de La Rioja 2009-2013.

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

Partiendo de los principios y contenidos del II Plan de Salud de La Rioja 2009-2013 y de la revisión de datos del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos de la Comunidad Autónoma de La Rioja, se realiza un análisis de datos sociodemográficos, epidemiológicos y asistenciales disponibles.

Tras la identificación y priorización de las áreas de intervención, el grupo de trabajo estructura las distintas líneas de intervención preferentes y establece los objetivos generales y específicos, y la definición de acciones a realizar para el logro de los

mismos. Asimismo, se proponen indicadores de seguimiento y evaluación de cada uno de los objetivos.

Tras la redacción del Documento Propuesta del Plan de Salud Mental de La Rioja, por el Grupo de Trabajo Técnico, este es elevado a la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja para su aprobación.

1.2 MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO TÉCNICO.

Ezquerria Pérez, Joaquín (Coordinador)

Subdirector de Salud Mental.
Servicio Riojano de Salud.

Caro Berguilla, Yolanda

Subdirectora Enfermería Asistencia Especializada.
Servicio Riojano de Salud.

Gutierrez Gamarra, M^a Carmen

Psicóloga Clínica. Unidad de Hospitalización Breve.
Servicio Riojano de Salud.

Ibáñez de la Cruz, Jerónimo

Director Médico. Centro Salud Mental Albelda de Iregua.
Servicio Riojano de Salud.

Miranda Mínguez, Miguel Ángel

Técnico Servicio de Drogodependencias.
Dirección General de Salud Pública y Consumo.

Ortega Esteban, Miguel Ángel

Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Breve.
Servicio Riojano de Salud.

Pastor Gil, Mónica

Psiquiatra. Unidad de Salud Mental.
Servicio Riojano de Salud.

Santolalla Arnedo, Iván

Supervisor Enfermería. Hospital de La Rioja.
Servicio Riojano de Salud.

Serrano Bernal, Vicente.

Jefe Clínico Psq. Unidad de Hosp. Media Estancia.
Servicio Riojano de Salud.

2. MARCO NORMATIVO

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

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

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

Convenio de la Haya 29-5-1993, sobre la protección del niño y a la cooperación en materia de adopción internacional. 1993

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

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

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

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

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

Constitución Española (1978).

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

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

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

Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor.; 1996.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II Plan de Salud de La Rioja 2009 – 2013

3. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

3.1. EVOLUCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA RIOJA.

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

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

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

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

En **La Rioja**, en el año 1977, se construye un nuevo Hospital Psiquiátrico, el Hospital Psiquiátrico Reina Sofía, con objeto de dignificar las condiciones de vida y asistencia de la población internada, y que alcanza el punto de mayor oferta y actividad, en 1979. Muy pronto, tras la integración de nuevos profesionales se cuestiona la práctica del viejo modelo y se introducen nuevas estrategias de intervención con prácticas de estancia breve y consultas ambulatorias. **En 1980 se inicia la inflexión de la tendencia en La Rioja.**

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

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

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

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

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

3.2. DEMOGRAFÍA Y SALUD MENTAL

La población residente en La Rioja alcanzó las 317.501 personas a 1 de enero de 2008, según los datos que ha publicado el Instituto Nacional de Estadística, representando así un 0,68% de la población de España que se cifra en 46.157.822 personas.

La población a 1 de enero de 2008 fue superior en 8.533 personas a la registrada el 1 de enero de 2007, es decir, la población de La Rioja se ha incrementado un 2,70% frente al incremento del 2,1% del total nacional.

Población (españoles/extranjeros), Comunidad Autónoma de La Rioja y España, año.
Unidades:Personas

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
La Rioja	281.614	287.390	293.553	301.084	306.377	308.968	317.501
España	41.837.894	42.717.064	43.197.684	44.108.530	44.708.964	45.200.737	46.157.822

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Población (españoles/extranjeros), Comunidad Autónoma de La Rioja, edad (grupos quinquenales), sexo y año.

Unidades:Personas

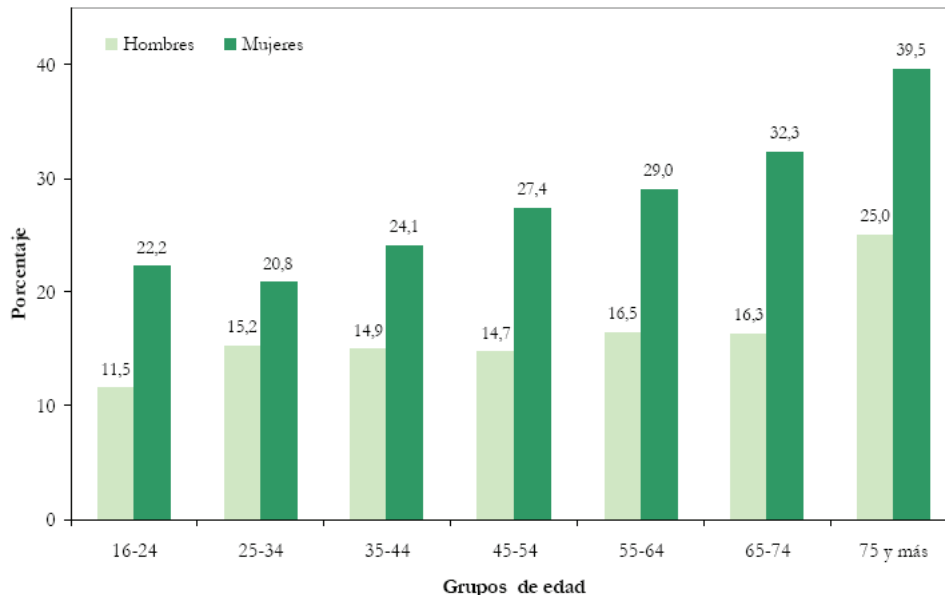
	Ambos sexos	Varones	Mujeres
	2008	2008	2008
LA RIOJA			
0-4	15.940	8.139	7.801
05-09	14.281	7.303	6.978
10-14	13.708	6.944	6.764
15-19	15.080	7.781	7.299
20-24	18.619	9.648	8.971
25-29	24.846	13.227	11.619
30-34	28.196	15.117	13.079
35-39	26.582	14.272	12.310
40-44	25.210	13.062	12.148
45-49	23.816	12.343	11.473
50-54	20.334	10.551	9.783
55-59	17.618	9.086	8.532
60-64	16.093	8.017	8.076
65-69	12.435	6.125	6.310
70-74	13.906	6.445	7.461
75-79	12.992	5.796	7.196
80-84	9.807	3.910	5.897
85 y más	8.038	2.576	5.462
TOTAL	317.501	160.342	157.159

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Riesgo de mala salud mental

La salud mental de la población adulta (de 16 y más años) se ha valorado en la Encuesta Nacional de Salud para el año 2006 con el *Cuestionario de Salud General de 12 preguntas* (GHQ-12). Este cuestionario permite hacer un cribado poblacional detectando la prevalencia de casos probables de morbilidad psiquiátrica o de malestar psicológico, explorando el estado del encuestado durante el último mes respecto a su estado habitual.

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



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

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

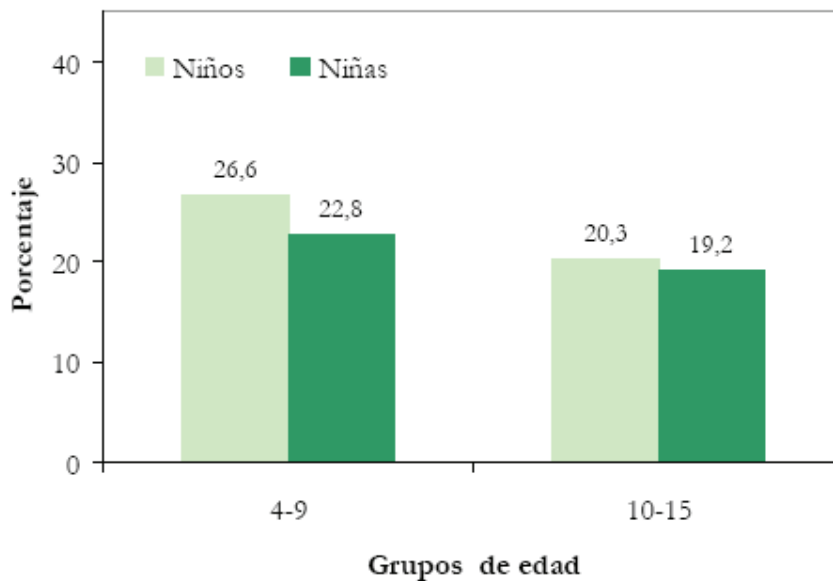
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total Nacional	21,3	15,5	26,8

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

Se puede observar que en 2006, un 21,3% de la población española adulta encuestada estaba riesgo de mala salud mental, siendo éste más elevado en mujeres (26,8%) que en hombres (15,6%). El riesgo de mala salud mental era más alto en edades más avanzadas. Así, en la población de 75 y más años éste era de 39,5% entre las mujeres y el 25,0% entre los hombres.

En población infantil, la salud mental se valoró con el *Cuestionario de Capacidades y Dificultades* (SDQ). Este instrumento detecta casos probables de trastornos mentales y del comportamiento en niños (p.ej., síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, etc.).

Figura. Riesgo de mala salud mental infantil (%), según grupo de edad y sexo (ESPAÑA)



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

Tabla. Riesgo de mala salud mental infantil (%), de 4 a 15 años, según sexo (ESPAÑA)

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total Nacional	22,1	23,2	21

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

En 2006, el 22,1% de la población infantil con edades comprendidas entre los 4 y 15 años estaba en riesgo de mala salud mental, siendo éste del 23,2% en niños y 21% en niñas. En la figura se muestra el porcentaje de población infantil con mala salud mental según grupos de edad y sexo. Se observa que el grupo de 4-9 años presentaba un mayor riesgo de mala salud mental (en ambos sexos) que en el grupo con edades comprendidas entre 10-15 años. Llama la atención que en el grupo de edad de 10 a 15 años las niñas no superan a los niños tal y como se constata en estudios epidemiológicos sobre estos grupo de edad.

La prevalencia de mala salud mental en población infantil española, puede considerarse elevada teniendo en cuenta datos de otras encuestas de salud como la nacional de Irlanda (15,8%), Escocia (17,3%), Inglaterra (18,9%) o la desarrollada en Cataluña en el año 1994 (12,5%). Sin embargo, son semejantes a los encontrados en la Encuesta de Salud del Norte de Irlanda (23,6%).

Morbilidad Psiquiátrica

Otros datos que nos aporta la Encuesta Nacional de Salud del año 2006 es la morbilidad psiquiátrica. Se pregunta acerca de si la persona "padece o ha padecido", dentro de un listado de problemas, "depresión, ansiedad u otros trastornos mentales". En caso de respuesta afirmativa, se pregunta a continuación si "lo ha padecido en los últimos 12 meses" y si "le ha dicho un médico que lo padece".

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

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total Nacional	11,5	6,6	16,3

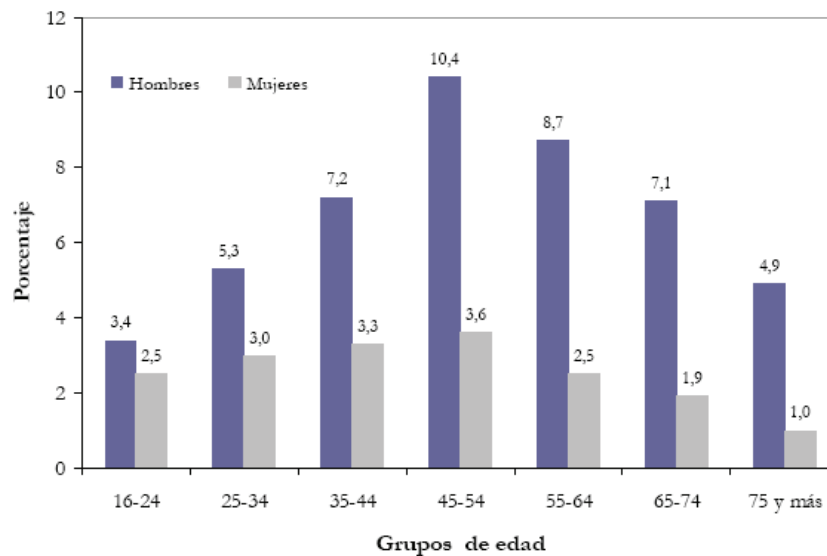
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Política Social.

En población de 16 y más años, la prevalencia declarada de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales se situó en el 11,5%, siendo llamativa la diferencia entre sexos, ya que es más del doble en el caso de las mujeres (16,3%) que en el de los hombres (6,6%). Es necesario tener presente esta diferencia entre sexos, teniendo en cuenta la constante mayor prevalencia entre las mujeres, que sugiere la necesidad de atención específica a la misma. Se observa una de prevalencia autodeclarada de trastornos mentales similar a la obtenida en estudios epidemiológicos de población general en España.

Alcohol. Porcentaje de bebedores en riesgo de abuso alcohol

Se considera bebedor de riesgo a aquella persona bebedora habitual, cuyo consumo de alcohol equivale a más de 40 g/día, para el caso del hombre, y de 20 g/día para el caso de la mujer (en población de 16 y más años).

Figura. Consumo de alcohol con riesgo para la salud, según grupo de edad (años) y sexo.



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

Tabla. Consumo de alcohol con riesgo para la salud (en %), según sexo.

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total Nacional	4,7	6,8	2,7

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

El porcentaje de personas con un consumo elevado de alcohol, considerado de riesgo, se sitúa en el 4,7% de la población española, siendo este consumo muy superior en los hombres (6,8%) que en las mujeres (2,7%)

En la figura se observa cómo el grupo de edad de 45 a 54 años acumula el mayor porcentaje de este tipo de bebedores, llegando hasta el 10,4% para el caso del hombre. Si bien dicho grupo de edad es también el de mayor consumo en el caso de la mujer (3,6%), se mantiene una elevada diferencia respecto al hombre. Dicha diferencia entre sexos de esta práctica de riesgo se observa en todos los grupos de edad, si bien entre los jóvenes esta diferencia es menos acusada.

Se confirma que en el consumo de alcohol aparece otra diferencia por sexos, debida a la socialización de género y para cuya prevención y asistencia debe tratarse de intervenir sobre las actitudes de género.

Consumo de drogas. Porcentaje de personas que declaran consumir drogas.

A continuación se presentan datos de consumo de drogas procedentes de la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas (E.D.A.D.E.S.) en España (últimas cifras referidas a 2007).

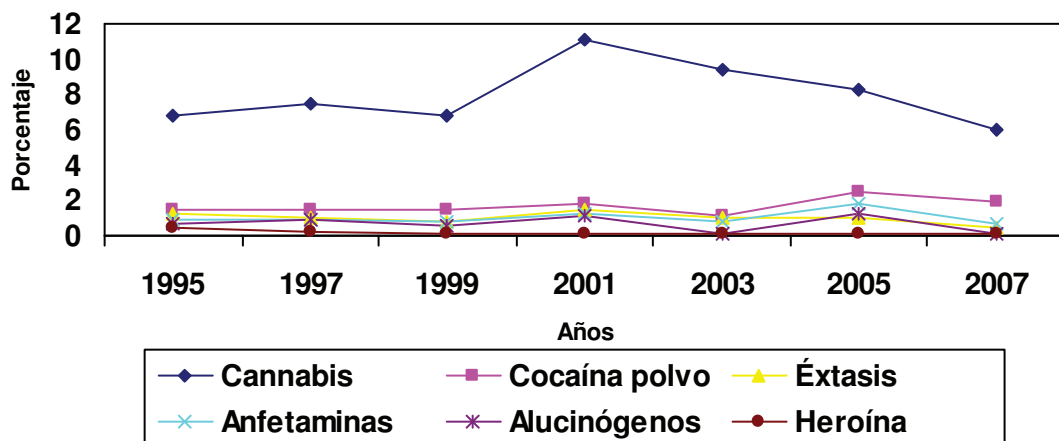
Tabla. Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses, en la población española de 16 a 64 años, según sexo y tipo de sustancia. 2001 – 2007 (%).

TIPO SUSTANCIA	AMBOS SEXOS				HOMBRES				MUJERES				
	Año	2001	2003	2005	2007	2001	2003	2005	2007	2001	2003	2005	2007
Cannabis		11,1	9,4	8,3	6	16,7	13,6	11,6	9,2	5,5	5,1	4,6	2,9
Cocaína polvo		1,8	1,1	2,5	1,9	3,2	1,5	4,1	3,5	0,5	0,7	0,8	0,3
Éxtasis		1,5	1,0	1,0	0,4	2,6	1,5	1,7	0,8	0,3	0,6	0,2	0,1
Anfetaminas/Speed		1,3	0,8	1,8	0,7	2,1	1,4	3,2	1,4	0,5	0,4	0,2	0,1
Alucinógenos		1,1	0,1	1,2	0,1	1,6	0,2	2,1	0,1	0,5	0,1	0,2	0,1
Heroína		0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Fuente: MSPS. DGPNSD. Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES), (2001 – 2007) / Encuesta sobre Consumo de Drogas en La Rioja 2001-2007.

En la figura se muestra la evolución del consumo de drogas (por tipo de sustancia) durante los últimos años.

Figura. Consumo de drogas según tipo de sustancia y año.



Fuente: MSPS. DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES). 2001-2007 / Encuesta sobre Consumo de Drogas en la Rioja

Entre la población de 15 a 64 años, la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo es el cannabis, por delante de la cocaína, el éxtasis, las anfetaminas, los alucinógenos o la heroína. Este patrón presenta diferencias por género muy significativas, siendo la prevalencia de consumo de casi todas las drogas ilegales en el hombre, el doble de la de las mujeres. Como datos concretos, es de destacar que, en 2007, el 6 % de la población entre 15 y 64 años de la Rioja declaró haber consumido cannabis (doce meses anteriores a la encuesta), 9,2 % de hombres y 2,9 % de mujeres; Se observa una tendencia al descenso o estabilización de la prevalencia de su consumo.

Por lo que respecta a los últimos datos obtenidos de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (E.S.T.U.D.E.S) de 2008, dirigida a población de 14 a 18 años, se observa que el cannabis continúa siendo la sustancia con mayor prevalencia de consumo por delante de la cocaína, los alucinógenos, las anfetaminas, el éxtasis o la heroína. Concretamente, el 30,5 % de los jóvenes declaró haber consumido cannabis en el último año anterior a la encuesta, con un porcentaje del 33,5 % en los hombres y del 27,5 % en el caso de las mujeres.

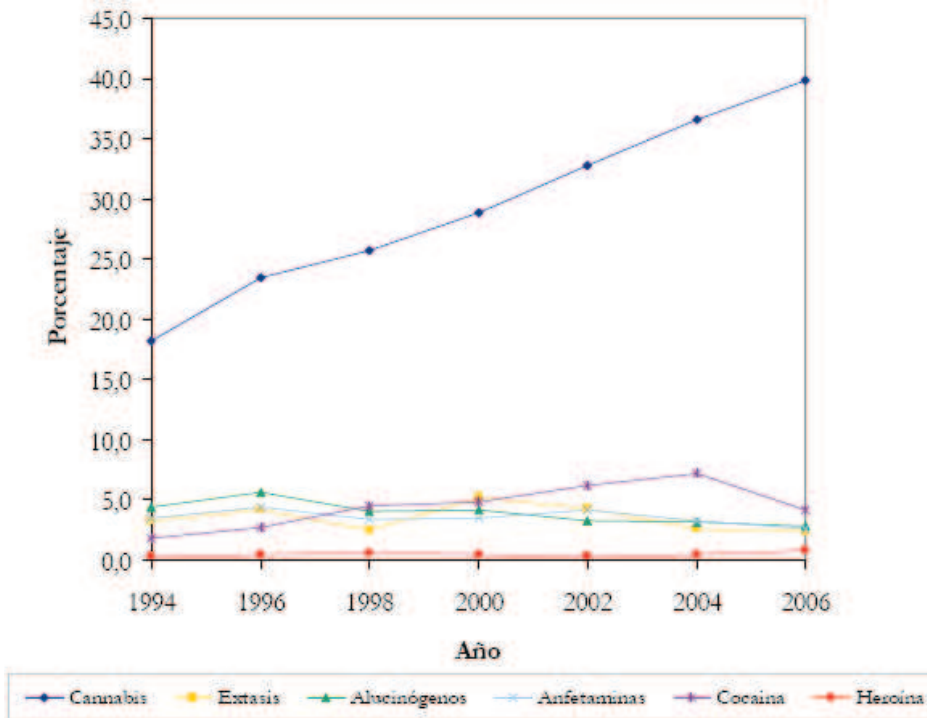
Tabla. Evolución de la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas durante los 12 últimos meses, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes) España 2002-2008.

Tipo de sustancia	Ambos sexos				Hombres				Mujeres				
	Año	2002	2004	2006	2008	2002	2004	2006	2008	2002	2004	2006	2008
Cannabis		32,8	36,6	39,8	30,5	36,2	39,4	31,6	33,5	29,8	33,7	28,2	27,5
Cocaína		6,2	7,2	4,1	3,6	4,8	4,3	3,3	4,9	5,1	5,1	3,1	2,4
Alucinógenos		3,2	3,1	2,8	2,7	4,4	4,4	4,1	3,9	2	1,8	1,6	1,7
Anfetaminas		4,1	3,3	2,6	2,5	4,8	4,3	3,3	3,2	3,4	2,3	2	1,8
Éxtasis		4,3	2,6	2,4	1,9	4,7	3,3	3,3	2,6	3,8	1,9	1,6	1,3
Heroína		0,3	0,4	0,8	0,7	0,4	0,8	1,2	1,1	0,2	0,1	0,3	0,4

Fuente: MSPS. DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) (2002/2008)

En cuanto a la evolución de las prevalencias de consumo de drogas en estas edades durante los últimos años (1994-2006), se constata, en términos generales un incremento sustancial en el consumo de cannabis, a la par que un mantenimiento en la tendencia de consumo de las otras drogas ilegales, como se puede apreciar en la siguiente gráfica.

Figura. Consumo de drogas en adolescentes según tipo de sustancia y año



Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES)

En términos generales, se observa un incremento sustancial en el consumo de cannabis en el periodo (1994/2006) que se estabiliza en los últimos años. En tanto hay un consumo diferencial por género debería hacerse intervenciones teniendo en cuenta la perspectiva de género.

No se consigue disminuir la tendencia del consumo de drogas ilegales entre la población más joven. En el caso del cannabis se debe tratar de intensificar las intervenciones en este grupo de edad.

3.3. INDICADORES DE ATENCIÓN

3.3.1. MORBILIDAD ATENDIDA

La atención a la patología psiquiátrica en nuestra Comunidad, al igual que la del resto de España muestra una línea creciente desde hace 20 años. En este aumento de la prevalencia se incluyen todos los grupos diagnósticos, pero sobre todo los que han venido en llamarse trastornos mentales comunes. La atención a los menores de 15 años ha experimentado un incremento del 143 por cien en los últimos 10 años, básicamente por el aumento de los trastornos del comportamiento. En los mayores de 65 años el incremento ha sido del 33 por cien en el mismo periodo de tiempo. La población adulta comprendida entre los 15 y 65 años incrementa su contacto con la Red de Salud Mental en un 29 por cien en base a los ya mencionados trastornos mentales comunes. La tasa de incidencia sufre mínimas oscilaciones que tampoco afectan de forma notable a ningún grupo diagnóstico.

Tabla. Evolución de la prevalencia atendida por grupos de diagnóstico y edad. Red de Salud Mental de La Rioja.
Tasas de prevalencia / 1000 hab.

GRUPOS EDAD < de 15 años						
GRUPOS DE DIAGNOSTICO	1999	2000	2001	2002	2006	2008
TM Orgánicos y Sintomáticos			0,03	0,06		
T.M. Alcohol						0,03
T.M. Opiáceos						
T.M. Otras drogas				0,06		0,03
Esquizofrenia /Ideas Delirantes	0,05	0,03		0,03		0,03
Trast. Humor (afectivos)	0,28	0,15	0,43	0,77	0,36	0,28
Trast.Neuróticos y Somatomorfos	1,98	2,48	2,60	2,77	2,63	2,15
Trast . Comport./Disfuncion fisiologica/ F.somaticos			0,71	0,66	0,73	0,25
Trast Personalidad y Comport.Adulto	0,18	0,12	0,11	0,20	0,18	0,12
Retraso mental	0,20	0,32	0,17	0,23	0,12	0,25
Trast. Específicos	5,32	5,48				
Tras del Desarrollo Psicologico			1,03	1,74	2,39	2,62
Trast.Comport/Emoción Infanc-Adolescencia			4,25	6,02	10,42	15,27
Otros	3,30	3,50	3,05	2,77	5,26	6,49
TOTAL	11,31	12,07	12,39	15,30	22,08	27,54

GRUPOS EDAD 15-64 años						
GRUPOS DE DIAGNOSTICO	1999	2000	2001	2002	2006	2008
TM Orgánicos y Sintomáticos	0,24	0,22	0,20	0,24	0,30	0,36
T.M. Alcohol	0,96	0,94	0,90	1,08	1,10	1,49
T.M. Opiáceos	2,03	2,34	2,34	2,15	1,88	1,93
T.M. Otras drogas	0,28	0,46	0,46	0,76	1,31	1,04
Esquizofrenia /Ideas Delirantes	3,15	3,30	3,36	3,44	3,51	3,87
Trast. Humor (afectivos)	7,97	7,73	7,85	8,01	7,04	6,91
Trast.Neuróticos y Somatomorfos	7,99	8,50	9,07	9,57	10,86	12,21
Trast . Comport./Disfuncion fisiologica/ F.somaticos			0,72	0,80	0,79	0,81
Trast Personalidad y Comport.Adulto	1,14	1,01	1,22	1,30	1,33	1,44
Retraso mental	0,50	0,50	0,45	0,51	0,52	0,57
Trast. Específicos	0,82	0,73				
Tras del Desarrollo Psicologico			0,07	0,07	0,10	0,09
Trast.Comport/Emoción Infanc-Adolescencia			0,24	0,25	0,29	0,55
Otros	2,37	3,19	2,40	2,22	3,98	4,22
TOTAL	27,45	28,92	29,29	30,39	33,00	35,48

GRUPOS EDAD >65 años						
GRUPOS DE DIAGNOSTICO	1999	2000	2001	2002	2006	2008
TM Orgánicos y Sintomáticos	1,64	2,18	1,74	2,00	2,26	2,60
T.M. Alcohol	0,21	0,24	0,39	0,31	0,41	0,41
T.M. Opiáceos	0,00	0,00	0,02	0,02	0,02	0,02
T.M. Otras drogas	0,04	0,02	0,02	0,04	0,00	0,02
Esquizofrenia /Ideas Delirantes	2,18	2,62	2,50	2,83	3,13	3,33
Trast. Humor (afectivos)	12,19	14,50	14,68	15,21	13,94	13,38
Trast.Neuróticos y Somatomorfos	4,80	5,60	5,81	5,37	6,95	6,72
Trast . Comport./Disfuncion fisiologica/ F.somaticos			0,04	0,04	0,15	0,20
Trast Personalidad y Comport.Adulto	0,34	0,50	0,46	0,70	0,51	0,73
Retraso mental	0,16	0,22	0,21	0,23	0,24	0,26
Trast. Específicos	0,05	0,02			0,00	0,00
Tras del Desarrollo Psicologico			0,00	0,00	0,00	0,00
Trast.Comport/Emoción Infanc-Adolescencia			0,04	0,04	0,02	0,02
Otros	1,18	1,82	1,39	1,24	2,33	2,62
TOTAL	22,80	27,72	27,31	28,01	29,96	30,31

Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de La Rioja
*Clasificación Diagnostica 1999 DSMIII-R; 2002 a 2008 CIE-10

Tabla. Evolución de la prevalencia atendida por grupos de diagnóstico.
Red de Salud Mental de La Rioja. Tasas de prevalencia / 1000 hab.

GRUPOS DE DIAGNOSTICO	2002	2006	2008
TM Orgánicos y Sintomáticos	0,54	0,67	0,80
T.M. Alcohol	0,78	0,84	1,12
T.M. Opiáceos	1,46	1,30	1,34
T.M. Otras drogas	0,53	0,90	0,73
Esquizofrenia /Ideas Delirantes	2,86	3,07	3,39
Trast. Humor (afectivos)	8,35	7,78	7,65
Trast.Neuróticos y Somatomorfos	7,82	9,24	10,14
Trast . Comport./Disfuncion fisiologica/ F.somaticos	0,63	0,66	0,63
Trast Personalidad y Comport.Adulto	1,03	1,04	1,17
Retraso mental	0,42	0,42	0,48
Tras del Desarrollo Psicologico	0,27	0,35	0,36
Trast.Comport/Emoción Infanc-Adolescencia	0,94	1,42	2,09
Otros	2,07	3,84	4,21
TOTAL	27,70	31,54	34,11

Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de La Rioja
*Clasificación Diagnostica 1999 DSMIII-R; 2002 a 2008 CIE-10

Tabla. Evolución de la incidencia atendida por grupos de diagnóstico y edad.
Red de Salud Mental de La Rioja. Tasas de prevalencia / 1000 hab.

GRUPOS EDAD < de 15 años			
GRUPOS DE DIAGNOSTICO	2002	2006	2008
TM Orgánicos y Sintomáticos	0,03	0,00	0,00
T.M. Alcohol	0,00	0,00	0,03
T.M. Opiáceos	0,00	0,00	0,00
T.M. Otras drogas	0,00	0,03	0,03
Esquizofrenia /Ideas Delirantes	0,00	0,03	0,00
Trast. Humor (afectivos)	0,25	0,12	0,22
Trast.Neuróticos y Somatomorfos	1,10	0,85	0,78
Trast . Comport./Disfuncion fisiologica/ F.somaticos	0,39	0,36	0,09
Trast Personalidad y Comport.Adulto	0,14	0,00	0,00
Retraso mental	0,11	0,12	0,06
Tras del Desarrollo Psicologico	0,45	0,36	0,37
Trast.Comport/Emoción Infanc-Adolescencia	2,14	2,05	2,87
Otros	3,81	6,07	8,09
TOTAL	8,43	10,00	12,55

GRUPOS EDAD 15-64 años			
GRUPOS DE DIAGNOSTICO	2002	2006	2008
TM Orgánicos y Sintomáticos	0,07	0,05	0,09
T.M. Alcohol	0,37	0,20	0,35
T.M. Opiáceos	0,19	0,18	0,15
T.M. Otras drogas	0,25	0,37	0,35
Esquizofrenia /Ideas Delirantes	0,19	0,25	0,29
Trast. Humor (afectivos)	1,96	1,21	1,11
Trast.Neuróticos y Somatomorfos	3,45	3,60	4,09
Trast . Comport./Disfuncion fisiologica/ F.somaticos	0,35	0,26	0,28
Trast Personalidad y Comport.Adulto	0,20	0,21	0,27
Retraso mental	0,06	0,05	0,07
Tras del Desarrollo Psicologico	0,01	0,01	0,00
Trast.Comport/Emoción Infanc-Adolescencia	0,04	0,04	0,08
Otros	2,22	2,08	2,25
TOTAL	9,36	8,52	9,37

GRUPOS EDAD >65 años			
GRUPOS DE DIAGNOSTICO	2002	2006	2008
TM Orgánicos y Sintomáticos	0,77	0,89	0,76
T.M. Alcohol	0,04	0,12	0,07
T.M. Opiáceos	0,00	0,00	0,00
T.M. Otras drogas	0,00	0,00	0,00
Esquizofrenia /Ideas Delirantes	0,40	0,22	0,17
Trast. Humor (afectivos)	2,55	1,46	1,32
Trast.Neuróticos y Somatomorfos	1,51	1,73	1,59
Trast . Comport./Disfuncion fisiologica/ F.somaticos	0,02	0,09	0,03
Trast Personalidad y Comport.Adulto	0,07	0,12	0,05
Retraso mental	0,02	0,02	0,02
Tras del Desarrollo Psicologico	0,00	0,00	0,00
Trast.Comport/Emoción Infanc-Adolescencia	0,00	0,00	0,00
Otros	1,11	1,27	1,41
TOTAL	6,49	5,91	5,42

Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de La Rioja
*Clasificación Diagnóstica 1999 DSMIII-R; 2002 a 2008 CIE-10

Tabla. Evolución de la incidencia atendida por grupos de diagnóstico.
Red de Salud Mental de La Rioja. Tasas de prevalencia / 1000 hab.

GRUPOS DE DIAGNOSTICO	2002	2006	2008
TM Orgánicos y Sintomáticos	0,21	0,22	0,22
T.M. Alcohol	0,26	0,17	0,25
T.M. Opiáceos	0,13	0,12	0,10
T.M. Otras drogas	0,17	0,25	0,24
Esquizofrenia /Ideas Delirantes	0,21	0,54	0,23
Trast. Humor (afectivos)	1,86	1,14	1,06
Trast.Neuróticos y Somatomorfos	2,77	2,92	3,21
Trast . Comport./Disfuncion fisiologica/ F.somaticos	0,29	0,24	0,21
Trast Personalidad y Comport.Adulto	0,17	0,17	0,19
Retraso mental	0,06	0,05	0,06
Tras del Desarrollo Psicologico	0,06	0,05	0,04
Trast.Comport/Emoción Infanc-Adolescencia	0,30	0,27	0,36
Otros	2,21	2,44	2,72
TOTAL	8,69	8,59	8,90

Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de La Rioja
*Clasificación Diagnóstica 1999 DSMIII-R; 2002 a 2008 CIE-10

Tabla. Prevalencia atendida y frecuentación. La Rioja. 2008.
Unidades de Salud Mental.

GRUPOS DE DIAGNOSTICO	Total Personas Atendidas	Consultas Totales	Nº Consultas Persona/año
TM Orgánicos y Sintomáticos	212	833	3,93
T.M. Alcohol	303	1.524	5,03
T.M. Opiáceos	388	4.366	11,25
T.M. Otras drogas	191	1.808	9,47
Esquizofrenia /Ideas Delirantes	847	7.893	9,32
Trast. Humor (afectivos)	2136	11.375	5,33
Trast.Neuróticos y Somatomorfos	2774	13.061	4,71
Trast . Comport./Disfuncion fisiologica/ F.somaticos	171	978	5,72
Trast Personalidad y Comport.Adulto	311	2.254	7,25
Retraso mental	111	577	5,20
Tras del Desarrollo Psicologico	8	112	14,00
Trast.Comport/Emoción Infanc-Adolescencia	68	279	4,10
Otros	1002	4.869	4,86
TOTAL	8522	49.929	5,86

Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de La Rioja
*Clasificación Diagnostica 1999 DSMIII-R; 2002 a 2008 CIE-10

Tabla. Indicadores hospitalización psiquiátrica. Evolución 1978-2008.
Red de Salud Mental de La Rioja.

Hospital Psiquiátrico

	1978	1988	1998	2002	2008
Camas	534	393	180	180	180
Personas/año	712	427	172	155	102
Ingresos/año	428	218	44	40	5
Estancias	163.790	96.901	54.988	49.564	35.383
Estancia media	230,04	226,93	319,7	319,77	346,89
Índice ocupación	84,03	67,37	83,7	75,44	53,71

Unidad de Corta Estancia

Camas	19	26	26	18
Personas/año	175	290	355	376
Ingresos/año	211	367	466	485
Estancias	2.870	8.290	8.623	5.685
Estancia media	13,02	22,4	18,15	10,86
Índice ocupación	82,09	87,36	90,86	86,29

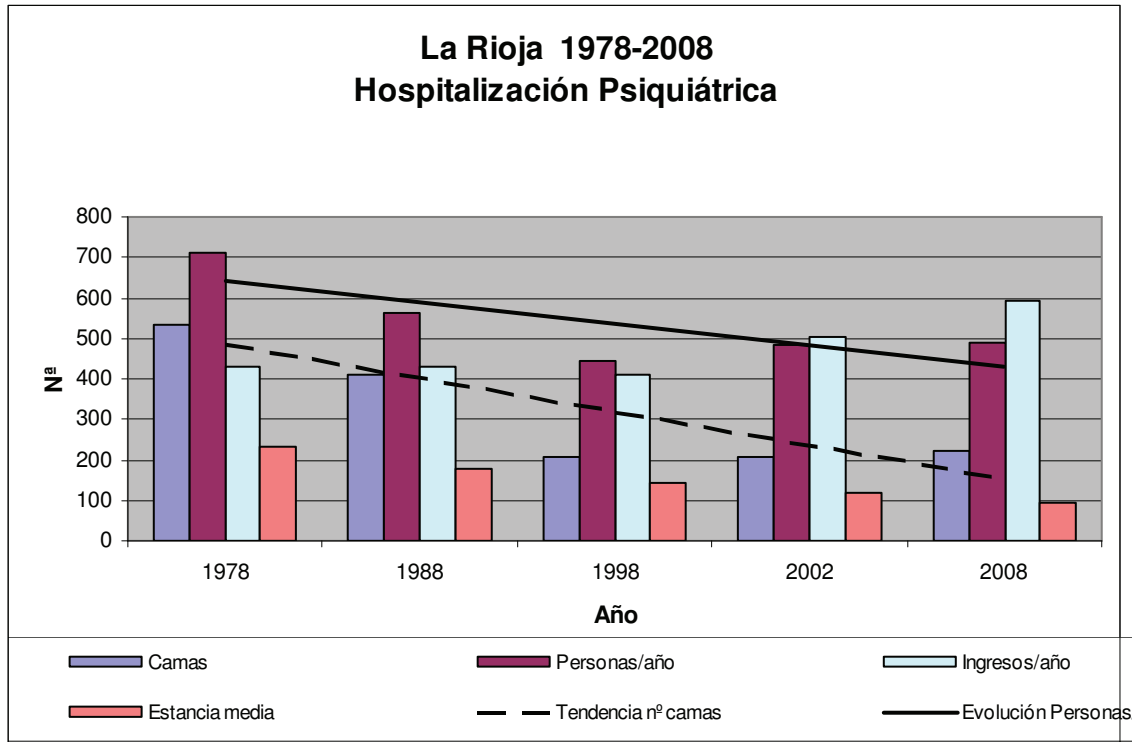
Unidad de Media Estancia

Camas	26
Personas/año	83
Ingresos/año	102
Estancias	3.826
Estancia media	30,84
Índice ocupación	40,21

Total Hospitalización	1978	1988	1998	2002	2008
Camas	534	412	206	206	224
Personas/año	712	563	443	483	487
Ingresos/año	428	429	411	506	592
Estancias	163.790	99.771	63.278	58.187	44.894
Estancia media	230,04	177,21	142,84	120,47	92,18

Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de La Rioja

Grafico. Indicadores hospitalización psiquiátrica. Evolución 1978-2008.
Red de Salud Mental de La Rioja.



Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de La Rioja

Tabla. Hospitalización psiquiátrica en La Rioja 2008.
Unidades de Corta, Media y Larga Estancia. Número de personas ingresadas/Edad/Grupo diagnóstico.

GRUPOS EDAD					
GRUPOS DE DIAGNOSTICO	< de 15	15-64	>65	Total	Tasas/1000 hb
TM Orgánicos y Sintomáticos	0,00	8	15	23	0,08
T.M. Alcohol	0,00	30	3	33	0,12
T.M. Opiáceos	0,00	2	0	2	0,01
T.M. Otras drogas	0,00	26	0	26	0,09
Esquizofrenia /Ideas Delirantes	0,00	166	51	217	0,76
Trast. Humor (afectivos)	0,00	52	33	85	0,30
Trast.Neuróticos y Somatomorfos	1,00	26	3	30	0,10
Trast . Comport./Disfuncion fisiologica/ F.somaticos	2	0	0	2	0,01
Trast Personalidad y Comport.Adulto	0,00	31	4	35	0,12
Retraso mental	0,00	12	11	23	0,08
Tras del Desarrollo Psicologico	0	2	0	2	0,01
Trast.Comport/Emoción Infanc-Adolescencia	0	1	0	1	0,00
Otros	0,00	5	3	8	0,03
TOTAL	3	361	123	487	1,70

Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de La Rioja

Tabla. Hospitalización psiquiátrica en La Rioja 2008.
Unidades de Corta, Media y Larga Estancia.
Episodios de estancia media al alta / Unidad de Hospitalización / Grupo Diagnóstico.

GRUPOS DE DIAGNOSTICO	Unidad Corta Estancia		Unidad Media Estancia		Unidades Larga Estancia		Total Hospitalización
	Episodios	Estancia media	Episodios	Estanc. media	Episodios	Est. media	Episodios totales
TM Orgánicos y Sintomáticos	15	12	7	11			45
T. Ment/comport. Consumo Psicotropos	76	7	8	7			98
Esquizofrenia /Ideas Delirantes	179	10	55	26	11	347	281
Trast. Humor (afectivos)	100	19	15	19	2	2.198	155
Trast.Neuróticos y Somatomorfos	31	7	3	6			47
Trast . Comport./Disfuncion fisiologica/ F.somaticos	3	5					8
Trast Personalidad y Comport.Adulto	58	9	6	9			82
Retraso mental	13	5	6	24	1	1.167	49
Tras del Desarrollo Psicologico	1	14					15
Trast.Comport/Emoción Infanc-Adolescencia	1	7					8
Otros	9	7	2	5	1	6.095	24
TOTAL	486	10,86	102	30,84	15	654	645

Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de La Rioja

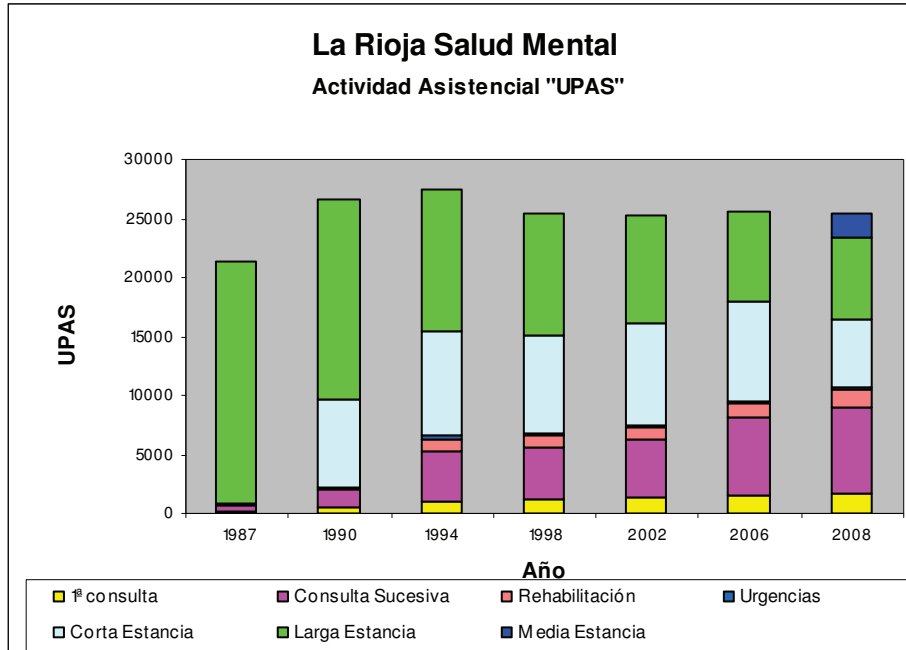
Tabla. La Rioja Red de Salud Mental. Número de consultas / Unidades Ponderadas de Asistencia "UPAS"
Tendencia Evolutiva 1987-2008

Nº Consultas / AÑO	1987	1990	1994	1998	2002	2006	2008
1ª consulta	755	2.249	3.773	4.499	5.389	6.271	7.042
Consulta Sucesiva	3.567	10.140	28.399	29.344	32.624	43.317	47.767
Corta Estancia	0	7.371	8.832	8.290	8.623	8.389	5.685
Media Estancia	0	0	0	0	0	0	3.826
Larga Estancia	102.821	85.351	60.198	51.338	46.297	38.269	35.383
Rehabilitación	0	0	3.818	3.650	3.267	4.114	5.180
Urgencias	500	500	764	609	743	721	688
TOTAL	107.643	105.611	105.784	97.730	96.943	101.081	105.571

UPAS / AÑO	1987	1990	1994	1998	2002	2006	2008
1ª consulta	188,75	562,25	943,25	1.124,75	1.347,25	1.567,75	1.760,50
Consulta Sucesiva	535,05	1.521,00	4.259,85	4.401,60	4.893,60	6.497,55	7.165,05
Corta Estancia	0,00	7.371,00	8.832,00	8.290,00	8.623,00	8.389,00	5.685,00
Media Estancia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.913,00
Larga Estancia	20.564,20	17.070,20	12.039,60	10.267,60	9.259,40	7.653,80	7.076,60
Rehabilitación	0,00	0,00	1.145,40	1.095,00	980,10	1.234,20	1.554,00
Urgencias	150,00	150,00	229,20	182,70	222,90	216,30	206,40
TOTAL	21.438,00	26.674,45	27.449,30	25.361,65	25.326,25	25.558,60	25.360,55

Fuente: elaboración propia, sistema información de Salud Mental de La Rioja

Grafico. La Rioja Red de Salud Mental. Unidades Ponderadas de Asistencia "UPAS"
Tendencia Evolutiva 1987-2008



Fuente: elaboración propia, sistema información de Salud Mental de La Rioja

3.3.2. REINGRESOS

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

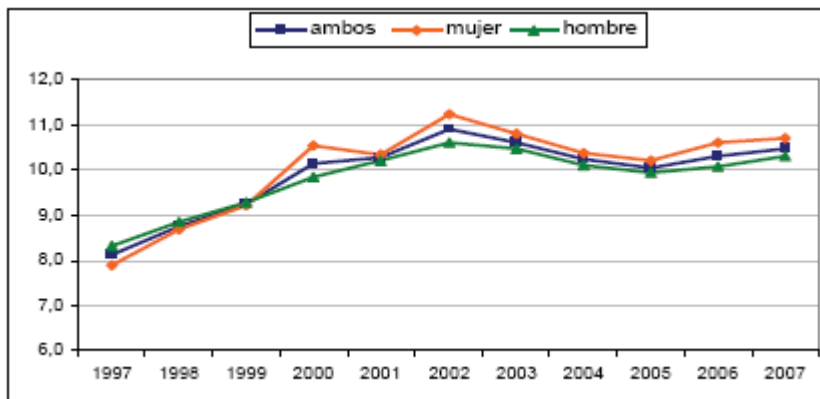
Tabla. Porcentaje de reingresos psiquiátricos (ESPAÑA – 2007)

Total nacional	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
	10,5	10,3	10,7

Fuente: Registro de altas de hospitalización (CMBD) 2007. Ministerio de Sanidad y Política Social.

Como se puede observar los porcentajes por razón de sexo no varían sensiblemente en el total nacional. A continuación, en la siguiente figura se muestra la evolución temporal, a nivel de todo el SNS y para cada sexo, de los reingresos producidos desde el año 1997, en el que se precian pequeñas diferencias entre sexos, siendo estos ligeramente superiores en las mujeres.

Figura. Tasa de reingresos psiquiátricos, por sexo.



Fuente: Registro de altas de hospitalización (CMBD) 2007. Ministerio de Sanidad y Política Social.

3.3.3. CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

El consumo de psicofármacos en La Rioja viene creciendo a un ritmo del 2 por ciento anual en los últimos 4 años. Consumimos anualmente 638.000 envases de estos productos originando un gasto de 8.775.478 euros al año, lo que representa el 11 por cien del gasto farmacéutico total de nuestra Comunidad.

Prescripción de los siguientes grupos terapéuticos en receta oficial en La Rioja

N05A - ANTIPSICÓTICOS			
Año	Envases dispensados	Importe	Gasto
2006	58.790	2.411.343,32	2.389.336,28
2007	61.998	2.633.058,66	2.608.159,84
2008	65.089	2.938.710,35	2.911.356,18
2009	65.711	3.114.897,69	3.087.912,31

N05B - ANSIOLÍTICOS			
Año	Envases dispensados	Importe	Gasto
2006	223.068	586.236,33	501.384,75
2007	230.642	590.266,00	505.119,97
2008	242.981	614.742,23	525.113,16
2009	247.165	621.412,30	531.867,20

N05C - HIPNÓTICOS Y SEDANTES			
Año	Envases dispensados	Importe	Gasto
2006	100.179	315.366,44	294.508,08
2007	107.236	320.810,84	299.712,85
2008	114.486	336.362,47	314.505,83
2009	120.246	349.990,25	326.504,31

N06A - ANTIDEPRESIVOS			
Año	Envases dispensados	Importe	Gasto
2006	162.640	4.682.824,48	4.561.849,79
2007	176.682	4.618.469,69	4.492.525,78
2008	190.743	4.797.292,66	4.664.068,50
2009	204.609	4.968.547,93	4.829.195,81

3.3.4. BAJAS LABORABLES POR ENFERMEDAD MENTAL

Las enfermedades mentales suponen la segunda causa de baja laboral en España y el tercer grupo de enfermedades que origina mas gasto a la Sanidad Publica. En 2002 el coste de estas enfermedades se estimo en 7019 millones de euros ,el uno por ciento del PIB, de los que 2777 millones estaban relacionados con la asistencia sanitaria directa,1245 con los cuidados informales y 2997 con bajas laborales.

	2007	2008	2009
Bajas Tramitadas	2143	2022	1718
Días de baja	140446	147948	135839
Duración media	65,5	73,1	79
% sobre el total de bajas	4,44%	4,38%	4,29%
Diagnóstico destacable	Estados de ansiedad	Estados de ansiedad	Estados de ansiedad
Bajas tramitadas	1199	1147	907
Días de baja	63467	66822	57868
Duración media	53,15 días	57,85 días	62,90 días

3.3.5. SUICIDIO

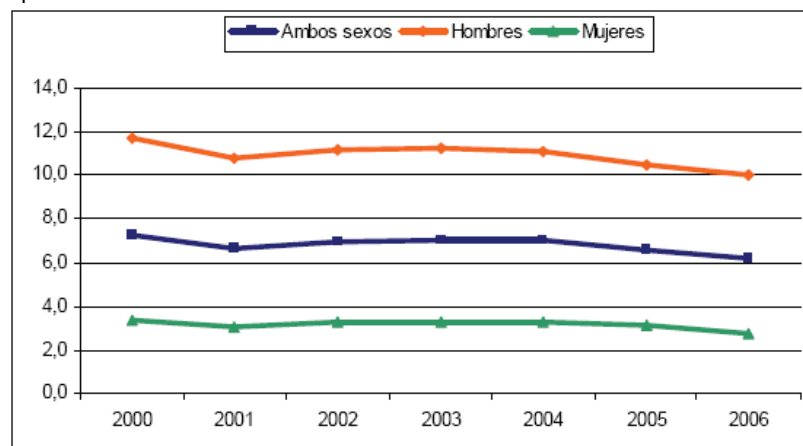
Actualmente, unas cincuenta y ocho mil personas se suicidan cada año en la Unión Europea, cifra que supera la de muertes anuales por accidentes de tráfico, homicidios o VIH/SIDA. Las tasas anuales oscilan desde 3 muertes por cada 100.000 habitantes en Grecia, hasta 24 muertes por cada 100.000 habitantes en Finlandia. Las tasas de suicidio en Europa tienden a disminuir desde 1980, pero siguen estando entre las más altas del mundo. En relación con el género, las tasas de suicidio son superiores entre los hombres. La razón de suicidio según el género del mismo varía entre países de Europa, con una relación hombre/mujer de 3,1. El suicidio, según las predicciones, llegará a ser la décima causa más frecuente de muerte en el mundo en el año 2020.

Los países del sur de Europa, entre ellos España, presentan tasas muy bajas, si bien parece que las diferencias encontradas pueden explicarse porque el método de registro de mortalidad utilizado no es uniforme por países. Esta variación en las tasas de suicidio entre los países también puede ser parcialmente explicada por factores culturales y sociales. En países donde el suicidio está estigmatizado, es más probable que se determine como causa de muerte no definida o indeterminada o por otras causas.

En España, la tasa de suicidio, desde el año 1999 hasta el año 2004, oscila entre 7,83 y 8,42 suicidios por cada 100.000 habitantes. En el año 2006, la tasa de mortalidad por suicidio se situó en 6,23 muertes por cada 100.000 habitantes, siendo esta muy superior en el hombre (10,04) que en la mujer (2,76).

La tasa de mortalidad por suicidio, como ya se ha denotado en la presentación de este documento, ajustado para la edad y el sexo de las personas que padecen un trastorno esquizofrénico es 9 veces mayor que la de la población general. En depresión mayor, el riesgo de suicidio se multiplica por 21; en los trastornos de alimentación por 33 y en los toxicómanos por 86. Según diversos estudios citados por la Organización Mundial de la Salud, entre el 15% y el 20% de los pacientes depresivos y aproximadamente el 10% de las personas con esquizofrenia consuman el suicidio.

Figura. Evolución de la tasa de mortalidad por suicidio ajustada por edad, por 100.000 habitantes.



Fuente: Defunciones según causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística y elaboración propia Ministerio de Sanidad y Política Social,

Durante el periodo comprendido entre los años 2000 y 2006, la tasa de mortalidad por suicidio ha disminuido ligeramente, siendo en 2000 de 7,2 casos por cada 100.000 habitantes, mientras que en 2006 fue de 6,2 casos por cada 100.000 . Por sexo, puede afirmarse que la mortalidad por suicidio es más frecuente en hombres, que cuadruplican la tasa respecto de las mujeres. En la evolución de dicha tasa ajustada desde el año 2000 hasta el 2006, se aprecia que las diferencias por sexo se mantienen a lo largo de la serie.

El principal indicador de resultado disponible en la Comunidad Autónoma de La Rioja es el número de suicidios. En los últimos años, la tasa de mortalidad por suicidio en La Rioja oscila entre 6 y 9 suicidios por cada 100.000 habitantes no existiendo diferencias significativas con la media nacional en la variación de la tasa ni en la distribución por género.

Tabla. Suicidios Comunidad Autónoma de La Rioja 2006, 2007 y 2008

	2006		2007		2008	
	n	Tasa (x 100000)	n	Tasa (x 100000)	n	Tasa (x 100000)
Hombres	23	15	20	13	20	13
Mujeres	5	3	0	0	8	5
TOTAL	28	9	20	6	28	9

Fuente propia

4. OFERTA DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

4.1. DOTACIÓN DE LA OFERTA DE ATENCIÓN

4.1.2. DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN

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

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

UNIDADES DE SALUD MENTAL (USM).

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

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

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

Objetivos: promoción de la salud mental, diagnóstico precoz, mejoría psicopatológica y conductual del paciente desde la asistencia en la comunidad, que permita la intervención de los demás dispositivos comunitarios, garantizando un plan continuado de atención. Coordinación con las Unidades de Hospitalización para asegurar la continuidad de los cuidados al alta del paciente y la calidad de los mismos. Desarrollar líneas de formación e investigación.

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

UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL (USMIJ).

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

La población que atiende actualmente la USMIJ es toda la población de niños y adolescentes menores de 15 años que viven en la CCAA de la Rioja, afiliados y no afiliados a la Seguridad Social. También aquellos que viven en pueblos cercanos de Álava y Navarra con los que tiene concierto la Consejería de Salud. Una vez que entran como caso nuevo, generalmente si siguen tratamiento en la USMIJ no se le da de alta y deriva a la USM de adultos hasta los 18 años.

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

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

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

1. Clínico-Asistencial.

- a. Atender a los pacientes que son remitidos desde A.P. u otros servicios sanitarios.
- b. Realizar interconsulta extrahospitalaria con profesionales sanitarios y educación.
- c. Apoyar y asesorar a los equipos de atención primaria y a otros profesionales de la CCAA.
- d. Derivar a otros dispositivos de la red de asistencia en Salud Mental u servicios relacionados con la infancia.

2. Promoción y Prevención.

3. Coordinación y Gestión.

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

4. Investigación, Formación y Docencia

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

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

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

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

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

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

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

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

En esta unidad, ubicada en la tercera planta (izquierda) del Hospital de La Rioja, se lleva a cabo en régimen de hospitalización la asistencia de pacientes con estancias medias, que presenten una patología psíquica con una evolución subcrónica-crónica, a través de la integración del tratamiento, el cuidado y la rehabilitación. Esta dedicada a pacientes generalmente refractarios a diversos tratamientos en numerosos dispositivos, en los que persiste clínica severa que impide su manejo ambulatorio y su adaptación a un entorno social normalizado. El equipo interdisciplinar de la UHME esta compuesto por médicos psiquiatras, psicólogo clínico, enfermeros especialistas en salud mental, terapeuta ocupacional, auxiliares de enfermería y personal administrativo.

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

CENTRO DE SALUD MENTAL ALBELDA DE IREGUA

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

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

El Centro se estructura en tres dispositivos diferenciados:

1- Unidad de Larga Estancia.

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

2- Unidad de Gerontopsiquiatría y enfermos mentales sociosanitarios.

En su área gerontopsiquiátrica orientada como dispositivo residencial asistido, para enfermos mentales con largos periodos de institucionalización y no externalizables por presentar psicopatología activa que impida una convivencia residencial normalizada y precisan supervisión psiquiátrica específica frecuente. En su área sociosanitaria, destinada a un grupo que se puede denominar “remanente manicomial” para el cual la deseable desinstitucionalización, no se ve favorecida

por el insuficiente desarrollo de las atenciones sociales comunitarias necesarias que ayudasen a compensar la discapacidad y dependencia de largos periodos de hospitalización. Actualmente el ingreso en esta unidad sería bajo estricta indicación psiquiátrica de pacientes mayores de 65 años procedentes de ULE y no externalizables por precisar supervisión psiquiátrica específica constante.

3- Unidad de minusválidos psíquicos.

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

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

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

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

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

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

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

Objetivos: orientados a la plena integración de la persona en su medio, evitando el internamiento, cronificación y recaídas mediante la evaluación individualizada de los pacientes susceptibles de acudir a la U.R.A. y la elaboración y puesta en práctica del Plan Individualizado de Rehabilitación, a través de las actividades

específicas necesarias en las diferentes áreas de intervención. Valoración de los programas y actividades como indicadores del funcionamiento de las prestaciones que oferta la Unidad de Rehabilitación. Coordinación con el entorno socio comunitario y con el resto de dispositivos de la Red de Salud Mental las USM para detectar la población susceptible de beneficiarse de los programas de Rehabilitación Psicosocial y llevar a cabo conjuntamente las actuaciones pautadas en el Plan Individualizado de seguimiento de cada paciente. Desarrollar líneas de formación e investigación.

UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS (UTA)

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

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

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

La Rioja Red de Salud Mental. Camas hospitalarias 2009.

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

Fuente: Subdirección de Salud Mental

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

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

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

4.1.2. RECURSOS HUMANOS

Evolución Recursos Humanos Red Salud mental (La Rioja).
Número de profesionales.

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

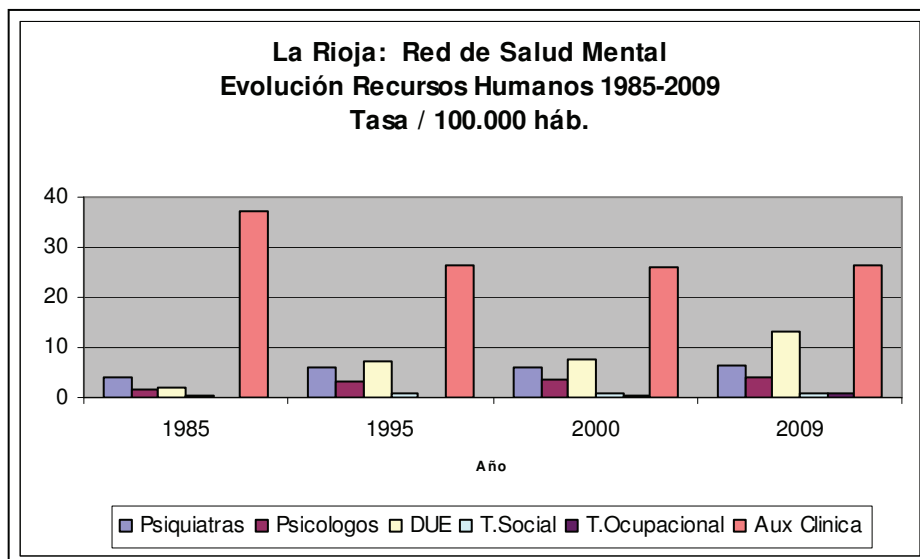
Fuente: propia

Evolución Recursos Humanos Red Salud mental (La Rioja).
Tasas/100.000 hab.

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

Fuente: propia

Figura. Evolución recursos humanos Red de Salud Mental – La Rioja – 1985 – 2009
Tasa / 100.000 háb.



Fuente: propia

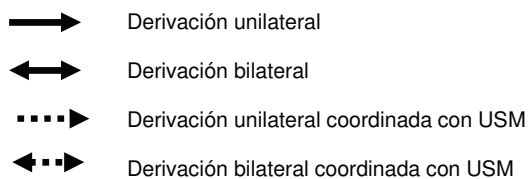
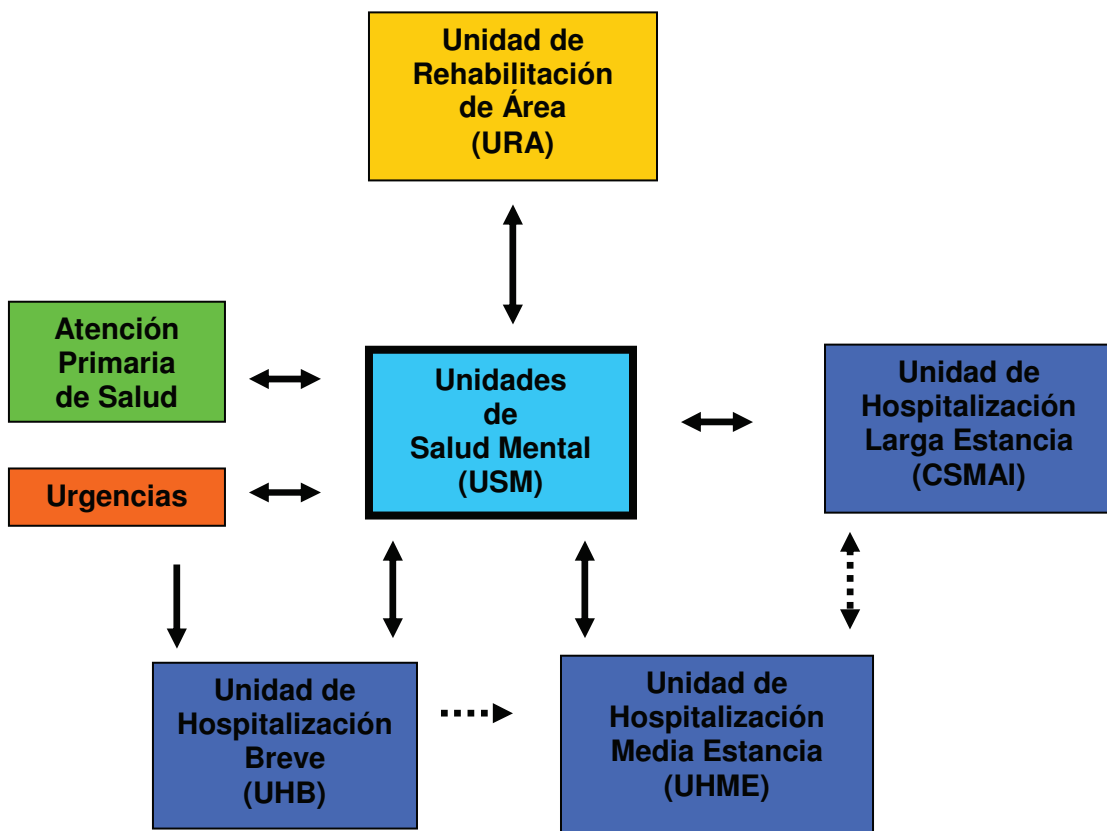
Tabla. Comunidades Autonomas. Recursos humanos de salud mental 2009

CCAA	Psiquiatras		Psicólogos		DUE		T. Ocupacional		Trabajador Social	
	Nº	Tasa/100.000	Nº	Tasa/100.000	Nº	Tasa/100.000	Nº	Tasa/100.000	Nº	Tasa/100.000
La Rioja	20	6,22	13	4,04	37	11,50	2	0,62	2	0,62
Navarra	51	8,09	30,5	4,84	68	10,78	9	1,43	20	3,17
Murcia	70	4,84	59	4,08	52	3,59	13	0,90	16	1,11
Madrid	229	3,59	144	2,25	103	1,61	17	0,27	61	0,96
Galicia	168	6,01	86	3,08	196	7,01	8	0,29	37	1,32
Extremadura	69	6,26	66	5,99	116	10,52	12	1,09	46	4,17
Valencia	314	6,16	165	3,24	270	5,30	10	0,20	NC	
Castilla León	169	6,59	89	3,47	249	9,71	14	0,55	33	1,29
Canarias	56	2,66	51	2,42	43	2,04	2	0,10	19	0,90
Baleares	85	7,76	53	4,84	127	11,59	7	0,64	23	2,10
Asturias	84	7,74	34	3,13	145	13,36	13	1,20	16	1,47
Aragón	109	8,10	60	4,46	149	11,07	NC		48	3,57
Andalucía	501	6,03	259	3,12	592	7,13	49	0,59	120	1,45

Fuente: MSC.Instituto de Información Sanitaria – Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Organización de la atención Salud Mental 2009.
Población: INE Cifras de población referidas al 01/01/2009 Real Decreto 1918/2009, de 11 de diciembre, resumen por Comunidades Autónomas.

4.2. FLUJO Y DERIVACIONES

La atención sanitaria a la salud mental incluye prestaciones de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo, que son dispensadas por diferentes profesionales desde distintos dispositivos sanitarios. Para garantizar la atención integral, se expone a continuación el diagrama de flujos y derivaciones de pacientes entre los distintos dispositivos sanitarios de la Red de Salud Mental del Servicio Riojano de Salud.



5. LÍNEAS ESTRATÉGICAS, OBJETIVOS Y ACCIONES

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

OBJETIVO GENERAL 1	Consolidar la red de atención integral a la salud mental.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	LÍNEAS DE INTERVENCIÓN (ACCIONES)	INDICADORES	
<p>1.1 Desarrollar el modelo de red integral de recursos para la atención a la salud mental, considerando el área de salud como ámbito territorial y de actuación.</p>	<p>1.1.1. Realizar un estudio de adecuación de las plantillas de las Unidades de Salud Mental (USM – USMIJ) que permita mejorar la dotación en recursos humanos de las mismas.</p> <p>1.1.2. Establecer en la Red de Salud Mental una adecuada estructura jerárquica que permita el funcionamiento eficiente de la red.</p> <p>1.1.3. Elaborar y desarrollar un decreto de organización y funcionamiento de los dispositivos de salud mental que permita homogeneizar normas técnicas, criterios, procedimientos y resultados.</p>	<p>1.1.1.1. Existencia del estudio definitorio y adecuación de plantillas.</p> <p>1.1.2.1. Existencia de estructura jerárquica.</p> <p>1.1.3.1. Existencia del documento definitorio.</p>	

<p>OBJETIVO GENERAL 2</p>	<p>Promover la Salud Mental de la población general y de los grupos en riesgo de exclusión social y reducir el estigma asociado a la enfermedad mental.</p>	
<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p>	<p>LÍNEAS DE INTERVENCIÓN (ACCIONES)</p>	<p>INDICADORES</p>
<p>2.1. Aumentar los conocimientos sobre Salud Mental en la población en general.</p>	<p>2.1.1. Crear una guía de información y orientación para el bienestar mental de niños y adolescentes dirigida a padres y educadores que los ayude a comprender los factores de riesgo y de protección.</p> <p>2.1.2. Desarrollar intervenciones de apoyo y cooperación con entidades dedicadas a las personas en riesgo de exclusión social.</p> <p>2.1.3. Desarrollar un proyecto de colaboración con los medios de comunicación sobre hábitos saludables de promoción de la Salud Mental.</p> <p>2.1.4. Realización de actividades de sensibilización y educación para la salud con el objeto de reducir el estigma asociado y promover la Salud Mental.</p>	<p>2.1.1.1 Número de guías de información y orientación para el bienestar mental de niños y adolescentes distribuidas después de la entrada en vigor del Plan de Salud Mental.</p> <p>2.1.2.1. Número de intervenciones de apoyo desarrolladas.</p> <p>2.1.3.1. Número de intervenciones anuales en medios de comunicación sobre hábitos saludables en promoción de Salud Mental.</p> <p>2.1.4.1. Número de actividades de sensibilización y educación para la salud realizadas después de la entrada en vigor del Plan de Salud Mental.</p>

<p>2.2. Mejorar la Prevención de los Trastornos Mentales en la población general y en los grupos de riesgo.</p>	<p>2.2.1. Incrementar la colaboración con los equipos de Atención Primaria, equipos psicopedagógicos y otros agentes comunitarios en la detección de factores de riesgo de las patologías psiquiátricas más prevalentes en la población general y en grupos de riesgo.</p> <p>2.2.2. Realización de actividades de sensibilización y educación para la salud en torno al consumo de drogas en los ámbitos comunitario, laboral y de la Atención Primaria de Salud.</p>	<p>2.2.1.1. Número de actividades desarrolladas e implantadas anualmente en colaboración con Atención Primaria y otros dispositivos.</p> <p>2.2.2.1. Prevalencia del consumo experimental y habitual de las distintas drogas.</p>
---	--	---

OBJETIVO GENERAL 3	Mejorar la atención a las personas afectadas de enfermedad mental de acuerdo a los principios básicos del modelo psicobiocomunitario.	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	LÍNEAS DE INTERVENCIÓN (ACCIONES)	INDICADORES
3.1. Puesta en marcha de un modelo asistencial integrado y participativo.	3.1.1. Creación de una Comisión de Gestión Clínica.	3.1.1.1. Número de intervenciones desarrolladas por la Comisión de Gestión Clínica.

<p>3.2. Mejorar el proceso de atención de las personas afectadas por un trastorno mental común.</p>	<p>3.2.1. Establecer programas específicos de atención a las personas afectadas por un trastorno mental común.</p> <p>3.2.2. Incrementar las actividades psicoterapéuticas grupales en las patologías de alta frecuencia.</p> <p>3.2.3. Fomentar la psicoterapia de tiempo limitado y frecuencia ajustada a la evidencia.</p> <p>3.2.4. Potenciar, entre las intervenciones de los enfermeros de la Red de Salud Mental, el desarrollo de intervenciones de terapia grupal (NIC 5604) con el objeto principal de rehabilitar en déficits y potenciar autocuidados.</p>	<p>3.2.1.1. Existencia de programa específico.</p> <p>3.2.2.1. Número de personas que se benefician de las nuevas psicoterapias implantadas.</p> <p>3.2.3.1. Número de personas que se benefician de las nuevas psicoterapias implantadas.</p> <p>3.2.4.1. Número de personas que se benefician de la intervención de terapia grupal (NIC 5604).</p>
---	--	--

<p>3.3. Reforzar el programa de apoyo a la Atención Primaria en cuanto a la mejora del diagnóstico y tratamiento precoz de las patologías más prevalentes.</p>	<p>3.3.1. Asignar un profesional del Equipo de Salud Mental como enlace para cada Zona Básica de Salud.</p> <p>3.3.2. Establecer estrategias de comunicación, cooperación y responsabilidad compartida.</p> <p>3.3.3. Elaborar e implantar protocolos de actuación consensuados para la actuación en Salud Mental y Conductas Adictivas en el ámbito de Atención Primaria.</p>	<p>3.3.1.1. Número de ZBS con profesional de referencia de Salud Mental asignado.</p> <p>3.3.2.1. Nivel de satisfacción de los profesionales de Atención Primaria respecto a su enlace de referencia en la red de Salud Mental de la ZBS.</p> <p>3.3.3.1. Número de protocolos de atención a pacientes de Salud Mental con soporte documental.</p>
--	--	--

<p>3.4. Desarrollar programas específicos de atención a la infancia y adolescencia.</p>	<p>3.4.1. Establecimiento de protocolos de actuación en trastorno mental grave infanto-juvenil, trastorno de la conducta alimentaria, trastornos adictivos. Establecer, para los niños y adolescentes con trastornos mentales en tratamiento, un plan individualizado de atención.</p> <p>3.4.2. Establecimiento de protocolos de actuación en TMG en niños y adolescentes.</p> <p>3.4.3. Establecimiento de protocolos de actuación en hospitalización en niños y adolescentes.</p> <p>3.4.4. Creación de un Hospital de día Infanto-Juvenil.</p> <p>3.4.5. Apoyar terapéuticamente a las familias de menores con trastorno mental grave infanto-juvenil, trastorno de la conducta alimentaria, trastornos adictivos y hospitalización breve, de forma coordinada con los servicios sociales de atención a la familia.</p> <p>3.4.6. Establecer protocolos de atención a las urgencias psiquiátricas y situaciones de crisis, en función de la edad y en colaboración con los distintos sectores implicados.</p>	<p>3.4.1.1. Existencia de protocolos específicos.</p> <p>3.4.2.1. Existencia de protocolos específicos.</p> <p>3.4.3.1. Existencia de protocolos específicos.</p> <p>3.4.4.1. Puesta en marcha del dispositivo.</p> <p>3.4.5.1. Número de intervenciones con familias.</p> <p>3.4.6.1. Existencia de protocolos específicos.</p>
---	---	--

	<p>3.4.7. Disponer / coordinar con Servicios Sociales de un sistema de acompañamiento o tutelaje para los niños con problemas psíquicos pertenecientes a familias desestructurada o marginales con el fin de evitar abandonos terapéuticos en los casos más desfavorecidos.</p>	<p>3.4.7.1. Existencia de sistemas de tutelaje específicos.</p>
--	---	---

<p>3.5. Desarrollar programas de atención a los trastornos mentales graves (TMG) en el adulto.</p>	<p>3.5.1. Establecer un programa individualizado de atención (PIA) intensivo y precoz, desde las Unidades de Salud Mental, que recoja todo tipo de intervenciones e incluya gestor del caso (Enfermero Especialista en Salud Mental), tutor (Psiquiatra de referencia) y criterios de evaluación.</p> <p>3.5.2. Establecer protocolos específicos de atención al TMG que aseguren la continuidad de cuidados y la eficiencia de los mismos.</p> <p>3.5.3. Implantar protocolos específicos de atención a pacientes con tratamientos no voluntarios definiendo pautas de actuación y monitorización de la medida(intervención domiciliaria, traslados, contención física, vigilancia judicial, etc.).</p> <p>3.5.4. Creación e implantación de un Hospital de día.</p> <p>3.5.5. Creación de una Unidad de Estado Mental de Riesgo para estudio y puesta en marcha de estrategias de actuación en las fases prodrómicas del TMG.</p>	<p>3.5.1.1. Porcentaje de pacientes con trastorno mental grave con programa individualizado de atención (PIA).</p> <p>3.5.2.1. Existencia de protocolos específicos.</p> <p>3.5.3.1. Existencia de protocolos específicos.</p> <p>3.5.4.1. Puesta en marcha del dispositivo.</p> <p>3.5.5.1. Número de intervenciones desarrolladas desde la Unidad de Estado Mental de Riesgo.</p>
--	---	---

	<p>3.5.6. Potenciar, entre las intervenciones de los enfermeros de la Red de Salud Mental, el desarrollo de intervenciones de terapia grupal (NIC 5604) con el objeto principal de rehabilitar en déficits y potenciar autocuidados.</p> <p>3.5.7. Desarrollar un programa individualizado con el objeto de la reinserción social y rehabilitación evitando la institucionalización del TMG.</p> <p>3.5.8. Fomentar, entre las intervenciones de los enfermeros de las Unidades de Salud Mental, la atención domiciliaria como intervención básica para la continuidad de cuidados.</p>	<p>3.5.6.1. Número de personas que se benefician de la intervención de terapia grupal (NIC 5604).</p> <p>3.5.7.1. Número de pacientes incluidos en programas individualizados de reinserción y rehabilitación social.</p> <p>3.5.8.1. Número de personas que se benefician de la atención domiciliaria.</p>
--	---	---

<p>3.6. Implantar un programa de atención a pacientes con Patología Dual (trastornos adictivos y comorbilidad psiquiátrica) en las Unidades de Salud Mental.</p>	<p>3.6.1. Elaboración y aplicación del protocolo para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con Patología Dual (trastornos adictivos y comorbilidad psiquiátrica).</p>	<p>3.6.1.1. Existencia de protocolo específico.</p>
--	--	---

<p>3.7. Optimizar la atención a pacientes con problemas derivados de la adicción.</p>	<p>3.7.1. Elaboración de protocolos para el tratamiento de problemas derivados de la adicción en las Unidades de Salud Mental.</p> <p>3.7.2. Elaboración de protocolos de prescripción y dispensación de sustitutivos opiáceos (Metadona, Buprenorfina) .</p> <p>3.7.3. Establecer el protocolo de derivación de ingreso en centros de carácter residencial para el tratamiento de deshabituación por consumo de alcohol u otras drogas.</p>	<p>3.7.1.1. Existencia de protocolo/s específico/s.</p> <p>3.7.2.1. Existencia de protocolo específico.</p> <p>3.7.3.1. Existencia de protocolo específico.</p>
---	--	---

<p>3.8. Desarrollar programas específicos de atención a las personas mayores.</p>	<p>3.8.1. Establecer programas específicos para la detección precoz de patología mental en personas mayores.</p> <p>3.8.2. Establecer protocolos específicos de atención a la patología mental mas prevalente en las personas mayores (depresión mayor, demencia, ...)</p>	<p>3.8.1.1. Existencia de programas específicos.</p> <p>3.8.2.1. Existencia de protocolos específicos.</p>
---	--	--

OBJETIVO	Promover una mejor coordinación intra e interinstitucional para conseguir
----------	---

GENERAL 4	actuaciones integradoras para los pacientes psíquicos en sus diferentes vertientes.	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	LÍNEAS DE INTERVENCIÓN (ACCIONES)	INDICADORES
<p>4.1. Aumentar la coordinación entre los distintos dispositivos de atención a la Salud Mental.</p>	<p>4.1.1. Coordinación de dispositivos de la Red de Salud Mental a través de la Comisión de Gestión Clínica.</p> <p>4.1.2. Crear la figura del gestor de casos como garantía de mejora para la continuidad de cuidados entre niveles y dispositivos. El gestor de casos será un Enfermero Especialista en Salud Mental encargado del contacto con el paciente, la familia, el equipo de atención primaria y otros agentes comunitarios, manteniendo la continuidad de cuidados y el apoyo a los familiares y cuidadores a través de la atención domiciliaria con especial énfasis para aquellas personas que tengan dificultades de accesibilidad a la red.</p> <p>4.1.3. Informatización integral de toda la Red de Salud Mental del Servicio Riojano de Salud con acceso a Historia Clínica Electrónica Única desde todos los dispositivos de la Red.</p> <p>4.1.4. Potenciar el uso, entre los profesionales de la Red, de bases documentales propias compartidas "Documentos apoyo".</p>	<p>4.1.1.1. Número de intervenciones desarrolladas por la Comisión de Gestión Clínica destinadas a coordinación de dispositivos.</p> <p>4.1.2.1. Número de Enfermeros Especialistas gestores de casos.</p> <p>4.1.2.2. Número de pacientes adscritos a programa de Gestión de Casos.</p> <p>4.1.3.1. Nº de dispositivos con acceso a la Historia Clínica Electrónica Única.</p> <p>4.1.4. Nº de documentos disponibles para consulta en la aplicación SELENE "Documentos apoyo."</p>

<p>4.2. Aumentar la coordinación entre los equipos de Atención primaria y los equipos de salud mental.</p>	<p>4.2.1. Elaboración de un Programa de Coordinación entre Atención Primaria y la Red de Salud Mental.</p>	<p>4.2.1.1. Implantación del Programa de Coordinación con Atención Primaria.</p>
--	--	--

<p>4.3. Promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y ámbitos comunitarios involucrados en la mejora de la Salud Mental.</p>	<p>4.3.1. Crear una comisión interinstitucional que aborde integralmente las necesidades de las personas con trastornos mentales (residencia, empleo, ocio, tiempo libre, etc.).</p> <p>4.3.2. Establecer foros de participación de familiares, pacientes de Salud Mental y profesionales.</p> <p>4.3.3. Definir el papel asistencial y/o de sensibilización a desempeñar por las Asociaciones y otras entidades colaboradoras que trabajan en el campo de la Salud Mental y Adicciones.</p> <p>4.3.4. Establecer acuerdos de colaboración.</p> <p>4.3.5. Potenciar la relación con la Consejería de Servicios Sociales, especialmente en lo referente al desarrollo autonómico de la “Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia”</p> <p>4.3.6. Diseñar e implantar un modelo de coordinación con las instituciones de Servicios Sociales, Educación, y Empleo que garantice la atención integral en los diferentes estadios evolutivos de la patología mental.</p>	<p>4.3.1.1. Número de intervenciones de la comisión socio-sanitaria.</p> <p>4.3.2.1. Número de foros realizados por las asociaciones de pacientes.</p> <p>4.3.3.1. Existencia del documento definitorio.</p> <p>4.3.4.1. Número de acuerdos de colaboración.</p> <p>4.3.5.1. Nº de intervenciones coordinadas con la Consejería de Servicios Sociales en relación a la aplicación de la “Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia” en el paciente mental.</p> <p>4.3.6.1. Número de intervenciones realizadas con las diferentes instituciones.</p>
---	---	--

	<p>4.3.7. Diseñar e implantar un modelo de coordinación con las instituciones de Justicia que garantice la atención integral del paciente, especialmente en cumplimiento de la Ley de Enjuiciamiento Civil y la Ley de Enjuiciamiento Criminal.</p> <p>4.3.8. En coordinación con las instituciones de Justicia, establecer programas relativos a las necesidades de medidas penales alternativas a los ingresos en Prisión para pacientes de La Rioja.</p>	<p>4.3.7.1. Número de intervenciones realizadas con las instituciones de justicia.</p> <p>4.3.8.1. Número de intervenciones realizadas con el objeto de establecer programas específicos.</p>
--	---	---

OBJETIVO GENERAL 5	Desarrollo de la formación, docencia e investigación en Salud Mental.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	LÍNEAS DE INTERVENCIÓN (ACCIONES)	INDICADORES	
5.1. Aumentar los conocimientos sobre Salud Mental en los profesionales del Servicio Riojano de Salud.	5.1.1. Desarrollo de actividades de formación continuada con el objeto de aumentar los conocimientos en Salud Mental en el ámbito laboral de la Atención Especializada y Atención Primaria de Salud.	5.1.1.1. Número de actividades de formación continuada realizadas después de la entrada en vigor del Plan de Salud Mental.	

<p>5.2. Fomentar el desarrollo de la formación especializada en Salud Mental.</p>	<p>5.2.1 Crear la categoría de Enfermero/a Especialista en Salud Mental.</p> <p>5.2.2. Crear la Unidad Docente Multiprofesional para la formación de Psiquiatra Interino Residente (MIR), Psicólogo Interino Residente (PIR) y de Enfermero Interino Residente (EIR).</p>	<p>5.2.1.1. Número de plazas en el Servicio Riojano de Salud de la categoría de Enfermero/a Especialista en Salud Mental.</p> <p>5.2.2.1. Existencia de Unidades Docentes Multiprofesionales (MIR, PIR, EIR).</p>
---	---	---

<p>5.3. Fomentar la Investigación epidemiológica y clínica en Salud Mental.</p>	<p>5.3.1. Potenciar la investigación en salud mental en el Servicio Riojano de Salud.</p> <p>5.3.2. Convocatoria de becas de investigación anuales.</p> <p>5.3.3. Desarrollar estudios epidemiológicos que permitan conocer la incidencia del trastorno mental así como los factores asociados a la enfermedad.</p> <p>5.3.4. Potenciar el funcionamiento del “Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos”.</p>	<p>5.3.1.1. Número de líneas de investigación en Salud Mental existentes.</p> <p>5.3.2.1. Número de becas de investigación en Salud Mental convocadas anualmente después de la entrada en vigor del Plan de Salud Mental.</p> <p>5.3.3.1. Nº de estudios epidemiológicos en salud mental realizados.</p> <p>5.3.4.1. Dotación de personal específico y cualificado.</p> <p>5.3.4.2. Actualización de la aplicación informática de soporte del “Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos”.</p> <p>5.3.4.3. Implantación de un sistema de devolución de información de interés a los profesionales de la Red de Salud Mental y Atención Primaria.</p> <p>5.3.4.4. Número de documentos elaborados por el “Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos” remitido a profesionales de la Red de Salud Mental.</p>
---	--	---

	5.3.5. Diseñar un Plan de investigación coordinado entre la Universidad de La Rioja y la Red de Salud Mental.	5.3.5.1. Existencia de un Plan de investigación coordinado.
--	---	---

6. CALIDAD, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Para el seguimiento y evaluación del Plan de Salud Mental de La Rioja 2010 / 2015 se prevé la creación de un Comité de evaluación y seguimiento específico, **el Comité de Salud Mental de La Rioja**. Este Comité estará formado por un equipo interdisciplinar con responsabilidad en la mejora de la Salud Mental de la Comunidad Autónoma y velará por el adecuado cumplimiento del Plan de Salud Mental de La Rioja 2010 / 2015. Este Comité de evaluación y seguimiento estará compuesto por, al menos, dos psiquiatras, dos psicólogos clínicos y dos enfermeros especialista en salud mental.

Serán funciones del Comité de Salud Mental el seguimiento y evaluación del Plan de Salud Mental de La Rioja 2010 / 2015 con la emisión de informes anuales de seguimiento y evaluación del Plan así como con la supervisión de la evolución de los diferentes objetivos y acciones que en él se establecen.

BIBLIOGRAFÍA:

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

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

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

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

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

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

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

Constitución Española (1978).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor.; 1996.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Comisión Europea. Bruselas, 2005.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

