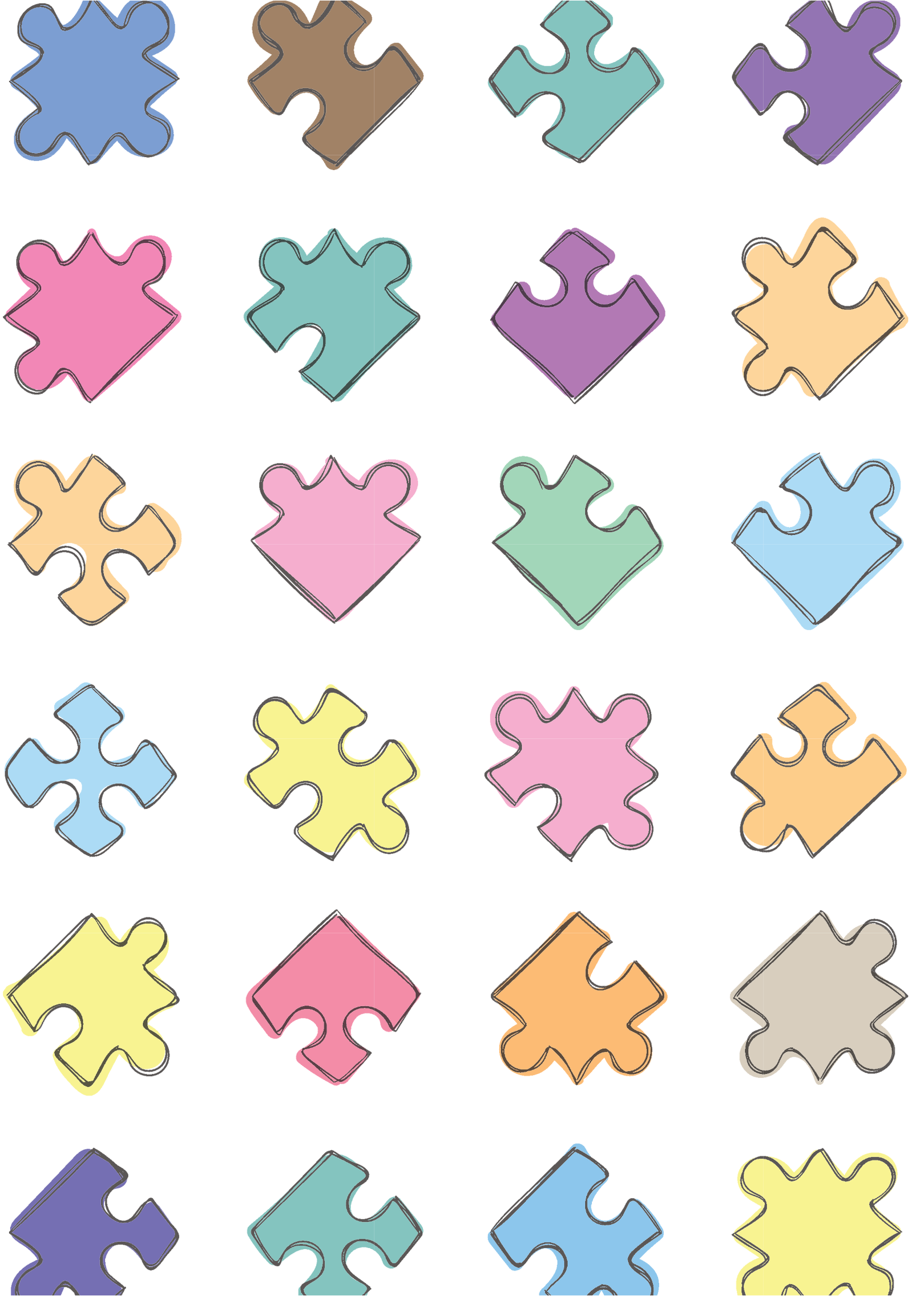
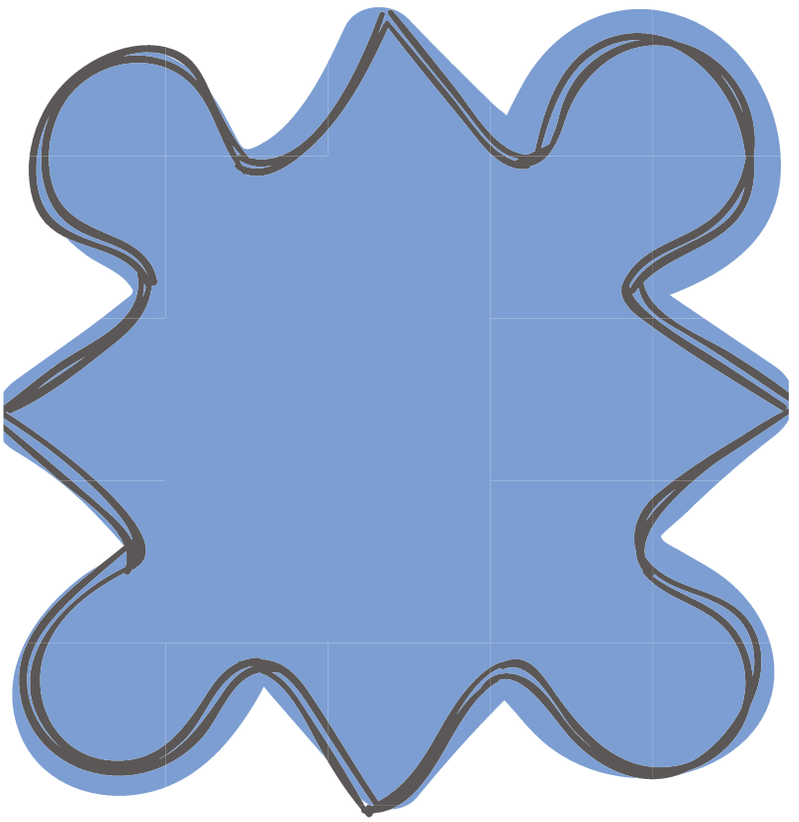
PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL DE LAS ISLAS BALEARES 2016-2022

GOIB
CONSELLERIA SALUT
SERVEI SALUT
ILLES BALEARS



PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL DE LAS ISLAS BALEARES 2016-2022



PRESENTACIÓN

La Organización Mundial de la Salud sostiene que el estigma por razón de salud mental es un problema global y, por lo tanto, erradicarlo tiene que ser una prioridad de todas las sociedades democráticas y libres. Así pues, vencer los prejuicios, los estereotipos y la discriminación es uno de los objetivos principales de la Consejería de Salud de esta Comunidad Autónoma, en la que hay cerca de 185.000 personas diagnosticadas con algún tipo de problema de salud mental.

Ahora bien, tan importante como la lucha contra el estigma es favorecer que las personas con enfermedades mentales graves puedan realizar una vida tan autónoma, normalizada y digna como sea posible en su entorno familiar y social.

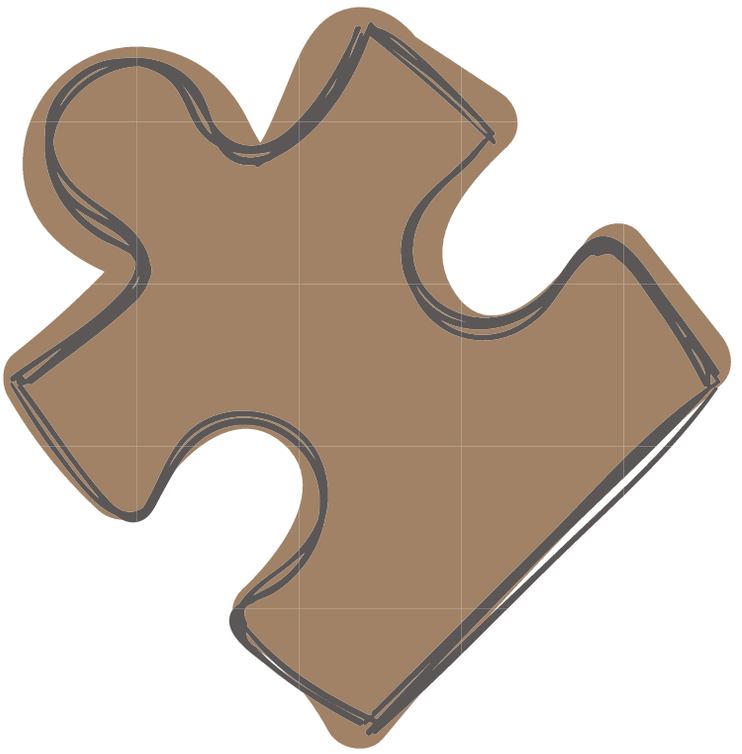
Sabemos que, para prevenir la enfermedad, para atender de forma adecuada las personas con patologías de Salud Mental –sean adultos o niños- y para promover su rehabilitación, es imprescindible identificar los recursos específicos que necesitan y ponerlos a su alcance.

Además, a la vez que se incorporan nuevos recursos, se tiene que potenciar el trabajo coordinado entre los profesionales de atención primaria i especializada y cooperar con otras administraciones públicas. Y todo ello debe hacerse con la colaboración de las familias y de los cuidadores. Solo así conseguiremos ofrecer una atención integral y adaptada a las necesidades de cada individuo.

En la redacción definitiva del Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022, en la redacción del cual han participado cerca de doscientas personas y entidades, se apuesta por impulsar la atención comunitaria, amable, cercana y excelente y eso se materializa en un conjunto de acciones concretas y evaluables, con la mirada puesta en el futuro. Por lo tanto, es un documento que pretende ofrecer herramientas prácticas que los profesionales puedan utilizar en el día a día.

Finalmente, quiero agradecer la implicación y el esfuerzo de todos los profesionales que han dedicado su tiempo y sus conocimientos en la redacción de este Plan, que, con seguridad, contribuirá a mejorar la calidad de vida de miles de personas de las Islas Baleares, y a promover el conocimiento que la sociedad tiene de los problemas de salud mental para eliminar para siempre los tabús y el estigma.

Patricia Gómez Picard
Consejera de Salud



PRESENTACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL DE LAS ISLAS BALEARES 2016-2022

Autonomía, humanización, atención efectiva y recuperación son palabras que llenan de sentido el trabajo que les presentamos.

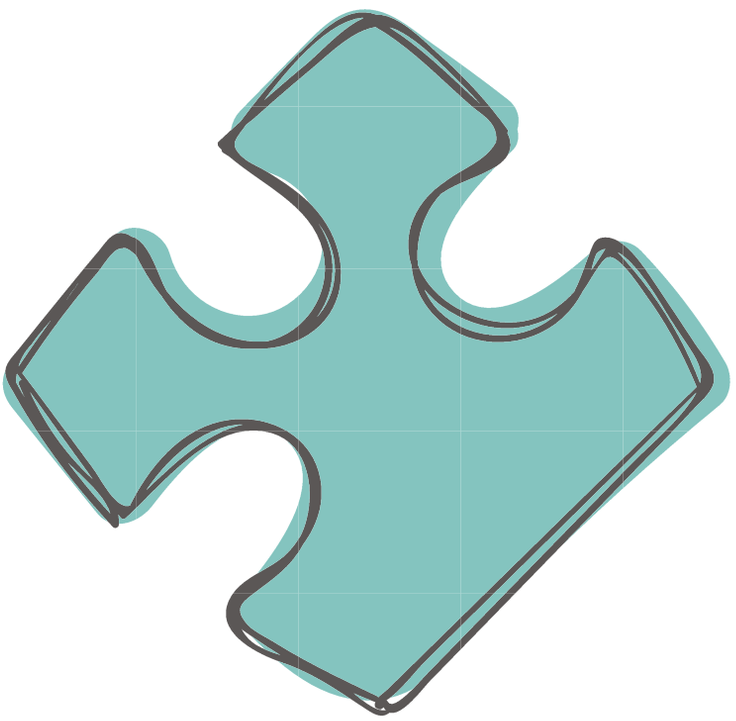
Nuestra sociedad es compleja. Es una sociedad cada vez más globalizada en el ámbito de los recursos y de los pensamientos. Es una sociedad en que todo lo que se aleja de la normalidad se deja en un segundo plano.

El estigma, la exclusión y la desigualdad en el mundo laboral y la discriminación social llenan el triste historial de las personas que sufren un trastorno de la salud mental. Trabajar para mejorar la salud mental es, pues, un hito difícil: se trata de un trabajo poliédrico en que las múltiples caras tienen que tratarse entre todos con sabiduría y calma. Todos tenemos algo que decir y todos podemos aportar.

Con este reto hemos creado nuestro Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022. Y digo nuestro con conocimiento de causa: para hacerlo hemos contado con profesionales excelentes y expertos en las materias que el Plan desarrolla, con entidades del tercer sector dedicadas a la atención de las personas con trastornos de la salud mental y con los propios usuarios y sus familias. Gracias a todos por el trabajo y el entusiasmo.

Ahora es la hora de coger aire, de empoderar a los profesionales, a los usuarios, a sus familiares y a las entidades para trabajar juntos, y de mirar cara a cara los retos que nos esperan, que poco a poco todos juntos podremos lograr.

José Oriol Lafau Marchena
Coordinador Autonómico de Salud Mental
del Servei de Salut de les Illes Balears



Editor original
Servicio de Salud de las Islas Baleares

Dirección
José Oriol Lafau Marchena

Coordinación
Pablo Antonio Tobajas Ruber

Comité Técnico
Henar Arnillas Gómez
Isidoro Hidalgo Campos
Jaume Morey Cañellas
Joaquín García de Castrillón Ramal
Manuela Sánchez Grao
María del Carmen Gonzalvo Oller
Maria Rosa Pizà Portell
Marianna Mambie Meléndez
Miguel Lliteras Arañó

Coordinadores de los grupos de trabajo y miembros del Servicio de Salud de las Islas Baleares

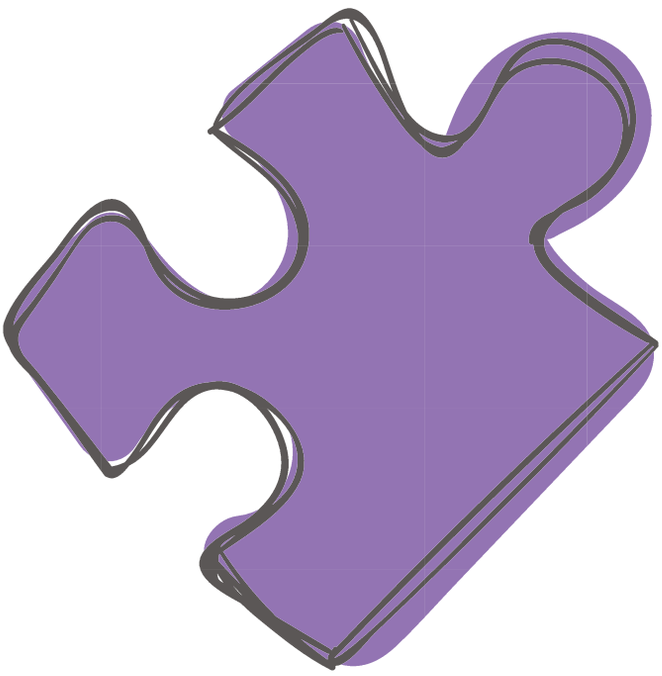
Arnillas Gómez, Henar
Bosch Calero, Maria del Carme
Cánovas Sotos, María Amparo
Carandell Jager, María Eugenia
Carrera Ferrer, Maria
De la Fuente Redondo, Laura
De la Vega Alemparte, Gerard
Flórez Fernández, María Isabel
Fuster Culebras, Juli
García de Castrillón Ramal, Joaquín
García Pineda, Atanasio
Gómez Picard, Patricia
González Guillén, Alicia
Gonzalvo Oller, María del Carmen
Haber Eterovic, Nicole Karin
Hidalgo Campos, Isidoro
Lafau Marchena, José Oriol
Lliteras Arañó, Miquel
Mambie Meléndez, Marianna
Miguélez Chamorro, Angélica
Morey Cañellas, Jaume
Munar Cardell, Miquel
Oberguggenberger, Rainer C.
Pizà Portell, Maria Rosa
Ramon Nicolau, Bartomeu
Rivera Fernández, Fernando
Salvá Coll, Joan
Sánchez Grao, Manuela
Tobajas Ruber, Pablo A.
Zaldívar Laguía, María Isabel

Correción lingüística: Servicio Lingüístico Hospital Universitario Son Espases (Apol.lònia M. Monserrat Caravaca)

ISBN: 978-84-09-00953-4
Dipòsit legal: DL PM 1378-2018

Otros autores

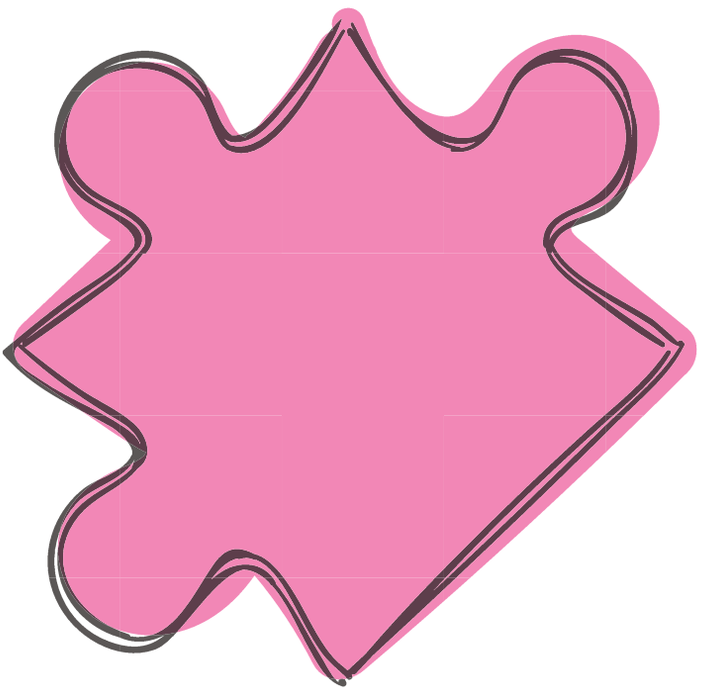
- Álvarez Franco, José María
- Aguirre Orúe, Iratxe
- Albis García, Francisca
- Alonso Ramis, Juan Manuel
- Álvarez Gómez, Ana Belén
- Amaran Coma, Anaysa
- Andrés Tauler, Juana
- Ballester Sampol, Rosa
- Bañasco Bazán, Araceli
- Barceló Ferrer, Maria
- Bardolet Casas, Maria Concepció
- Bauzà Cañellas, Miquel
- Bennasar Cerdà, Caterina
- Berciano Morán, Mónica
- Bermúdez de la Puent Andion, Carmen María
- Bibiloni Guasp, Francisca
- Bilbao Amigo, Miguel Benito
- Blanco Vila, Marta
- Burgos Torres, Carlos
- Cabanillas Cabanillas, María Carmen
- Cáffaro Rovira, Gabriel
- Campins Rotger, Victòria
- Canal Montiel, Sergi
- Canet Cortés, María del Carmen
- Cañellas Garau, Miguel
- Cañete Ruiz, Francisca
- Carballo García, Serafín
- Carretero Quevedo, Blanca
- Castaño Fernández, Ana Isabel
- Catalá Piqué, Aina Maria
- Clar Forteza, Óscar
- Chacártegui Quetglas, Begoña
- Compte Colom, Inés
- De Azúa Brea, Begoña
- Del Canto Jiménez, Cristina
- Echevarría de Bujo, Miguel
- Escribano Dengra, Marcelo
- Febrer Fons, Guillem
- Felez Viñas, Alba
- Fernández Tomás, Laura
- Fernández Alonso, Ovidio
- Ferrer Vadell, Alicia
- Fuster Forteza, Mariona
- Gabaldón Balsalobre, María Dolores
- Garau Perelló, Luis
- García Caldentey, Carlos
- García Mena, José María
- García Toro, Mauro
- García Soriano, María Teresa
- Gracia Rosich, Mónica
- García-Valiño Molina, Carlos
- Garreta Canillas, Esther
- Gastalver Martín, Mariano
- Gili Planas, Margarita Inés
- Giner Jiménez, Daniel
- Gómez Juanes, Rocío
- Gómez Caballero, Sonia
- González Rayó, María Amalia
- Guerra López, Mónica
- Gutiérrez Pérez, Nerea
- Herbera González , Patricia
- Hernández Herrera, Belén
- Ibáñez Martínez, Armando
- Ibarra Uría, Olga
- Izquierdo Rodríguez, Julio
- Izquierdo Hernández, Raquel
- Juste Pina, Isabel
- La Fuente Epouse Alberti, Jeanne
- Lago Blanco, Eva
- Larraz Geijo, Guillermo
- Llabrés Fuster, Maria Neus
- López Basa, Eva
- Lozano Cerezuela, Mónica
- Marco Sabater, Antonio
- Márquez Sánchez, María Patrocinio
- Martín Cabrero, Beatriz
- Martín Delgado, Maria Isabel
- Mascaró García, Ana
- Mesa Laguarda, Almudena
- Mayol Pou, Antoni
- Mesquida Hernando, Victoria
- Mestre Moyá, Luisa
- Mestre Roca, Martín
- Mestre Roca, Bartolomé
- Morán Merletti, María Marta
- Moreno Encabo, Isabel Ana
- Moreno Pérez, María Beatriz
- Mulet Homs, María Margarita
- Nadal Martí, Elisa
- Nadolu Vélez, Eugenia Violeta
- Navarro Suárez, Isabel
- Olmos Torrecillas, Carmen
- Ortega Pacheco, Brenda
- Oulkadi El Azizi, Soufane
- Pedrosa Clar, Juana
- Pérez González, Elisa
- Pérez Fernández, Fernando
- Pericás Colom, Guillermo
- Picó Olivert, Cipriano
- Playa Busquets, Josep Maria
- Pradas Guerrero, María Carmen
- Prats Fabrega, Gloria
- Rado Portell, Francesca
- Ramírez Manent, José Ignacio
- Ramis Bravo, Antonio
- Raventós Simic, Jasna
- Revert Vidal, Xavier
- Rigo Roca, Bartolomé
- Rivas Doyague, María del Carmen
- Roca Bennàssar, Miquel
- Roig Bustos, Ladislao
- Romera Torrens, Maria
- Romero Frais, Agustín
- Rovira López, Joana
- Ruano Dil, María del Mar
- Ruiz Padrino, Natalia
- Salvador Sánchez, Isabel
- Sánchez Aguilar, Aina
- Santandreu Puigrós, Jaume
- Sastre Moya, Adelina
- Simó Borrás, Francisca
- Suárez Verger, Alfonso
- Sureda García, Catalina
- Teijeira Levet, Claire
- Torrente del Blanco, María Eugenia
- Torrandell Pieras, Francisca
- Torres Encina, Laura
- Tur Roig, Joan Marc
- Tur Juan, Francisca María
- Unzaga Ercilla, Iñaki
- Valverde Gómez, María Magdalena
- Vanrell Munar, Catalina Maria
- Zamora González , Antonio



ÍNDICE

Pàg.
1. PRESENTACIÓN 5
2. INTRODUCCIÓN 15
3. LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ISLAS BALEARES 17
3.1 Análisis de la situación 17
3.1.1 Datos poblacionales y epidemiológicos de la comunidad autónoma de las Islas Baleares 17
3.1.2 Recursos de la atención a la salud mental 2016 18
3.1.2.1 Estructuras organizativas asistenciales 18
3.1.2.2 Recursos humanos 20
3.1.3 Distribución de la población adscrita a cada sector sanitario el 2016 20
4. METODOLOGÍA 25
4.1 Fundamentos de la elaboración del Plan Estratégico 25
4.2 Modelo de trabajo 26
4.3 Puesta en marcha 26
5. MISIÓN, VISIÓN, VALORES Y PRINCIPIOS ESTRATÉGICOS 27
5.1 Misión 27
5.2 Visión 27
5.3 Valores 27
5.4 Principios estratégicos 27
6. METAS, LÍNEAS ESTRATÉGICAS, OBJETIVOS Y ACCIONES 29
6.1. Meta 1. Promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y lucha contra el estigma 29
6.1.1. Línea estratégica 1. Promover la salud mental en la población en general y en grupos específicos 29
Objetivo general 1. Promover la salud mental en la población en general 29
Objetivo general 2. Promover la salud mental en las personas con un trastorno mental grave 30
6.1.2. Línea estratégica 2. Prevención de los trastornos mentales 30
Objetivo general 3. Prevenir los problemas de salud mental en la población en general 30
Objetivo general 4. Crear el Plan de Prevención del Suicidio 31
Objetivo general 5. Prevenir las adicciones 31
Objetivo general 6. Fomentar el autocuidado de los profesionales de la Salud Mental 31
6.1.3. Línea estratégica 3. Autonomía y humanización de la Salud Mental 33
Objetivo general 7. Luchar contra el estigma 33
Objetivo general 8. Humanizar las unidades de hospitalización breve (UHB) 34
Objetivo general 9. Poner en marcha el programa “Hacia la contención mecánica cero” 34
Objetivo general 10. Implementar el programa hospitalario para la autonomía del paciente 35
6.2. Meta 2. Revisión del modelo organizativo y de la cartera de servicios 36
6.2.1. Línea estratégica 4. Atención comunitaria 36
Objetivo general 11. Integrar la salud mental en Atención Primaria 36
Objetivo general 12. Psicología clínica y de la salud en Atención Primaria 37
Objetivo general 13. Definición de un modelo funcional y organizativo de las USM y de las UCR 37
Objetivo general 14. Extensión del modelo ESAC a todos los sectores sanitarios de la Comunidad Autónoma 38
6.2.2. Línea estratégica 5. Atención hospitalaria 38
Objetivo general 15. La atención al usuario Salud Mental en los servicios de Urgencias 38
Objetivo general 16. Establecimiento de intervenciones de rehabilitación y de recuperación en las unidades de hospitalización 39
Objetivo general 17. Los hospitales de día de Salud Mental 39
6.2.3. Línea estratégica 6. Atención específica a la población infanto-juvenil 40
Objetivo general 18. Cobertura y recursos en la Salud Mental infanto-juvenil 40
6.2.4. Línea estratégica 7. Las adicciones y la salud mental 41

Objetivo general 19. Integración de la Red de Adicciones en Salud Mental 41
6.2.5. Línea estratégica 8. Hospital Psiquiátrico 42
Objetivo general 20. Reorientación de los recursos del Hospital Psiquiátrico 42
6.2.6. Línea estratégica 9. Psicología clínica y psicoterapia 43
Objetivo general 21. Incluir la psicología clínica y de la salud en el ámbito sanitario 43
Objetivo general 22. Psicoterapias e intervenciones psicoterapéuticas 44
6.3. Meta 3. Corresponsabilización institucional 45
6.3.1. Línea estratégica 10. Coordinación con las entidades prestadoras de servicios directos de la Salud Mental 45
6.3..2. Línea estratégica 11. Cooperación entre instituciones 46
6.3.3. Línea estratégica 12. Participación de familiares y de asociaciones de usuarios de Salud Mental 46
6.4. Meta 4. Áreas de atención a la enfermedad mental y programas específicos 47
6.4.1. Línea estratégica 13. Atención a la salud mental infanto-juvenil 47
Objetivo general 23. Trastornos del neurodesarrollo 47
Objetivo general 24. Trastornos psicóticos 49
Objetivo general 25. Trastornos depresivos 49
Objetivo general 26. Trastornos de ansiedad y relacionados 50
Objetivo general 27. Trastornos de la excreción y el sueño 50
Objetivo general 28. Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta 50
Objetivo general 29. Trastornos de personalidad 50
Objetivo general 30. Adecuación de los espacios 51
6.4.2. Línea estratégica 14. Atención en Salud Mental de adultos con programas específicos 51
Objetivo general 31. Programa de trastorno mental grave en la Comunidad 51
Objetivo general 32. Atención a las adicciones y a la patología dual 52
Objetivo general 33. Atención a los trastornos graves de la personalidad 53
Objetivo general 34. Programa de atención a los trastornos de la conducta alimentaria 54
Objetivo general 35. Atención en Psicogeriatría 55
Objetivo general 36. Atención a los trastornos del neurodesarrollo 55
Objetivo general 37. Atención a la salud mental de las personas en situación de exclusión social 57
Objetivo general 38. Atención a la salud de la población inmigrada 58
6.5. Meta 5. Epidemiología y evaluación de las TIC actuales en Salud Mental 59
6.5.1. Línea Estratégica 15. Sistemas de información en Salud Mental 59
6.6. Meta 6. Formación y desarrollo profesional 60
6.6.1. Línea Estratégica 16. Formación continuada y desarrollo profesional 60
6.7. Meta 7. Investigación y gestión del conocimiento en Salud Mental 60
6.7.1. Línea Estratégica 17. Investigación en Salud Mental 60
6.7.2. Línea Estratégica 18. Gestión del conocimiento en Salud Mental 60
7. IMPLANTACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO 63
7.1. Oficina de Salud Mental de las Islas Baleares (OSMIB) 63
7.2. Evolución de los dispositivos de Salud Mental 2016-2022 63
8. EVALUACIÓN E INDICADORES 65
9. ANEXOS 85
9.1. Normativa y legislación de sobre salud mental 85
9.1.1. Ámbito autonómico 85
9.1.2. Ámbito nacional 86
9.1.3. Ámbito internacional 87
9.2. Abreviaturas 89
10. BIBLIOGRAFÍA 91
11. OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA 106



2. Introducción

La preocupación por la salud mental en la comunidad autónoma de las Islas Baleares es una realidad desde hace mucho tiempo. En los años 1998 y 2006[a], se desarrollaron sendos planes autonómicos que permitieron crear una red de Salud Mental y dotarla de recursos equiparables a los de otras comunidades de nuestro entorno y, de esta manera, mejorar la equidad en la atención.

Estos primeros pasos requieren ahora una actualización acorde a las nuevas evidencias científicas y a la sensibilidad social creciente en temas como la humanización, la atención al menor, las drogodependencias, la atención a la cronicidad, la rehabilitación social y ocupacional y la integración en general[1].

El nuevo Plan Estratégico de Salud Mental 2016-2022 establece las siguientes prioridades a la hora de avanzar en los modelos y en los procesos asistenciales de atención a la salud mental:

- Incrementar progresivamente los servicios comunitarios y priorizar los servicios de proximidad (atención domiciliaria, unidades comunitarias de rehabilitación, centros de día, viviendas tuteladas y recursos de integración).
- Garantizar una cartera de servicios comunes sanitarios y sociales en Salud Mental en todas las Islas Baleares.
- Elaborar y aplicar un Plan de Atención Comunitaria de carácter polivalente y preventivo destinado a fomentar la autonomía de las personas.
- Mejorar la atención de la salud mental en pacientes con edad avanzada.
- Mejorar la organización y la atención a las personas con adicciones.
- Potenciar los servicios de atención dentro del ámbito infanto-juvenil.
- Promover la salud y la prevención de las enfermedades mentales.
- Ofrecer formación continua a los profesionales.

El Plan Estratégico de Salud Mental 2016-2022 sigue las líneas de trabajo definidas por la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud[b] cuyas conclusiones acaban de presentarse.

Diferentes organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), han catalogado los problemas de salud mental entre los de mayor prevalencia a nivel mundial[2-3]. De hecho, numerosos estudios epidemiológicos muestran que cada año un tercio de la población adulta sufre un trastorno mental[4]. Los estudios llevados a cabo en la población en general confirman que los trastornos mentales son muy frecuentes y que causan un alto grado de discapacidad[5].

En los países de la Unión Europea[6], las estimaciones más conservadoras señalan que cada año un 27% de la población adulta (de 18 a 65 años) padece un trastorno mental, los más frecuentes son: la ansiedad, la depresión, los trastornos somatomorfos y los relacionados con el consumo de sustancias[7].

En España, la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 recoge datos incompletos, que no permiten evaluar adecuadamente la prevalencia y el impacto de los trastornos de Salud mental en la población en general.

Según el proyecto ESEMeD–España , que es el estudio más reciente en una muestra de población adulta en España, el 19,5% de los españoles presentaron en algún momento de su vida alguna enfermedad mental –prevalencia/vida–, siendo esta cifra más alta en las mujeres (22,9%) que en los hombres (15,7%). En relación a la prevalencia en los 12 meses previos a la realización del estudio /prevalencia-año, el 8,4% de la población presentó algún trastorno mental (5,2% en hombres y 11,4% en mujeres).

En las Islas Baleares, según los sistemas de información del Servicio de Salud, hay diagnosticadas cerca de 185.000 personas con un trastorno de salud mental, de los que 150.000 residen en Mallorca, 15.000 en Menorca y 20.000 en Ibiza y Formentera; cerca de 5.000 de ellas, sufren un trastorno mental grave.

La OMS[c] sitúa en un 20% la prevalencia, a nivel mundial, de niños y jóvenes que sufren un trastorno de salud mental susceptible de tratamiento en las unidades de salud mental, un 6% de dichos niños y jóvenes padecen un tras-

[a] **Anexo. Ámbito autonómico nº 1 y nº 13**
[b] **Ámbito nacional nº 26**
[c] **Anexo. Ámbito internacional nº 49**

torno mental grave. Si se extrapolan estas cifras en las Islas Baleares, supondría que existen, aproximadamente, 39.669 niños y jóvenes afectados y, de ellos, 2.380 sufrirían un trastorno más grave.

El 20% de la población está en riesgo de tener mala salud mental según el proyecto ESEMeD-España[9]. Contribuyen a ello, no solo factores biológicos, sino factores socioeconómicos, culturales y ambientales (el género, la inmigración, la situación laboral o el nivel sociocultural)[10]. Uno de los planteamientos que establecemos como prioridad es el trabajo de continuum y de coordinación entre Atención Primaria (AP) y los diferentes dispositivos de Salud Mental, tanto comunitarios como hospitalarios, y articular e impulsar actividades de: promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación y reinserción social[11-12].

Aunque se ha avanzado mucho, sobre todo desde el ámbito de la Atención Primaria[13] (AP) en un elevado número de intervenciones de promoción y de prevención de la salud mental, las prevalencias de los desenlaces fatales de la enfermedad mental como el suicidio, no han descendido en la misma proporción. En ese sentido, aunque España presenta una baja tasa de mortalidad por suicidio respecto a los países de Europa Occidental[14], es fundamental una vez más, una coordinación efectiva entre los diferentes niveles de atención para prevenir la conducta suicida[15]. Es necesario establecer un Observatorio del Suicidio y un protocolo válido en toda la Comunidad Autónoma que dé respuesta a todos los agentes implicados al respecto.

En los últimos años, los avances científicos y los cambios socioculturales han llevado a un cambio de paradigma en la atención especializada que ha apostado por el desarrollo progresivo de un modelo de atención comunitaria en salud mental[16-17].

En nuestra Comunidad Autónoma, se han realizado cambios en este sentido con las unidades de salud mental, las unidades comunitarias de rehabilitación y con la creación de los Equipos Asertivos Comunitarios (ESAC). Además, el Plan Estratégico 2016-2022 pretende establecer un modelo de intervenciones formales para abordar el problema del estigma y la discriminación, así como colaboraciones con asociaciones de pacientes y familiares de manera aliada y participativa.

Uno de los objetivos donde más empeño se va a poner es ampliar la red de Salud Mental para los pacientes con edades más vulnerables y con más necesidades, como es el caso de los pacientes de edad avanzada y de los más jóvenes. Para ello, se deben establecer, por un lado, los recursos materiales y humanos necesarios que den respuesta a esta población tan sensible y, por otro lado, se deben actualizar mecanismos y estructuras de coordinación tanto entre distintas consejerías y ámbitos de la administración (judicial, vivienda, educación, etc.) como entre los dispositivos sanitarios (AP, USM, hospitales, etc.) y sociales de una misma área de salud.

Respecto a las adicciones, el presente Plan Estratégico apuesta por trabajar de manera unificada y bajo el paraguas de la Salud Mental. El alcohol, el cannabis y la cocaína son los tóxicos más prevalentes; pero, también, debemos abordar la presencia de otros tóxicos cómo las drogas de síntesis y las adicciones sin tóxico[18-19]. La inclusión y el tratamiento de la patología dual en las Islas Baleares tienen también un lugar destacado.

Por último, es necesario hacer especial hincapié en la gestión del conocimiento en salud mental. Por una parte, en un modelo más potente de sistemas de información como base fundamental para conocer el alcance de las intervenciones y como guía en la toma de decisiones. Y, por otra parte, para el desarrollo continuo de los profesionales en cuestiones esenciales como la formación y la investigación.

La Consejería de Salud, la subdirección de Atención a la Cronicidad, la coordinación de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Enfermedades Raras y la coordinación Autonómica de Salud Mental del Servicio de Salud han impulsado, de manera decidida, el nuevo Plan Estratégico 2016-2022, reflejo del compromiso de dar respuesta a las necesidades sentidas en materia de salud mental expresadas por profesionales, por gestores de los servicios sanitarios, por las asociaciones de pacientes y familiares y por la ciudadanía en general.

3. La salud mental en la comunidad autónoma de las Islas Baleares

El presente Plan Estratégico 2016-2022 analiza las necesidades en materia de salud mental en función de los datos y de los contenidos de información recogidos, objetivamente, tanto por los sistemas de información actuales como los proporcionados por los profesionales, usuarios, familias y agentes implicados en el proceso de la salud mental. El análisis de todos los datos permite formular unos objetivos que se van a traducir en acciones específicas a llevar a cabo en todos los sectores sanitarios de Salud Mental de las Islas Baleares.

Se detectan una serie de necesidades no cubiertas que deben ser tenidas en cuenta: la adecuación y la modernización de algunas infraestructuras y servicios claramente deficitarios en algunos sectores sanitarios (hospitales de día, programas asertivos comunitarios y modernización de unidades de rehabilitación hospitalaria), la integración del tratamiento de las adicciones en la Red de Salud Mental y la adaptación progresiva de la dotación de profesionales necesaria para llevar a cabo las acciones que se plantean, tanto en la atención infanto-juvenil como en la de adultos.

3.1 Análisis de la situación

3.1.1. Datos poblacionales y epidemiológicos de la comunidad autónoma de las Islas Baleares

Baleares es la duodécima comunidad autónoma de España en cuanto a población se refiere. La población femenina es mayoritaria, con 555.475 mujeres, lo que supone el 50,60% del total, frente a los 542.234 hombres que son el 49,39%. La población ha descendido ligeramente con respecto a junio del año pasado 2016 (1.144.396 personas).

Las Islas Baleares, con una superficie de 4.992 Km2, es una región pequeña si la comparamos con el resto de comunidades autónomas, sin embargo tiene una densidad de población media de 229 habitantes por Km2, muy superior a los 93 hab./km2 de España. Se sitúa en el puesto decimotercero de las comunidades autónomas en cuanto a densidad.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)[20] de 2016, las Islas Baleares son la comunidad autónoma con un mayor porcentaje de población extranjera y, si se desglosan los datos, es la primera en porcentaje de resi-

Illes Balears	H	M	Total
0-4	26.285	25.088	51.373
5-9	31.292	29.353	60.645
10-14	29.740	28.217	57.957
15-19	27.113	25.662	52.775
20-24	27.484	27.551	55.035
25-29	32.884	35.025	67.909
30-34	40.864	42.976	83.840
35-39	50.698	49.836	100.534
40-44	53.191	49.553	102.744
45-49	46.759	44.572	91.331
50-54	40.607	40.149	80.756
55-59	33.690	34.602	68.292
60-64	27.746	29.074	56.820
65-69	23.616	25.658	49.274
70-74	19.437	21.416	40.853
75-79	12.741	15.645	28.386
80-84	10.032	14.704	24.736
85-89	5.337	9.984	15.321
90-94	2.039	4.652	6.691
>95	679	1.758	2.437
Total	542.234	555.475	1.097.709

Figura 1. Fuente: SIS del Servicio de Salud.

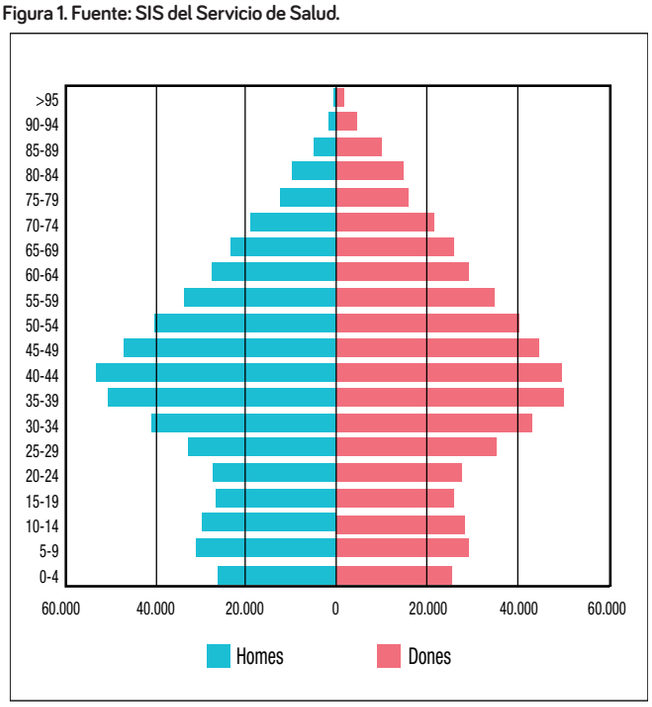


Tabla 1. Fuente: SIS del Servicio de Salud.

dentes comunitarios y la tercera respecto a la población extracomunitaria, solo por detrás de Murcia y Cataluña.

A pesar de que, en los últimos años, se ha frenado el proceso migratorio, la población extranjera en las Islas Baleares en 2016 se ha cifrado en un 17,05% del total, frente al 18,4 del 2014. Se ha pasado, en el caso de los españoles, de 900.330 en 2014 a 918.091 en 2016; en el caso de los extranjeros de 203.112 en 2014 a 188.662 en 2016[21].

Los trastornos mentales, en las Islas Baleares (2015), suponen una tasa de 29,6 fallecimientos por cada 100.000 habitantes. El suicidio y las lesiones autoinfligidas sigue siendo en España (2015) la primera causa de muerte no natural, con 3.602 fallecimientos (un 7,9% menos que en 2014), por delante de los accidentes de tráfico (1.880 personas fallecidas)[22].

Según la OMS[23-24] (2014) el suicidio está situado entre la segunda y la tercera causa de muerte en jóvenes. Por sexo, es la primera causa de muerte externa en los hombres (11,8 fallecidos por cada 100.000 habitantes).

En 2015, la Comunidad Autónoma con unos 8,42 suicidios por 100.000 habitantes, se sitúa por encima de la media estatal de 7,76, según el Observatorio del Suicidio en España[25].

Las cuatro enfermedades psiquiátricas (trastorno depresivo unipolar, trastornos por consumo de alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar)[26] figuran entre las 10 primeras causas de discapacidad en el mundo. Sin embargo, la discapacidad debida a patología psiquiátrica ha recibido menos atención en el ámbito social y comunitario que la derivada de la enfermedad física[27].

En relación al impacto en la calidad de vida y discapacidad de la patología mental, es similar o superior al causado por otras patologías físicas crónicas (enfermedades neurológicas, artritis, patología cardíaca). La enfermedad mental crónica es la principal causa de que personas jóvenes pasen a ser consideradas población dependiente o económicamente inactiva[28].

Aunque en España no hay información oficial sobre el impacto económico de las enfermedades mentales por no aportar datos a la OMS[29], en Europa, se considera que el coste se sitúa entre el 3% y el 4% del Producto Nacional Bruto (PIB) del conjunto de la Unión Europea (UE)[30-31]. El 46% de dicho gasto corresponde a costes sanitarios y sociales directos y, el resto, a gastos indirectos debidos a la pérdida de productividad, asociada fundamentalmente a la incapacidad laboral[32].

Los trastornos mentales y las enfermedades neurológicas suponen un gasto de 84.000 millones de euros anuales para España. El porcentaje de gasto más elevado se asoció a costes indirectos (suponen el 47% del total, frente al 41% de los costes sanitarios directos y el 12% en costes no sanitarios). El impacto económico de los trastornos mentales más frecuentes (la ansiedad y la depresión)[33-34] supera al de otras enfermedades físicas, como la esclerosis múltiple, la epilepsia o los tumores cerebrales. Parés-Badell, O. et al[35] evidencian que los trastornos mentales y las enfermedades neurológicas tienen un enorme impacto en la economía de nuestro país, que es equivalente al 8% del PIB. En el año 2010, el coste económico asociado a este conjunto de trastornos y enfermedades superó al del gasto público empleado en sanidad.

3.1.2. Recursos de la atención a la salud mental 2016

3.1.2.1. Estructuras organizativas asistenciales

La asistencia a la salud mental en nuestra comunidad autónoma consta de estructuras sectorizadas y supra-sectorizadas.

• Sectoriales

1. Unidad de Salud Mental de adultos (USM)
2. Unidad de Hospitalización Breve de adultos (UHB)
3. Hospital de Día de Adultos (HDD)
4. Unidad Comunitaria de Rehabilitación (UCR)
5. Equipos de Seguimiento Asertivo Comunitario (ESAC)

Distribución de dispositivos sanitarios sectoriales de Salud Mental						
Sector sanitario	Dispositivo					Población (nº de hab.)
	UHB[2]	HDD[3]	USM[1]	UCR[4]	ESAC[5]	
Ponent (HUSE)	1 27 llits	1 24 places	3	1	½	327.285
Migjorn (HSLL)	1 24 llits	1 15 places	2	1	1	258.428
Tramuntana (HCIN)	1 15 llits	1 15 places	1	1	½	121.999
Manacor (HM)	1 15 llits	0	1	1	0	139.717
Menorca * (HMO)	1 9 llits	1 15 places	1	1	0	84.853
Eivissa-Formentera (HCM)	1 24 llits	1 12 places	1	0	1	144.622
Total	113 llits	81 places	9	5	3	1.073.904

*Menorca dispone de la unidad de Sant Miquel que realiza funciones de UCR, UME y ULE .Tabla 2. Fuente: Elaboración propia.

***Menorca dispone de la unidad de Sant Miquel que realiza funciones de UCR, UME y ULE .Tabla 2. Fuente: Elaboración propia.**

• Suprasectoriales

1. Instituto Balear de Salud Mental de la Infancia y de la adolescencia (IBSMIA)
   a. Unidades comunitarias de Salud Mental Infanto-juvenil (UCSMIA)
   b. Unidad Hospitalaria Infanto-juvenil (UHB). Hospital Universitario Son Espases
   c. Hospital de Día (HDD). Hospital Universitario Son Espases
2. Unidades de Media Estancia (UME): Hospital Psiquiátrico, Lluerna y Galatzó
3. Servicio de Atención Residencial Comunitario (SARC)
4. Dispositivo de Atención Psicogeriátrica: Hospital Psiquiátrico de Mallorca
5. Unidad de Subagudos: Hospital Psiquiátrico de Mallorca
6. Área de Salud Mental de larga estancia: Hospital Psiquiátrico de Mallorca
7. Unidad de Patologías Relacionadas con el Alcohol (UPRA)

Unidades Comunitarias de Rehabilitación (UCR)

Distribución de dispositivos suprasectoriales						
Sector sanitario	IBSMIA[1]			Població infantil	Area Sociosanitaria	
	UHB[b]	HDD[c]	UCSMIA[a]		UCR[8]	SARC[3]
Ponent	1 11 llits	1 16 places	1	56.879	1	4
Migjorn				49.435	1	7
Tramuntana			1	24.197	1	1
Manacor			1	26.486	1	
Menorca*			1	16.143	1	
Eivissa-Formentera			1	25.207	1	
Total	1	1	5	198.347	5	12
Suprasector	Area sociosanitaria –Hospital Psiquiatrico –					
	Subagudos	Estancia Media (UME)[2]	ULE[6]	UPRA[7]	Psicogeriàtrico[4]	SARC[3] Mini Residencia /Pisos
Hospital Psiquiàtric	1 26 camas	2 24/24	1 24 camas	1 12 camas	1 58 camas	62 plazas

*En Menorca se incluyen los profesionales de la Unidad de Sant Miquel a diferencia del resto de sectores que solo se recogen los adscritos

***En Menorca se incluyen los profesionales de la Unidad de Sant Miquel a diferencia del resto de sectores que solo se recogen los adscritos a UHB, HDD y USM. Tabla 3. Fuente: Elaboración propia.**

3.1.2.2. Recursos Humanos

	Categorías profesionales							Población (nº de hab.)
	Psiquiatria	Psicologia	Enfermeria	Trebajo social	Terapeuta ocupacional	Técnico auxiliar	Celador	
Sectors sanitaris								
Ponent	18	9	21	*3'4*	1	15		327.285
Migjorn	14	7,5	20,5	*4*	1	14		258.428
Tramuntana	9	4	1	*2*	1	8	3	121.999
Manacor	7	3	12	*1*	0	9		139.717
Menorca*	6	7	19	*2*	1	16.5		84.853
Eivissa-Formentera	10	4	13	*1*	1	12	5	144.622
Suprasector								
Hospital Psiquiàtric	11	14	46	*7*	5	182		Supra-sectorial
IBSMIA	15.6	15	16.4	*3*	0	9	5	Supra-sectorial
Total	90.6	63.5	148.9	*23.4*	10	265.5	13	1.073.904

***En Menorca se incluyen los profesionales de la Unidad de Sant Miquel a diferencia del resto de sectores que solo se recogen los adscritos a UHB, HDD y USM. Tabla 4. Fuente: Elaboración propia**

3.1.3. Distribución de la población adscrita a cada sector sanitario en 2016

Sector PONENT (Hospital universitario Son Espases)		TOTAL TSI	<18 a	>=18 a
	USM Son Pisà			
SANTA CATALINA	Santa Catalina	18.353	2.851	15.502
CASA DEL MAR	Casa del Mar	22.214	3.245	18.969
SON PISÀ	Son Pisà	23.510	4.316	19.194
VALLDARGENT	Valldargent	15.802	2.246	13.556
PERE GARAU	Pere Garau	25.189	4.440	20.749
Total USM Son Pisà		**105.068**	**17.098**	**87.970**
	USM Palma Nova			
ANDRATX	Ponent (Andratx) Port d'Andratx, S'Arracó	10.560	1.919	8.641
CALVIÀ	Santa Ponça Capdellà, El Toro, Peguera, Galatzó	22.566	3.853	18.713
NA BURGUESA	Palma Nova Bendinat, Portals Nous, Son Ferrer	24.471	4.334	20.137
SANT AGUSTÍ	Sant Agustí - Cas Català, Gènova	16.171	2.581	13.590
Total USM Palma Nova		**73.768**	**12.687**	**61.081**
	USM Creu Roja			
TRAMUNTANA	Esporles, Banyalbufar, Estellencs, Valldemosa	7.559	1.392	6.167
ARQ. BENNÀSSAR	Arquitecte Bennàssar	31.141	5.491	25.650
CAMP REDÓ	Camp Redó, Son Sardina, Establiments	28.535	5.198	23.337
S'ESCORXADOR	S'Escorxador	30.269	4.580	25.689
SON CLADERA	Son Cladera, S'Indioteria	9.734	1.920	7.814
SON SERRA	Son Serra - Sa Vileta, Puigpunyent, Galilea	27.267	5.804	21.463
ARAGÓ	Aragó	13.944	2.709	11.235
Total USM Creu Roja		**148.449**	**27.094**	**121.355**
Total sector PONENT		**327.285**	**56.879**	**270.406**

Sector MIGJORN (Hospital Son Llàtzer)		TOTAL TSI	<18 a	>=18 a
	USM Emili Darder			
ES TRENCADORS	Trencadors (S'Arenal-Llucmajor),Badia Gran	21.160	4.391	16.769
MIGJORN	Migjorn (Llucmajor), Algaida, Randa, Pina	18.386	3.375	15.011
SERRA NORD	Serra Nord (Sóller), Fornalutx, Port de Sóller, Deià	13.010	2.267	10.743
PLATJA DE PALMA	Can Pastilla, Es Pil·larí, S'Aranjassa, S'Arenal de Palma	19.746	3.039	16.707
COLL D'EN RABASSA	Coll d'en Rabassa, Es Molinar	20.813	3.861	16.952
EMILI DARDER	Polígon de Llevant (Emili Darder)	19.062	3.423	15.639
SON FERRIOL	Son Ferriol, Sant Jordi	13.712	2.769	10.943
Total USM Emili Darder		**125.889**	**23.125**	**102.764**
	USM Rafal Nou			
PONT D'INCA	Marratxí (Martí Serra) Pla de Na Tesa	20.275	3.941	16.334
MUNTANYA	Muntanya, Sa Cabaneta, Pòrtol	13.323	2.978	10.345
SANTA MARIA DEL CAMÍ	Santa Maria, Bunyola, Santa Eugènia, Palmanyola	15.109	3.029	12.080
ESCOLA GRADUADA	Escola Graduada	23.643	3.717	19.926
RAFAL NOU	Rafal Nou	19.413	4.136	15.277
SON GOTLEU	Son Gotleu	21.779	4.445	17.334
ES RAIGUER	Es Raiguer (Binissalem) Sencelles, Alaró, Consell, Biniali	18.997	4.064	14.933
Total USM Rafal Nou		**132.539**	**26.310**	**106.229**
Total SECTOR MIGJORN	**258.428**	**49.435**	**208.993**	

Sector LLEVANT (Hospital de Manacor)		TOTAL TSI	<18 a	>=18 a
	USM Manacor			
CAPDEPERA	Capdepera, Cala Rajada, Canyamel	11.485	1.964	9.521
XALOC	Xaloc (Campos), Ses Salines, Colònia Sant Jordi, Sa Ràpita	13.995	2.658	11.337
FELANITX	Felanitx, Portocolom, S'Horta, Cas Concos	17.805	3.404	14.401
LLEVANT	Son Servera, Sant Llorenç des Cardassar, Cala Millor, Sa Coma, Son Carrió	19.730	3.639	16.091
MANACOR	Manacor, Son Macià	30.663	6.250	24.413
PORTO CRISTO	Porto Cristo, Cales de Mallorca, S'Illot	10.262	2.052	8.210
NUREDDUNA	Nuredduna (Artà) ,Colònia de Sant Pere	7.685	1.460	6.225
SANTANYÍ	Santanyí, Cala d'Or, S'Alqueria Blanca, Llombards, Calonge	12.059	1.993	10.066
SES ROQUES LLISES	Ses Roques Llises (Vilafranca), Porreres, Montuïri, Petra, Sant Joan, Ariany	16.033	3.066	12.967
Total SECTOR LLEVANT/ Total USM Manacor		**139.717**	**26.486**	**113.231**

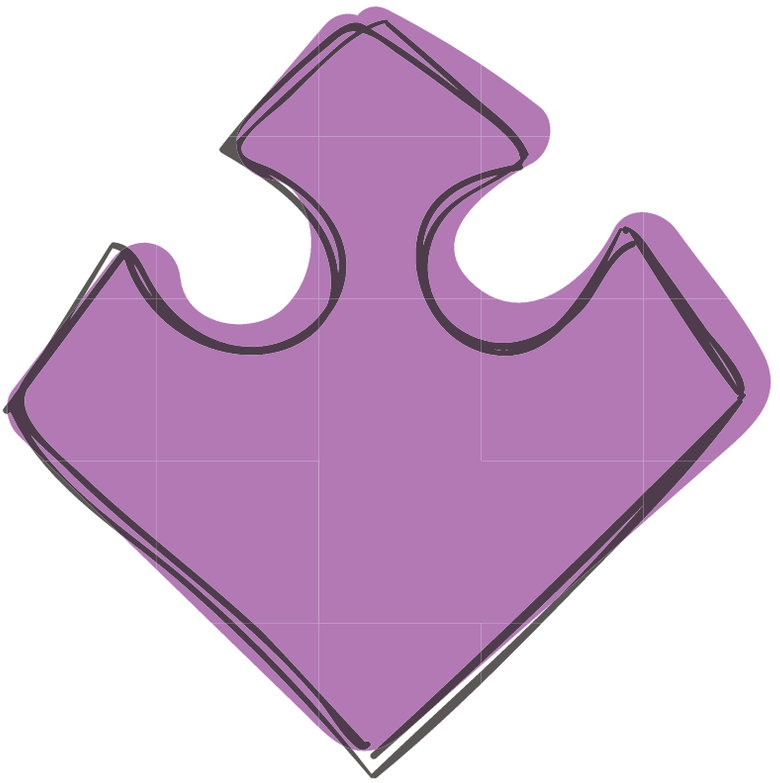
Sector TRAMUNTANA (Hospital Comarcal de Inca)		TOTAL TSI	<18 a	>=18 a
	USM Inca			
INCA	Inca, Lloseta, Selva, Escorca, Moscari, Caimari, Biniamar, Mancor de la Vall, Sa Calobra	41.862	8.806	33.056
POLLENÇA	Pollença, Port de Pollença	16.090	2.745	13.345
ALCÚDIA	Safrà (Alcúdia), Port d'Alcúdia	18.528	3.583	14.945
TORRENT DE SANT MIQUEL	Torrent de Sant Miquel (Sa Pobla), Búger, Campanet	17.256	3.734	13.522
MARINES	Marines (Muro), Can Picafort, Santa Margalida, Son Serra de Marina	18.384	3.394	14.990
ES PLA	Es Pla (Sineu), Costitx, Lloret de Vista Alegre, Llubí, Maria de la Salut	9.879	1.935	7.944
Total sector TRAMUNTANA/ Total USM Inca		**121.999**	**24.197**	**97.802**

Sector EIVISSA-FORMENTERA (Hospital Can Misses)		TOTAL TSI	<18 a	>=18 a
	USM Eivissa- Formentera			
EIXAMPLE	Eixample (Can Misses), Can Misses	18.650	4.872	13.778
ES VIVER	Es Viver, Es Viver	22.045	3.820	18.225
SANTA EULÀRIA	Santa Eulària, Sant Carles de Peralta, Sant Joan de Labritja, Sant Miquel de Balansat, Santa Gertrudis de Fruiteria	27.856	4.894	22.962
SANT ANTONI	Sant Antoni, Sant Antoni de Porrmany, Sant Mateu d'Aubarca, Sant Rafel de sa Creu, Santa Agnès de Corona	23.319	4.211	19.108
VILA	Vila, Jesús, Puig d'en Valls, Vila	19.804	1.910	17.894
FORMENTERA	Formentera	9.262	1.653	7.609
SANT JORDI DE SES SALINES	Sant Jordi de ses Salines, Sant Jordi	9.909	1.903	8.006
SANT JOSEP DE SA TALAIA	Sant Josep de sa Talaia Cala d'en Bou, Sant Agustí, Sant Josep	10.777	1.944	8.833
Total sector EIVISSA-FORMENTERA Total USM Eivissa- Formentera		**141.622**	**25.207**	**116.415**

Sector MENORCA (Hospital Mateu Orfila)		TOTAL TSI	<18 a	>=18 a
	USM Menorca			
DALT SANT JOAN	Dalt Sant Joan, Sant Lluís, Sant Climent	24.703	6.295	18.408
CIUTADELLA	Ciutadella (Canal Salat)	26.289	4.984	21.305
ALAIOR	Alaior (Es Banyer), Es Mercadal, Fornells, Cala en Porter	11.969	2.215	9.754
FERRERIES	Ferreries, Es Migjorn Gran	5.788	1.084	4.704
VERGE DEL TORO	Verge del Toro Es Castell	16.104	1.565	14.539
Total sector MENORCA/Total USM Menorca		**84.853**	**16.143**	**68.710**

Total ILLES BALEARS	**1.073.904**	**198.347**	**875.557**

Tabla 5. Fuente: SIS del Servicio de Salud



4. Metodología

4.1. Fundamentos de la elaboración del Plan Estratégico

El Plan Estratégico 2016-2022 pretende atender la salud mental de forma integral y transversal contando con el concurso de usuarios, de sus familias y de los profesionales que los atienden.

Es primordial que las líneas estratégicas no estén dirigidas solo hacia los problemas clínicos, sino también hacia otras cuestiones como la humanización de la asistencia, la autonomía del paciente y la lucha contra el estigma, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad mental, la actualización en el modelo organizativo y de la cartera de servicios, la reorientación de algunos dispositivos ya existentes y la creación de otros nuevos en la Comunidad Autónoma (entre ellos: la Unidad de Patología Dual, el Observatorio para el Suicidio o la Oficina Autonómica de Salud Mental).

Se han consultado diferentes fuentes documentales como la Estrategia de Salud Mental de las Islas Baleares de 2006, la Guía de recursos y situación de la Red de Salud Mental de 2011, directrices internacionales[36], de la Unión Europea y de la Organización Mundial de la Salud[37], directrices nacionales como la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 y otros planes de Salud Mental autonómicos[38]. También se ha renovado la información sobre la organización y el funcionamiento de la Red de servicios de Salud Mental para dar una visión más completa y actualizada de los recursos.

En la elaboración del Plan estratégico se han tenido en cuenta, no solo los indicadores de estructura o de actividad, sino también las conclusiones de los grupos de trabajo, fruto de las reflexiones y el debate en cuanto a las necesidades y actuaciones en el marco temporal del desarrollo del Plan Estratégico.

La elaboración de este documento debía ir en paralelo con la puesta en marcha de diversas acciones prioritarias relativas a la equidad asistencial en la Comunidad Autónoma. De esta manera, se han ido iniciando actuaciones antes de su edición definitiva.

Se han tenido en cuenta propuestas básicas de consenso en los grupos como:

• Conseguir unos estándares de calidad que permitan ofrecer mejores servicios a las personas, a las familias y a los profesionales de la salud mental Ofrecer, por tanto, a la población unos servicios que supongan un progreso en la atención a la salud mental en las Islas Baleares[39].
• Avanzar en la humanización de la asistencia sanitaria a las personas con enfermedad mental mediante la lucha contra el estigma y el empoderamiento de los usuarios. Respetar principios básicos como la independencia, la autonomía y la dignidad de las personas.
• Fortalecer la promoción de los factores de Salud Mental, la prevención del suicidio, los trastornos mentales y las adicciones, mejorar el conocimiento que los profesionales y los usuarios tiene sobre la salud mental y mediante intervenciones intersectoriales.
• Poner especial atención en poblaciones sensibles como la salud mental de niños y adolescentes considerada como un área asistencial especializada diferenciada de la atención a los adultos.
• Garantizar la atención a las personas con un trastorno mental grave, así como su rehabilitación y el apoyo a sus familiares y cuidadores.
• Impulsar el liderazgo participativo de los profesionales de la Red de Salud Mental, recoger las valoraciones, las mejoras y las necesidades detectadas por: profesionales sanitarios expertos, asociaciones de usuarios, familias, entidades prestadoras de servicios directos de salud mental y otros agentes implicados.
• Fomentar la formación continuada con el objeto de dar una asistencia de calidad, en la que disminuya la variabilidad interindividual y mejore la gestión del conocimiento,

Figura 2. Fuente Elaboración propia.

la investigación y la innovación en la Red de Salud Mental.

4.2. Modelo de trabajo

Se ha articulado la creación de un comité técnico compuesto por profesionales representativos de cada estamento y de diferentes sectores de Salud Mental, con el propósito de realizar un trabajo transversal en la elaboración de este Plan Estratégico.

Figura 4. Fuente Elaboración propia.

Los grupos de trabajo se han conformado con los profesionales del Servicio de Salud, de otras administraciones públicas implicadas en la Salud Mental (Consejería de Asuntos Sociales, Ministerio de Justicia, Consejería de Educación, los consejos insulares y la Dirección General de Salud Pública y Participación) y de los principales agentes sociales de las Islas Baleares(asociaciones de usuarios y de familiares, entidades del tercer sector y las sociedades científicas entre otros). El comité técnico lidera de manera matricial para garantizar las necesidades reales en términos de salud mental y su aplicación en una cartera de servicios equitativa con el resto del territorio español.

Se establece una forma de trabajo basada en:

• Adoptar una estrategia de desarrollo progresivo y acumulativo, en la que las acciones se han planificado en bloques temporales hasta la ejecución completa del trabajo. En cada interacción del grupo de trabajo, se ha mejorado la versión anterior y asegurado un resultado final más completo.

• Basar la calidad del resultado de los grupos de trabajo en la experiencia de cada uno de los profesionales participantes, en su motivación para desarrollar esta labor y en su actitud más que en la calidad de los procesos empleados.

• Solapar diferentes fases del desarrollo, en lugar de realizar una tras otra de forma secuencial o en cascada. La elaboración del Plan Estratégico ha sido un proceso vivo y flexible.

• Solicitar a los grupos que respondan a las necesidades del objetivo planteado en clave de acciones. Objetivo: acción.

• Posibilitar que los equipos dispongan de una red de comunicación para trabajar colaborativamente y alcanzar sus metas según el cronograma.

4.3. Puesta en marcha

Una vez realizado el análisis de la situación, la identificación y la priorización de las principales necesidades y de las áreas de mejora y la reflexión estratégica, se han establecido las líneas del nuevo plan estratégico de salud mental. Dichas líneas se han formulado en forma de objetivos y acciones concretas a realizar basadas en las aportaciones de los grupos de trabajo. Se han incorporado intervenciones y programas asistenciales, hitos estructurales y organizativos o mejoras en el área del conocimiento. Posteriormente, se ha redactado el documento incluyendo los indicadores de seguimiento y de evaluación. Finalmente, se ha remitido para su aprobación y difusión previa a su implementación.

Figura 3. Fuente Elaboración propia.

5. Misión, visión, valores y principios estratégicos

5.1. Misión

Mejorar la salud mental de la población, tanto la de las personas afectadas como la de la población en general.

5.2. Visión

Mediante la planificación, implementación y evaluación de los recursos apropiados, alcanzar una asistencia sanitaria de corte biopsicosocial en la que el paciente sea el centro del sistema. De forma integradora, multidisciplinaria y transversal. Coordinada con otras instituciones implicadas en la salud mental, y eficiente en la continuidad de los tratamientos, la rehabilitación y la reinserción. Se pretende desarrollar un modelo que preserve la dignidad y la autonomía de los usuarios y sus familias. Un modelo comunitario que facilite a la persona con una enfermedad mental la proximidad y la accesibilidad a los recursos asistenciales de la Red de Salud Mental.

5.3. Valores

• Autonomía de las personas y la lucha contra el estigma para respetar y promover su empoderamiento y su recuperación personal. Reconocimiento expreso de la asistencia al usuario con trastorno mental en igualdad de condiciones que cualquier otro ciudadano.
• Accesibilidad para prestar asistencia al usuario y a sus familiares cuando y donde la necesiten.
• Continuidad de cuidados, esto es, la capacidad de la Red asistencial de Salud Mental para proporcionar tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo de manera longitudinal tanto a los usuarios como a sus familias.
• Equidad territorial en la distribución de los recursos de salud mental en cada uno de los sectores de las Islas Baleares.
• Calidad a nivel estructural de los recursos, procesos, resultados y efectos sobre la enfermedad o sobre los niveles de salud obtenidos.

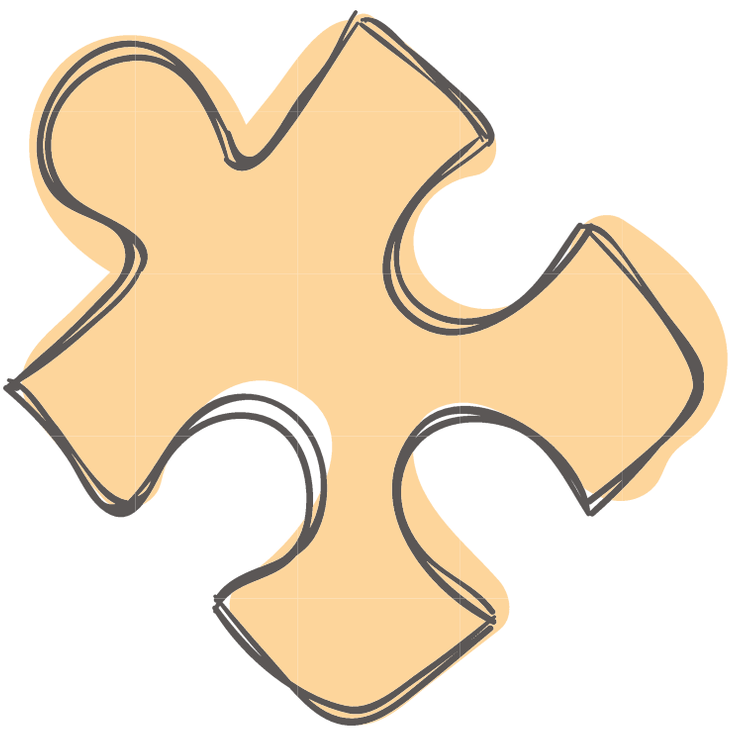
5.4. Principios estratégicos

Modelo comunitario y coordinado con Atención Primaria para atender a las necesidades de las personas con problemas de salud mental y a sus familias de la manera más cercana y en su medio más habitual.

Modelo orientado a mejorar la autonomía, a la lucha contra el estigma y a la humanización de la asistencia de las personas con trastorno mental. Modelo participativo de atención a las personas y a sus familias en cuanto al empoderamiento, a la información sobre su plan terapéutico y a las decisiones que, como ciudadanos de pleno derecho, tienen sobre las decisiones que conciernen a su recuperación.

Organización de los servicios de Salud Mental orientados a un modelo de atención basada en la recuperación de la persona. Defender y establecer las ayudas suficientes que favorezcan el desarrollo de un proyecto de vida esperanzador que tenga en cuenta los retos y los objetivos personales que den sentido a una vida de calidad.

Respuesta integral a las necesidades de las personas con problemas de salud mental basada en una atención transversal, en equipos multidisciplinares de enfoque biopsicosocial y en la adaptación a un entorno cambiante con nuevos determinantes sociales y de salud como son las adicciones, que ya forman parte de una realidad establecida de los problemas de salud mental.



6. Metas, líneas estratégicas, objetivos y acciones

En línea con la Estrategia de Salud Mental del Ministerio 2009-2013, las recomendaciones internacionales y las directivas surgidas de la evaluación y del análisis de la situación actual en los sectores sanitarios de las Islas Baleares con respecto a la salud mental, en el Plan Estratégico 2016-2022 se establecen las líneas, los objetivos generales y los objetivos específicos con acciones a realizar:

6.1. Meta 1. Promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y lucha contra el estigma

En el documento "Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta"[40], la OMS señala que la promoción de la salud mental consiste en la creación de entornos y de condiciones de vida que la propicien y que permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. Dicho objetivo precisa de estrategias intersectoriales como las siguientes:

• Intervención precoz en la infancia y apoyo al desarrollo infantil.

• Lucha contra la desigualdad de género.

• Aumento del apoyo social a las poblaciones geriátricas y a los grupos vulnerables (minorías, migrantes, etc.).

• Promoción de la salud mental en la escuela y en el trabajo.

• Creación de políticas de vivienda.

• Desarrollo de programas de prevención de la violencia.
• Puesta en marcha de programas de desarrollo comunitario.

• Reducción de la pobreza y mejora de la protección social para los pobres.

• Desarrollo de la legislación y realización de campañas contra la discriminación.

• Promoción de los derechos, de las oportunidades y de la atención a las personas con trastornos mentales.

El Plan Estratégico de Salud Mental 2016-2022 de las Islas Baleares propone emprender acciones intersectoriales relacionadas con la promoción de la salud mental en la población en general, y establece objetivos propios relacionados con la población infanto-juvenil y con las personas adultas, afectas de trastorno mental grave.

Es necesario reforzar la acción comunitaria de los profesionales de Atención Primaria[41], a través de su participación efectiva y concreta, dado que la salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento de un individuo y de una comunidad.

Debemos colaborar en la elaboración de mapas de activos que puedan utilizarse como prescripción efectiva y que, de esta manera, nos ayuden a promocionar la salud y a prevenir la enfermedad. Son elementos esenciales empoderar a la población para que ejerza un mayor control sobre su propia salud, ofrecer una perspectiva positiva de la salud mental, dirigida a involucrar a las personas en la responsabilidad de su propia salud[42].

Es de suma importancia promover estilos de vida más saludables en las personas con trastorno mental grave[43]. En este momento, la protección y promoción de la salud física de las personas con un trastorno mental grave se considera una línea prioritaria de intervención a nivel mundial[44], tanto éticamente como desde el ámbito de la salud pública, ya que afecta a la protección de derechos fundamentales de las personas y a sus posibilidades de bienestar y de calidad de vida[45].

La prevención de la enfermedad mental se basa en reducir la incidencia, la prevalencia y la recurrencia de los trastornos mentales, así como el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, en sus familias y en la sociedad[46].

6.1.1. Línea estratégica 1. Promover de la salud mental en la población en general y en grupos específicos

Objetivo general 1. Promover la salud mental en la población en general

Objetivo específico 1. Impulsar actividades de promoción de salud mental que permitan un óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico de la población adulta y de la infanto-juvenil a través de la acción comunitaria y del empoderamiento.

Acciones a realizar:

1. Diseñar una campaña de información y de divulgación dedicada a temas de salud mental. Ello incluye medios de comunicación y uso de las redes sociales[47-48-49-50] y de recursos propios.

2. Implementar, desde el Servicio de Salud, un teléfono de

información a través del 061 –Salud responde– como plataforma de información para profesionales y usuarios de la Salud Mental

3. Realizar un programa de formación continuada en salud mental durante dos años para pediatras, médicos y enfermeros de Atención Primaria de las patologías de salud mental más prevalentes en la población infantil y adolescente.

4. Colaborar a promocionar el asociacionismo con los usuarios, con sus organizaciones y con las entidades que proveen servicios ocupacionales y/o residenciales a los usuarios de los servicios de Salud Mental.

5. Facilitar la divulgación de información sobre aspectos generales y consejos básicos para la promoción y prevención de la salud mental en los centros educativos.

6. Colaborar con la Consejería de Educación en la divulgación del protocolo para la detección y el abordaje del acoso escolar en los centros educativos.

Objetivo general 2. Promover la salud mental en las personas con un trastorno mental grave

Objetivo específico 2. Promover conductas saludables en las personas con un trastorno mental grave (TMG), detectar las necesidades biopsicosociales de los pacientes con TMG y sus familias[51-52].

Acciones a realizar:

7. Desarrollar un plan individualizado de tratamiento (PIT) para las personas con un trastorno mental grave que incluya objetivos y actividades de promoción de la salud física con el personal de enfermería de los centros de Atención Primaria y de la Unidad de Salud Mental.

8. Incorporar programas psicoeducativos. El personal de enfermería de las unidades de salud mental y de los centros de salud de Atención Primaria son los profesionales que tienen que incorporar dichos programas dirigidos a pacientes y a familiares.

9. Desarrollar actividades de promoción de salud de baja exigencia dirigidas a personas con trastorno mental grave que favorezcan su socialización progresiva e integración en los recursos sociosanitarios de la zona de salud.

10. Impulsar el desarrollo intersectorial y participativo a través de estrategias específicas de promoción de salud, como la divulgación de los recursos sociocomunitarios existentes para las personas con un trastorno mental grave y sus cuidadores. Colaborar con la Gerencia de Atención Primaria (GAP) en la elaboración de mapa de activos de la Comunidad.

11. Potenciar la coordinación y la formación entre el equipo de Salud Mental, Atención Primaria y los dispositivos de los servicios sociales.

6.1.2. Línea estratégica 2. Prevención de los trastornos mentales

Objetivo general 3. Prevenir los problemas de salud mental en la población en general

Objetivo específico 3. Mejorar el Programa de Prevención de Problemas de Salud Mental en la población infantil y adolescente de las Islas Baleares incluido en el Programa de Salud Infantil y Juvenil de las Islas Baleares que se aplica en el ámbito de Atención Primaria en toda la Comunidad Autónoma.

Acciones a realizar:

12. Actualizar y revisar el documento existente en el Programa de Salud Infantil y Juvenil de las Islas Baleares, haciendo hincapié en definir factores de riesgo de enfermedad mental, el TMG, la heredabilidad, señales de alarma y criterios de derivación desde Atención Primaria a Salud Mental o a otros servicios con el consenso entre los profesionales referentes de los diferentes servicios asistenciales y de las administraciones implicadas.

13. Difundir la actualización entre todos los profesionales del primer nivel asistencial y a otros agentes implicados en el entorno médico, social y educativo de la infancia y de la adolescencia. Libro impreso, correo electrónico y páginas web corporativas, de tal manera que cualquier profesional de dicho nivel del territorio balear tenga acceso al documento. Se tendrán en cuenta también otros agentes implicados en el entorno médico, social y educativo de la infancia y de la adolescencia.

Objetivo específico 4: Elaborar e instaurar un programa específico de prevención de problemas de salud mental coordinado por Pediatría de Atención Primaria y la USM, dirigido a los menores a cargo de familiares y/o de cuidadores principales con un diagnóstico de trastorno mental grave, aplicable en todo el territorio balear y que incluya la detección, la derivación, el grado de intervención y el seguimiento.

Acciones a realizar:

14. Elaborar un programa de detección y seguimiento de menores que viven en familias con algún miembro afecto de trastorno mental grave para prevenir posibles problemas psicológicos y/o sociales de estos menores.

15. Desarrollar e implantar un programa piloto de prevención primaria como propuesta de intervención psicoeducativa para las familias (pacientes con diagnóstico de TMG y sus hijos menores a cargo), para mejorar las habilidades parentales, disminuir el estigma de trastorno mental grave en los hijos y mejorar la comunicación intrafamiliar.

Objetivo general 4. Crear el Plan de Prevención del Suicidio. El suicidio y sus intentos configuran un grave problema de salud pública que afecta a personas de cualquier edad, cultura, grupo poblacional y género[53].

En febrero de 2017, el INE hizo públicas las estadísticas de defunciones por causas de muerte de 2015, entre dichas causas, se encuentran los suicidios: 3.602 personas, 10 personas al día, un 75% son hombres y un 25% mujeres. Respecto a 2014, supone una disminución de casi el 8%.

En 2015, la comunidad autónoma de las Islas Baleares registró 93 suicidios, 1,8 suicidios a la semana. Mientras que los suicidios en los hombres han disminuido, en las mujeres se registra una cifra histórica ya que supera la máxima de 2014. Sigue siendo la principal causa externa de muerte en España. Es la primera causa absoluta de muerte entre los hombres de 15 a 29 años y la segunda, después de los tumores, en las mujeres en este mismo rango de edad[54].

El suicidio produce un importante impacto en la sociedad por varias razones: por ser una de las principales causas de muerte en jóvenes[55], por el impacto emocional que provoca en las víctimas de la postvención (familiares y amigos que sobreviven al fallecido), por el mimetismo social de este tipo de conductas y por el impacto sobre el profesional que trata al paciente.

Objetivo específico 5. Diseñar un sistema de vigilancia epidemiológica del suicidio y de la conducta suicida[56].

Acciones a realizar:

16. Implementar un Observatorio del Suicidio mediante un sistema de recogida de información epidemiológica en las Islas Baleares.

17. Consensuar protocolos de prevención del suicidio y de seguimiento coordinado en todos los ámbitos, al alta de los pacientes tras un intento de suicidio (urgencias de hospitales, urgencias y consultas de AP y unidades de salud mental)[57-58].

18. Desarrollar e implantar un procedimiento normalizado de actuación en las unidades de salud mental ambulatorias para pacientes con riesgo suicida e intentos de suicidio previos. Se potenciarán los factores protectores y la detección de situaciones de alto riesgo, y se prestará una especial atención a los grupos de riesgo (infancia, adolescencia, personas mayores, enfermos crónicos graves y violencia de género), así como a los pacientes con trastornos relacionados con una mayor incidencia de suicidio[59-60].

Objetivo específico 6. Desarrollar programas formativos destinados a la prevención del suicidio dirigidos a profesionales implicados en la detección y en la atención al riesgo de suicidio en la población en general y en los grupos de riesgo[61].

Acciones a realizar:

19. Impartir programas formativos de conducta suicida para profesionales médicos y de enfermería en Atención Primaria, servicios sanitarios y sociales de atención a las personas mayores, profesionales del medio escolar y universitario.

20. Elaborar y difundir material informativo sobre la prevención de suicidio en centros de Atención Primaria y en hospitales, en colaboración con asociaciones de prevención de suicidio[62].

21. Establecer un equipo de apoyo profesional para los centros escolares con el fin de dar apoyo a iguales de niños y jóvenes que han realizado un suicidio consumado. Implantar pautas de detección para familiares, alumnos y docentes con programas formativos. Favorecer la creación de asociaciones para supervivientes –en correspondencia con la Línea estratégica 6 de atención a la Salud Mental infanto-juvenil.

Objetivo específico 7. Reducir el acceso a medios letales a través de medidas encaminadas a evitar la acumulación indebida de medicación por parte de pacientes con riesgo suicida.

Acciones a realizar:

22. Establecer mecanismos de control informatizado de la dispensación de recetas de psicofármacos. Prescribir

fármacos de menor toxicidad en grupos de riesgo y ajustar la cantidad de medicación de los envases por parte de los profesionales que los prescriben. Esto va a facilitar, además, una mayor vinculación médico-paciente y una mejor supervisión por parte del profesional.

23. Recoger información y evaluar el acceso a otros medios letales, según las recomendaciones de la OMS[63] respecto a las barreras arquitectónicas en lugares elevados, puentes, etc., con el fin de desarrollar medidas preventivas. Instar a las autoridades competentes a seguir estas recomendaciones.

Objetivo específico 8. Fomentar el adecuado abordaje por parte de los medios de comunicación de las noticias relacionadas con conductas suicidas y con suicidios consumados a través de cuñas publicitarias, teléfono de la esperanza en niños, adolescentes y adultos, atención al acoso escolar, atención a víctimas de violencia de género, colectivo LGTBI, etc.

Acciones a realizar:
24. Informar del adecuado abordaje y del uso de las directrices señaladas por la OMS para el tratamiento de los suicidios por parte de los medios de comunicación y evitar el sensacionalismo, el estigma, etc.

25. Priorizar la promoción de la salud y la prevención del suicidio por parte de los medios de comunicación.

Objetivo específico 9. Fomentar la investigación de la conducta suicida[64] y del acoso en menores. Para completar las actuaciones encaminadas a la prevención del suicidio, se destaca la importancia de la investigación dirigida al estudio tanto de las bases biológicas y genéticas de la conducta suicida, como de los aspectos sociales y psicológicos que concurren en los pacientes con riesgo suicida.

Acciones a realizar:
26. Impulsar proyectos de investigación de la conducta suicida, de la depresión y del acoso en menores, especialmente dirigido a la prevención del suicidio[65].

27. Estudiar el uso que hacen los niños y adolescentes de las redes sociales que puedan promover conductas suicidas y de las medidas legales a adoptar.

Objetivo general 5. Prevenir las adicciones. Actualmente, en nuestra Comunidad Autónoma, la Dirección General de Salud Publica articula el Plan de Adicciones y Drogodependencias de las Islas Baleares (PADIB).

El PADIB actúa transversalmente mediante la promoción y la prevención de las adicciones en diferentes entornos (educativo[66], familiar, ocio, comunitario, laboral y de tratamiento en las unidades de conductas adictivas[67]).

Objetivo específico 10: Colaborar con la Dirección General de Salud Publica en el desarrollo del PADIB.

Acción a realizar:
28. Elaborar un plan de trabajo coordinado sobre las actuaciones en materia de adicciones en las Islas Baleares y de la problemática asociada a la salud mental de la persona afectada, de sus familias y de la sociedad que incluya compartir la información y documentación necesaria para hacer el seguimiento y la evaluación continuada del consumo de drogas.

Objetivo general 6. Fomentar el autocuidado de los profesionales de la Salud Mental. Desde hace algunos años, la cultura del autocuidado en el ámbito laboral y el desarrollo de estrategias encaminadas a la prevención y a la promoción de la salud de diferentes grupos profesionales, han ido tomando cada vez más relevancia[68].

Es un hecho que, en las sociedades más desarrolladas, los servicios de prevención de la salud y de riesgos laborales tienen un largo recorrido, ya que forman parte de las instituciones y de las empresas como un servicio integrado y que se entiende como necesario, aunque esté orientado fundamentalmente a la dimensión física de la salud, con una escasa consideración de los aspectos psicológicos o de bienestar emocional.

Este creciente interés ha favorecido el diseño e implantación de programas destinados a salvaguardar el bienestar y la salud de los profesionales, especialmente de aquellos cuyas principales actividades se centran en prestar ayuda[69], procurar alivio y/o que soportan una elevada carga de estrés[70].

Es verdad que los sistemas sanitarios han adquirido una gran complejidad tecnológica y de gestión. Es por ello que se necesita encontrar un equilibrio razonable entre la tecnología y la humanidad[71].

En este sentido, los programas de autocuidado profesional persiguen favorecer la adquisición de competencias

en los profesionales y en los equipos para promover su salud y bienestar emocional, así como detectar y resolver las condiciones particulares de desgaste asociadas a su ejercicio profesional[72].

Un programa de autocuidado para los trabajadores y los equipos terapéuticos de la red[73-74] supone una ganancia incuestionable por los beneficios directos derivados de la inclusión progresiva de una cultura del cuidado y autocuidado profesional integrada en el aprendizaje y en el quehacer del trabajo cotidiano.

Objetivo específico 11. Impulsar, fomentar y desarrollar una cultura de autocuidado de los equipos que conforman la red asistencial pública de Salud Mental, orientada a la promoción de la salud, a la disminución del estrés y a la prevención del Burnout de los profesionales.

Acciones a realizar:

29. Incluir el programa de autocuidado profesional en la cartera de servicios de la Red Asistencial de Salud Mental con la creación del Servicio de Atención y Cuidado del Profesional, de tal manera que se promuevan nuevas acciones y climas favorables para el autocuidado profesional.

30. Incluir el autocuidado profesional en la formación de todos los nuevos profesionales para favorecer una cultura de autocuidado desde el periodo de formación, posibilitar generar a medio y largo plazo procesos de cambio que incorporen esta cultura de autocuidado como una parte más del trabajo en los equipos y en los profesionales.

31. Realizar seminarios teórico-prácticos en temas relacionados con el autocuidado para cada sector sanitario de Salud Mental.

32. Establecer controles de calidad del programa de autocuidado en cada sector sanitario.

6.1.3. Línea estratégica 3. Autonomía y humanización de la Salud Mental

Uno de los objetivos es avanzar en la autonomía del paciente y en la justicia y salvaguardar los derechos fundamentales como la libertad, la dignidad, el autoestima y el bienestar personal[75-76].

Dicho propósito se concreta en diversas propuestas para luchar contra el estigma que, tradicionalmente, acompaña a la enfermedad mental dentro y fuera del entorno sanitario, y humanizar la asistencia adoptando medidas para salvaguardar la dignidad de las personas usuarias del Sistema de Salud.

El estigma hace referencia a la atribución de calidades negativas y despectivas sobre un colectivo de personas que pasan a ser vistas, pensadas y tratadas a través de un prisma construido sobre prejuicios y falta de información[77].

No está consolidado un modelo de intervenciones para abordar el problema del estigma y la discriminación. No existe un registro formal de normas y procedimientos en los centros sanitarios, ni un seguimiento de los mismos, para conseguir una efectiva inclusión social y el respeto a los derechos de los pacientes y sus familias. Si bien es cierto que existen muchas y válidas iniciativas contra el estigma y la discriminación, hay un déficit en iniciativas más orientadas hacia la sociedad civil que pretendan abarcar todo el territorio nacional.

Se propone elaborar un plan de intervenciones con un mecanismo de seguimiento sobre normas específicas y procedimientos de los centros sanitarios encaminados a fomentar la integración, a evitar el estigma y la discriminación de las personas con trastorno mental[78].

Objetivo general 7. Luchar contra el estigma. El estigma por razón de salud mental es un problema global y la lucha para erradicarlo tiene que ser una prioridad en cualquier sociedad democrática y libre. El Plan Estratégico contempla diferentes intervenciones contando con los agentes sociales implicados, como asociaciones de familiares y pacientes, educadores, trabajadores sociales, etc[79].

Objetivo específico 12. Analizar los estereotipos, los prejuicios y las discriminaciones asociados a la enfermedad mental en la comunidad autónoma de las Islas Baleares y realizar actividades para combatirlas.

Acciones a realizar:

33. Incluir dentro de la Oficina de Salud Mental de las Islas Baleares un Observatorio del Estigma en Salud Mental encargado de analizar las distintas visiones de la sociedad balear sobre la enfermedad mental, recoger la experiencia de las asociaciones de pacientes y familiares y diseñar actividades encaminadas a la sensibilización y a la dignificación del paciente con trastorno mental. Estrategias basadas en proyectos de investigación de la lucha contra el estigma: becas, premios y similares; la realización de entrevistas diri-

gidas a la población en general y a colectivos específicos; intervenciones en medios de comunicación, en colegios profesionales y en otras instituciones.

34. Realizar actividades de formación y de sensibilización dirigidas a diferentes colectivos profesionales de los ámbitos de la sanidad, del periodismo, de la educación, de las fuerzas y cuerpos de seguridad y de la justicia.

35. Definir, coordinar y estructurar actividades de carácter comunitario, inclusivo y participativo. Profesionales capacitados tienen que definir, coordinar y estructurar dichas actividades con la colaboración de voluntarios y otros profesionales a través de actividades deportivas, culturales y artísticas como el teatro, convenios con museos etc.; mediáticas como la radio; lúdicas como los cursos, los viajes o los foros de puertas abiertas.

36. Sensibilizar a la sociedad mediante campañas en los medios de comunicación, imágenes móviles en vehículos de salud, cartelería y redes sociales. Se abordarán, destacando la salud por encima de la enfermedad, temas como el estigma, el suicidio, el consumo responsable de psicofármacos, las adicciones.

37. Incluir la voz de los usuarios en este Plan Estratégico y en los sucesivos, y garantizar su participación en la toma de decisiones a través de un sistema de participación informada –en correspondencia con la Meta 3. Corresponsabilización institucional.

Objetivo general 8. Humanizar las unidades de hospitalización breve (UHB). El Plan propone revisar el ambiente terapéutico de las unidades de hospitalización breve para poder diseñar planes de mejora en dichos dispositivos.

En los estudios y en los planes realizados en este sentido se describen cuatro dimensiones que definen el ambiente terapéutico: el espacio físico, la dinámica de funcionamiento, el ambiente relacional y el trabajo en equipo y clima laboral. La adecuación del espacio físico ha demostrado su efecto en la recuperación de los pacientes, en la prevención de las conductas agresivas y en la salud del personal[80]

Objetivo específico 13. Conseguir un ambiente terapéutico que reúna seguridad, dignidad y privacidad del paciente.

Acciones a realizar:

38. Revisar las posibles carencias en el espacio físico (iluminación, existencia de los espacios necesarios etc.) para mejorar la calidad de la asistencia, la autonomía del paciente y el ambiente terapéutico.

39. Realizar encuestas al personal sanitario, a los pacientes y familiares sobre necesidades a este respecto.

40. Establecer en las unidades de hospitalización breve intervenciones dirigidas a la recuperación, a la continuidad de cuidados y a la coordinación asistencial, y atender las necesidades sociales del paciente.

41. Dotar a las UHB de un trabajador social a tiempo completo.

42. Disminuir las medidas coercitivas en la UHB recomendadas en el programa "Hacia la contención mecánica cero" de este Plan Estratégico (ver Objetivo general 9).

43. Establecer un estilo relacional terapéutico (con bajo nivel de criticismo y hostilidad y evitando la sobreimplicación emocional) mediante un protocolo de acogida para nuevos profesionales con formación básica en habilidades de comunicación.

44. Mejorar la comunicación y la colaboración del equipo, debe tenerse en cuenta el elevado grado de estrés en una unidad de estas características mediante el Programa de Autocuidado Profesional (ver Objetivo general 6).

Objetivo general 9. Poner en marcha el programa "Hacia la contención mecánica cero". En la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud se señala la importancia de salvaguardar la dignidad de las personas y de reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas, las actitudes del personal sanitario tienen que adaptarse al principio de recuperación[81].

La contención mecánica es un procedimiento utilizado por los profesionales sanitarios, de distintos ámbitos, para inmovilizar a una persona que presenta una situación vital que pone en riesgo su integridad física o la de las personas que la rodean, y que no ha podido ser resuelta con un abordaje verbal y/o farmacológico.

En Salud Mental, una buena praxis obliga a que la conten-

[d] **Àmbit Internacional nùm. 30**

ción mecánica sea siempre el último recurso a emplear cuando las demás opciones han fracasado[82]. En el desarrollo del procedimiento siempre existe un riesgo de sufrir daño físico, tanto para los profesionales sanitarios como para la persona contenida. Además, la persona que recibe la intervención puede vivir la experiencia como una agresión, una vulneración de su libertad, de su autonomía y otros derechos fundamentales recogidos, entre otros, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos , en la Constitución Española y en los códigos deontológicos[83]. El daño moral y psicológico puede, incluso, dejar secuelas importantes durante toda la vida.

Cada vez son más los profesionales de la salud, las asociaciones de pacientes y familiares, los medios de comunicación que se oponen a la contención mecánica por considerarla una manera de maltrato.

Este Plan Estratégico analiza las acciones formativas, procedimentales y estructurales de eficacia demostrada que permiten suprimir o minimizar las contenciones mecánicas[84].

Objetivo específico 14. Fomentar la prevención y el descenso en el número de sujeciones y orientar hacia un modelo de respeto, empoderamiento y autonomía del paciente y libre de coerción[85].

Acciones a realizar:

45. Formar al personal sanitario en el uso de técnicas de comunicación, de desescalada y de aislamiento terapéutico que garanticen la seguridad física del paciente y el respeto a sus derechos.

46. Elaborar un registro de supervisión de los episodios de contención y de aislamiento que permita analizar todos los episodios e identificar alternativas orientadas a la eliminación de las medidas coercitivas.

Objetivo específico 15. Definir un procedimiento de contención mecánica unificado de la comunidad autónoma de las Islas Baleares que establezca en el ámbito asistencial las indicaciones, el registro, el inicio y la finalización de la contención mecánica.

Acciones a realizar:

47. Elaborar un protocolo único de aplicación en los diversos niveles asistenciales (061, servicios de Urgencias, etc.) que describa las distintas fases de actuación en el paciente con riesgo de agitación. Deben incluirse los procedimientos en las fases no coercitivas previas y en la eventual contención mecánica. Este protocolo tendrá en cuenta:

• La elaboración de un procedimiento de transferencia del paciente contenido en el Servicio de Urgencias.

• Los servicios de Urgencias y Hospitalización de cada sector sanitario dispondrán del personal necesario y de las instalaciones para garantizar la intervención sin coerción y la vigilancia de los pacientes.

• La elaboración de un registro de supervisión de los episodios de contención que contenga los indicadores de valoración y estándares de mejora que permita monitorizar los procesos de contención.

48. Avanzar hacia la eliminación progresiva de las habitaciones de contención en las unidades de hospitalización. Pilotar el procedimiento “Habitación de tiempo fuera” sin estímulos en la Unidad de Hospitalización infanto-juvenil del Hospital Universitario de Son Espases y trasladarlo, posteriormente, a otras unidades, según los resultados obtenidos.

Objetivo general 10. Implementar el programa hospitalario para la autonomía del paciente. Se propone establecer un marco asistencial que avance en la autonomía de los pacientes con enfermedades mentales que requieren un ingreso hospitalario. Dar un mayor peso a la humanización de las funciones asistenciales, basadas en el respeto y en la autonomía del paciente. Supone un compromiso en garantizar, en lo posible a las personas con enfermedades mentales, condiciones similares en el ámbito hospitalario que al resto de pacientes que están ingresados por otras disciplinas médicas[86-87].

Objetivo específico 16. Contribuir, en la medida de lo posible, en la disminución del malestar y de la tensión que produce un ingreso a un paciente que padece un trastorno de salud mental.

Acción a realizar:

49. Mejorar paulatinamente las condiciones del ingreso hospitalario mediante la introducción de medidas que disminuyan el malestar del paciente. Se sugieren medidas como: individualización de procedimientos, salidas terapéuticas, programa hospitalario de puertas abiertas, etc.

6.2. Meta 2. Revisión del modelo organizativo y de la cartera de servicios

Como se ha dicho, el Plan Estratégico 2016-2022 pretende garantizar una atención de calidad, integral y con perspectiva biopsicosocial, orientada al modelo comunitario y con condiciones de equidad territorial.

La segunda meta estratégica resume las acciones orientadas a completar el desarrollo y la redefinición de la Red de Salud Mental, mejorar la organización, la funcionalidad y la accesibilidad en todos los sectores sanitarios y dotarla de los recursos humanos necesarios.

Asimismo, aborda la mejora de la calidad de la atención en todos los ámbitos mediante la formación continua de los profesionales, el desarrollo de herramientas de disminución de la variabilidad en la práctica clínica, y la colaboración entre los diferentes ámbitos.

La OMS defiende, en su informe "Integrando la Salud Mental a la Atención Primaria"[88], que es la manera más viable de asegurar que la población acceda a los cuidados en salud mental que necesita.

6.2.1 Línea estratégica 4. Atención comunitaria

Objetivo general 11. Integrar la salud mental en Atención Primaria. En nuestro medio, la mayoría de las primeras consultas relacionadas con la esfera de la salud mental se producen en Atención Primaria, de manera que, aún sin estar integrados orgánicamente en la Red, los profesionales de Atención Primaria constituyen su primer eslabón[89].

La calidad de la atención depende del adecuado diagnóstico y abordaje de los trastornos más frecuentes y de la rápida identificación de aquellos que deben ser derivados a los dispositivos de Salud Mental y adicciones[90].

Además, la creciente medicalización de la sociedad incrementa las consultas por problemas psicosociales de la vida cotidiana en los que los profesionales están llamados a contener la ansiedad de los pacientes, a ofrecerles un espacio de escucha en el que puedan explicar confidencialmente sus problemas, y a orientarles acerca de cómo afrontarlos y evitar al máximo la medicalización y la cronificación del cuadro[91-92].

Todo ello pasa por un refuerzo de los conocimientos y de las habilidades de los profesionales en: la entrevista clínica, el diagnóstico, el uso de técnicas de apoyo psicológico de baja intensidad que permita conseguir a la persona un afrontamiento eficaz de su proceso de salud/enfermedad y el empleo juicioso de los psicofármacos cuando se precisen[93].

Asimismo, la coordinación asistencial es clave para asegurar una atención de calidad y una adecuada continuidad de cuidados, de manera que se establezcan pautas de actuación consensuada y una comunicación fluida y constante. Debe orientarse el modelo asistencial hacia una atención colaborativa[94].

En este sentido, el Plan Estratégico prevé la incorporación de psicólogos de enlace en los centros de salud para encargarles labores de formación, de aumento de la resolución de Atención Primaria y de coordinación asistencial con los dispositivos de Salud Mental.

Por último, la orientación al modelo comunitario requiere de todos los dispositivos sanitarios (AP y Red de Salud Mental) una adecuada coordinación con profesionales e instituciones no sanitarias presentes en la Comunidad: Servicios Sociales, Educación, Trabajo, Vivienda, Justicia, etc.

Objetivo específico 17. Mejorar la capacidad de resolución de Atención Primaria y la coordinación asistencial.

Acción a realizar:

50. Promover, en los profesionales de Atención Primaria, la adquisición y el mantenimiento de los conocimientos y de las habilidades en entrevista clínica, técnicas de apoyo psicológico de baja intensidad para favorecer a las personas un afrontamiento eficaz a los procesos de salud/enfermedad y el empleo adecuado de psicofármacos[95] que permitan:

- Responder a las consultas por dificultades psicosociales de la vida cotidiana y evitar al máximo su medicalización.

- Realizar el diagnóstico y el tratamiento escalonado de los trastornos mentales más prevalentes en el adulto: depresión, ansiedad, trastornos adaptativos y trastornos somatomorfos indiferenciados.

- Conocer los cuadros de Salud Mental en la infancia y la adolescencia y los recursos asistenciales más adecuados para su atención.

- Explorar correctamente la ideación y la conducta suicidas.

- Diagnosticar y derivar de manera precoz los trastornos

de salud mental más invalidantes y complejos de la infancia, adolescencia y edad adulta.

• Apoyar a las unidades de salud mental en el seguimiento de los pacientes afectos de trastorno mental grave: refuerzo de la adherencia al tratamiento, cuidados coordinados de salud general, etc.

• Preguntar a los pacientes por el consumo de sustancias adictivas, asesorarles sobre sus riesgos, tratar y, en su caso, derivar a los dispositivos adecuados.

Objetivo general 12. Psicología clínica y de la salud en Atención Primaria

Objetivo específico 18. Crear la figura de psicólogo de enlace entre el centro de salud y los dispositivos de Salud Mental.

Acción a realizar:
51. Incluir, en la cartera de servicios de los psicólogos clínicos de enlace, las siguientes actividades orientadas al aumento de resolución de Atención Primaria y a la mejora de la coordinación asistencial que permitan:

• Formar a los profesionales de Atención Primaria en técnicas de apoyo psicológico de baja intensidad propias de ese nivel asistencial: terapia de resolución de problemas, prescripción de guías de autoayuda, etc., que permitan un acompañamiento adecuado y un afrontamiento eficaz en los procesos de salud/enfermedad.

• Colaborar activamente con los profesionales del centro en la creación de talleres grupales basados en relajación y técnicas cognitivas que estén orientados al abordaje de problemas prevalentes de baja complejidad: ansiedad, insomnio, etc.

• Asesorar y gestionar de manera conjunta los casos difíciles: pacientes que rechazan la propuesta de derivación, trastornos de personalidad, etc.

• Realizar actividades de coordinación asistencial: priorización de las derivaciones en caso de saturación de la USM y de IBSMIA, enlace con los diversos dispositivos de Salud Mental, con los psicólogos de centros educativos, etc.

Objetivo general 13. Definición de un modelo funcional y organizativo de las USM y de las UCR. El Plan Estratégico se orienta hacia un modelo centrado en el paciente, tiene una vocación comunitaria, está dotado de programas transversales destinados a responder a las necesidades de las personas y de su entorno en condiciones de equidad[96].

Objetivo específico 19. Integrar los dispositivos y el personal de las unidades comunitarias de rehabilitación (UCR) en los correspondientes sectores sanitarios de Salud Mental.

Acción a realizar:
52. Traspasar al personal de las UCR administrativa y funcionalmente al Servicio de Psiquiatría en el que se encuentran los otros dispositivos de su correspondiente sector sanitario de Salud Mental.

Objetivo específico 20. Mejorar el modelo funcional de las unidades comunitarias de rehabilitación.

Acciones a realizar:
53. Utilizar el mismo sistema informático de historia clínica y de gestión administrativa que el utilizado en los dispositivos de su área de Salud Mental

54. Homogeneizar los recursos y los sistemas organizativos en todas las UCR.

55. Implementar el protocolo de trastorno mental grave electrónico y hacerlo accesible a los distintos profesionales para realizar el censo de pacientes (coordinación con el grupo de trastorno mental grave).

56. Implementar un Plan Individual de Tratamiento/Rehabilitación electrónico (PIT/PIR) común en todo el área de Salud Mental para facilitar la continuidad y el seguimiento de los cuidados.

57. Crear la Comisión Sectorial de Trastorno Mental Grave para tratar las necesidades de cada enfermo y las de sus familiares.

58. Mantener la gestión de una asignación vinculada a individualizar la atención de las necesidades de cada paciente en su entorno familiar y social.

59. Establecer un programa transversal entre los dispositivos para asegurar la continuidad del tratamiento a los trastornos mentales graves incipientes.

Objetivo específico 21. Potenciar la colaboración entre las unidades de salud mental y los centros de Atención Primaria y asegurar una coordinación cercana y efectiva.

Acciones a realizar:

60. Las unidades de salud mental podrán ubicarse y reorganizar su funcionamiento para adaptarse mejor a las necesidades de cada sector sanitario, favorecer la accesibilidad y mejorar la competencia y la eficiencia de la atención al paciente.

61. Crear la figura de psicólogo de enlace entre el centro de salud y los dispositivos de Salud Mental (ver el Objetivo 18).

Objetivo general 14. Extensión del modelo ESAC a todos los sectores sanitarios de la Comunidad Autónoma. En la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013, se recomiendan intervenciones, de carácter integral de tipo asertivo comunitario, que sean capaces de facilitar la atención necesaria a las personas que, como consecuencia del trastorno que padecen, tienen dificultades para ejercer su derecho al tratamiento más adecuado, facilitarles la adherencia al mismo y la continuidad de cuidados.

En nuestra Comunidad Autónoma, gracias a la Estrategia de Salud Mental de las Islas Baleares 2006, se creó el primer equipo de seguimiento asertivo comunitario (ESAC) con la finalidad de garantizar la continuidad asistencial, reducir las hospitalizaciones, facilitar la reinserción social y mejorar la calidad de vida de estos enfermos.

Este Plan Estratégico pretende extender estos dispositivos a toda la Red y optimizar su funcionamiento.

Objetivo específico 22. Implantar en todos los sectores sanitarios de la Comunidad Autónoma un equipo de seguimiento asertivo comunitario para garantizar así la equidad de atención a toda la población diana de las Islas Baleares.

Acción a realizar:

62. Ultimar la implantación del modelo con la dotación de un ESAC en el sector sanitario de Llevant en Mallorca y a la isla de Menorca.

Objetivo específico 23: Homogeneizar la atención prestada por los equipos de seguimiento asertivo comunitario.

Acciones a realizar:

63. Crear un programa de actuación general por un equipo de trabajo formado por profesionales de distintas disciplinas con experiencia clínico asistencial que se base en las necesidades y en las características de la población diana de las Islas Baleares.

64. Implementar una comisión intersectorial que coordine, de manera conjunta, sus actuaciones.

65. Dotar a todos los ESAC de las Islas Baleares con los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo las funciones que se establecen, según la población atendida en cada sector sanitario con criterios de equidad.

66. Promover la formación continuada entre los profesionales de los ESAC para poder desarrollar sus funciones de la forma más adecuada y mejorar la calidad asistencial.

6.2.2. Línea estratégica 5. Atención hospitalaria

Objetivo general 15. La atención al usuario de Salud Mental en los servicios de Urgencias. Las evidencias disponibles sugieren que las mejoras en la gestión como la dotación suficiente de recursos humanos y materiales, los cambios organizativos[97-98] y la formación del personal reducen el riesgo de violencia, de fuga[99-100] y de necesidad de contención mecánica[101].

Objetivo específico 24. Mejorar la calidad de la atención al paciente de Salud Mental que acude a los servicios de Urgencias de los hospitales[102].

Acciones a realizar:

67. Estandarizar un proceso de triaje unificado que incluya una valoración completa del paciente que presenta un trastorno mental, el motivo de consulta, los antecedentes, las constantes vitales, etc.

68. Disponer de espacios específicos y personal de enfermería especializado o con formación en Salud Mental para la entrevista y el tratamiento de estos pacientes.

69. Establecer un protocolo uniforme de contención mecánica para los diferentes hospitales.

70. Sensibilizar y formar al personal del Servicio de Urgencias para evitar la estigmatización del paciente que padece una enfermedad mental.

71. Designar, en cada turno de Urgencias, un profesional

de enfermería, formado previamente, encargado de gestionar todos los casos de salud mental.

72. Realizar un plan de cuidados desde el momento del ingreso que recoja información sobre el paciente y sus familiares así como la valoración del riesgo de fuga[103], de suicidio y de agresión.

Objetivo general 16. Establecimiento de intervenciones de rehabilitación y recuperación en las unidades de hospitalización. La actividad grupal facilita un mayor impacto terapéutico por su función didáctica y de modelaje mediante el tratamiento de problemas que son comunes, el reforzamiento mutuo y el aprendizaje de la experiencia del otro.

Nuestra Comunidad Autónoma cuenta con distintas unidades de hospitalización, unidades de agudos, de subagudos, de media y de larga estancia y hospitales donde se realizan diversas intervenciones grupales, lideradas por los diferentes profesionales de Salud Mental, como medida de: contención y apoyo, rehabilitación, promoción de la salud e integración social.

La diversidad de dichas intervenciones y la atención específica que requieren las unidades obliga a detallar una cartera de intervenciones interdisciplinarias comunes que proporcionan una atención específica de Salud Mental, adecuada a cada dispositivo de hospitalización.

Objetivo específico 25. Establecer una cartera básica de intervenciones grupales en las unidades de hospitalización con el fin de unificar criterios y homogeneizar las prácticas profesionales y asistenciales.

Acciones a realizar:

73. Elaborar una cartera de intervenciones grupales común que deberán llevar a cabo en las unidades de hospitalización de todos los sectores sanitarios de Salud Mental de las Islas Baleares, por lo que es necesario:

• Estudiar las actividades que se están realizando en cada una de las unidades de hospitalización de la Comunidad.

• Concretar las intervenciones grupales para cada servicio atendiendo a las características de las distintas unidades de hospitalización.

• Adecuar los recursos humanos, como la inclusión de la figura del terapeuta ocupacional en las unidades de agudos así como de los materiales necesarios para llevar a cabo dichas intervenciones en cada sector sanitario.

74. Recoger en contrato de gestión para cada sector sanitario la realización de las intervenciones que han de llevarse a cabo en cada unidad de hospitalización.

75. Asegurar la formación continuada en actividades de intervención grupal en cada sector sanitario.

Objetivo general 17. Los hospitales de día de Salud Mental. Aunque los hospitales de día (HDD) de salud mental son un recurso ya existente en la mayoría de sectores sanitarios de la Red de Salud Mental del Servicio de Salud, uno de los objetivos del nuevo Plan Estratégico de Salud Mental 2016-2022 es completar la dotación, en todos los sectores sanitarios de las Islas Baleares, con la creación del Hospital de Día del sector de Llevant, en el Hospital de Manacor-

Los HDD para adultos son un dispositivo imprescindible dentro de la Red de Salud Mental, para facilitar la transición entre el ingreso hospitalario y el tratamiento en la Unidad de Salud Mental. Representan una intervención intensiva, estructurada, limitada en el tiempo y orientada a la continuidad de cuidados en la Comunidad de los pacientes con un trastorno mental grave.

Existen numerosas evidencias sobre su eficacia en la prevención de recaídas y de reingresos, así como en la estabilización. La finalidad de los HDD es facilitar la permanencia de la persona en su entorno familiar y en la comunidad y permitir que mantenga las actividades que considera importantes mientras continúa con el tratamiento ambulatorio.

Las intervenciones que se realizan van desde la contención de crisis hasta la rehabilitación, la promoción del cambio personal, el reordenamiento de las actividades y fomento de la adherencia al tratamiento. De esta manera, mejora la calidad de vida y la satisfacción del paciente y de sus allegados.

Objetivo específico 26. Extender el modelo de hospital de día en Salud Mental para adultos a todos los sectores sanitarios de la Red de Salud Metal de le Illes Baleares.

Acciones a realizar:

76. Crear de forma prioritaria un HDD en la zona de Llevant de Mallorca.

77. Establecer la dotación de profesionales necesaria para este dispositivo.

Objetivo específico 27. Definir un marco de actuación general de los HDD que homogenice sus actuaciones en los hospitales de Baleares.

Acciones a realizar:
78. Analizar las actividades y la organización interna de los HDD actuales, mediante la creación de un grupo de trabajo que recoja las mejores prácticas e intervenciones actuales.

79. Establecer un programa guía que recoja las conclusiones de un marco general de actividades, de gestión y organización.

6.2.3. Línea estratégica 6. Atención específica a la población infanto-juvenil

Según el informe ATLAS de la OMS, "Child and adolescent mental health resources.Global concerns: implications for the future"[104], publicado en el 2005, la prevalencia puntual de los trastornos de salud mental en los menores de 18 años es de un 20%. Un 6% de los menores sufre un trastorno de salud mental grave que requiere asistencia sanitaria intensiva. La inmensa mayoría de los trastornos de salud mental de los adultos, cerca del 75%, tienen su inicio en la adolescencia.

Según el informe de la OMS, "Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade"[105], la enfermedad que en la adolescencia causa más perdida de años de vida útil, años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), es la depresión. Entre las diez enfermedades que causan más AVAD en la adolescencia se encuentran tres trastornos de salud mental: depresión, ansiedad y autolesiones, que, en total, representan el 25,5% de los AVAD perdidos por enfermedad en el mundo.

Si extrapolamos los estudios de prevalencia antes mencionados a la población de las Islas Baleares, podemos estimar que la prevalencia puntual de menores que padece una enfermedad mental es de 39.670 y, de estos menores, aproximadamente 2.380 padecen algún trastorno grave de salud mental que requerirán asistencia sanitaria intensiva.

El hecho de que la comunidad autónoma de las Islas Baleares tenga repartida su población en cuatro islas y debido también a la gran afluencia poblacional en temporada estival, es lícito asumir que las necesidades de las Islas siempre serán mayores que las recomendaciones internacionales, que no tienen en consideración estos factores.

Objetivo general 18: Cobertura y recursos en la Salud Mental infanto-juvenil.

Objetivo específico 28. Asegurar una cobertura de calidad, equitativa, universal y accesible por igual a todos los menores de las Islas Baleares.

Acciones a realizar:
80. Consolidar la plantilla actual del IBSMIA.

81. Reforzar las unidades comunitarias de salud mental de la infancia y la adolescencia (UCSMIA) existentes y crear las necesarias para garantizar una cobertura de calidad, equitativa, universal y accesible por igual a todos los menores de las Islas Baleares.

82. Incorporar nuevos perfiles profesionales, hasta ahora no disponibles, en todos los recursos de IBSMIA: logopedas y terapeutas ocupacionales.

83. Crear equipos que garanticen la coordinación, la continuidad asistencial y la atención integral, junto a profesionales de otras consejerías y de Salud Mental de adultos, que desarrollen su labor en la Comunidad y presten su asistencia en los recursos ordinarios que ocupan los menores (escuelas, hogares y centros de salud).

Objetivo específico 29. Mejorar la cobertura de atención a los pacientes de mayor complejidad mediante la creación de nuevos equipos especializados.

Acciones a realizar:
84. Establecer sinergias y desarrollar un trabajo conjunto con los equipos que la Dirección General de Innovación y Educación ya tiene establecidos.

- Equipo de Alteraciones del Comportamiento (EAC)

- Equipo de Altas Capacidades Intelectuales (EACI)

- Equipos de Evaluación de las Dificultades de Sociabilidad y Comunicación (EADISOC)

- Reforzar la asistencia que se da a los menores con trastornos del neurodesarrollo.

85. Formalizar, mejorar y aumentar la asistencia que se da a los menores con trastornos del neurodesarrollo.

86. Implementar cuatro equipos comunitarios de asistencia intensiva (ECAI) a Menorca, Ibiza, Part Forana y Palma de Mallorca.

87. Ampliar el horario de atención por parte de Salud Mental en los centros socio-educativos de régimen abierto y cerrado (Es Pinaret, Es Fusteret y Es Mussol).

88. Ampliar la cobertura de los servicios de Salud Mental a los menores con medidas judiciales de régimen abierto, como los que residen en centros con medidas de protección, y a los menores cuya patología les impida asistir a un centro educativo ordinario.

89. Efectuar la coordinación con los equipos técnicos de valoración de Fiscalía del menor (en correspondencia con la Meta 3. Corresponsabilización Institucional).

90. Implementar la coordinación directa y las intervenciones en los centros de salud con los profesionales de Atención Primaria y en los centros educativos, así como organizar la demanda mediante el uso de protocolos de actuación conjunta.

Objetivo específico 30: Ampliar la cartera de servicios para cubrir las patologías de salud mental no recogidas en ella.

• Atención a los trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta

• Atención a los menores con trastornos específicos del aprendizaje

Acciones a realizar:

91. Incluir en la cartera de servicios de IBSMIA la evaluación y atención sanitaria de los trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta[106].

92. Desarrollar equipos intersectoriales –Salud, Educación y Servicios Sociales– para trabajar en los diferentes niveles de intervención de acuerdo a la gravedad y a las características específicas de los casos.

93. Ampliar la cobertura de psicología clínica y de la salud a los menores hospitalizados que requieran de una interconsulta de Salud Mental.

6.2.4. Línea estratégica 7. Las adicciones y la salud mental

Objetivo general 19. Integración de la Red de Adicciones en Salud Mental. Uno de los objetivos prioritarios de este Plan Estratégico de Salud Mental es incorporar el tratamiento de las adicciones y la patología dual en la cartera de Salud Mental, en cumplimiento con lo establecido por el Real Decreto 1030/2006 del 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud referente a la atención a los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, (Anexo III: Cartera de servicios comunes de atención especializada. Punto 7, sobre la atención a la salud mental. 7.4 Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas incluidos alcoholismo y ludopatías).

El establecimiento de un modelo integral de atención a las personas con trastorno de adicción y comorbilidad psiquiátrica requiere la coordinación de diversos recursos dependientes de distintas administraciones[107]:

• El Plan de Adicciones y Drogodependencias de las Islas Baleares (PADIB) de la Dirección General de Salud Pública y Participación. Se encarga de llevar a cabo actividades de promoción y prevención de la salud y de coordinación[108].

• La asistencia sanitaria depende del Servicio de Salud y se presta en los centros de salud de Atención Primaria, en las unidades de conductas adictivas (UCA), las unidades de salud mental especializada (USM) y las unidades de hospitalización breve de psiquiatría (UHB).

• Intervienen también otras instituciones sociales, sociosanitarias, laborales, judiciales y penitenciarias así como las asociaciones de pacientes y entidades sin ánimo de lucro.

• Se presenta una fórmula integradora que garantice que los profesionales sean expertos en adicciones y en la atención de los enfermos mentales, tanto en el diagnóstico y en la evaluación como en el tratamiento y en la posterior continuidad asistencial[109].

Objetivo específico 31. Integrar la atención a las adicciones dentro de la Red de Salud Mental[110].

e. **Àmbit nacional núm 24.**

Acciones a realizar:

94. Establecer el mecanismo de gestión más adecuado para facilitar la integración, la coordinación y la atención de las adicciones en la Red de Salud Mental[111].

95. Elaborar un modelo de atención, mediante procesos asistenciales integrados para la patología dual[112] y las adicciones[113] en Mallorca, Menorca, Ibiza y Formentera.

96. Incluir en la Red tanto las unidades externas dependientes de los consells insulars como las dependientes de Atención Primaria.

97. Incorporar la atención a los menores con trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos en la cartera de servicios de atención especializada en Salud Mental[114].

98. Incluir a los profesionales de las unidades de conductas aditivas en los dispositivos comunitarios de Salud Mental en cada uno de los sectores sanitarios.

99. Integrar otros dispositivos monográficos dedicados a las adicciones en la Red de Salud Mental[115].

100. Adecuar las plantillas actuales a las nuevas necesidades asistenciales. Nuevas adicciones.

101. Compartir un sistema de información integral mediante las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), esto es, compartir la misma historia clínica y el módulo de prescripción farmacéutica.

6.2.5. Línea estratégica 8. Hospital Psiquiátrico

6.2.5.1. Objetivo general 20. Reorientación de los recursos del Hospital Psiquiátrico. El Plan Estratégico ha analizado los recursos asistenciales disponibles en el Hospital Psiquiátrico, así como la organización funcional y la calidad de la asistencia en los cuidados subagudos y de media y larga estancia a los pacientes de Salud Mental.

Se propone una reorientación hacia la potenciación de la asistencia rehabilitadora, ambulatoria y comunitaria reconvirtiendo las diferentes unidades residenciales en unidades de carácter rehabilitador y acotando las estancias de ingreso.

Objetivo específico 32. Reestructurar y adecuar el enfoque terapéutico de los dispositivos de media estancia en la atención hospitalaria y comunitaria.

Acciones a realizar:

102. Reconvertir la Unidad de Media Estancia "Lluerna" en una unidad de patología dual con una zona de ingreso y otra de hospital de día.

103. Consolidar la Unidad de Galatzó como unidad de media estancia y priorizar su actividad asistencial y rehabilitadora.

104. Potenciar las actividades y los programas asistenciales, rehabilitadores y comunitarios.

Objetivo específico 33. Actualizar los objetivos y las funciones de la actual Unidad de Subagudos

Acciones a realizar:

105. Adecuar los tiempos de intervención hospitalaria –máximo de 3 meses– para estabilizar a los usuarios que pasan por un proceso de descompensación de su enfermedad y para favorecer la recuperación, rehabilitación e integración a los recursos comunitarios.

106. Elaborar un proyecto de carácter asistencial/rehabilitador, donde se incluya la adecuación de recursos humanos específicos, como terapia ocupacional, por ejemplo.

Objetivo específico 34. Reformar estructural y funcionalmente la Unidad de Larga Estancia (ULE) y la totalidad del edificio cuadrangular en el que se encuentra para situar ahí la Unidad de Subagudos, la Unidad de Media Estancia y la Unidad de Larga Estancia.

Acciones a realizar:

107. Transferir progresivamente los usuarios de la Unidad de Larga Estancia a otros dispositivos residenciales a través de los servicios sociales.

108. Consolidar la Unidad de Media Estancia en el nuevo espacio, priorizar su actividad asistencial y rehabilitadora en régimen de hospitalización con un tiempo máximo de alojamiento de 6 a 12 meses.

109. Reformar integralmente el edificio para situar ahí las tres unidades antes descritas.

Objetivo específico 35. Evaluar las necesidades de los pacientes del Psicogeriátrico.

Acciones a realizar:

110. Derivar a los usuarios candidatos por perfil psicopatológico y edad a los recursos residenciales de geriatría comunitarios, dependientes de servicios sociales.

111. Crear una Unidad de Demencia Precoz y de Trastornos de Conducta destinada a menores de 65 años.

Objetivo específico 36: Trasferir el SARC a la Consejería de Servicios Sociales y Cooperación.

Acción a realizar:

112. Garantizar el traspaso de competencias de una a otra consejería de forma adecuada y la máxima estabilidad a usuarios y profesionales.

Objetivo específico 37. Potenciar los programas de rehabiltación ambulatoria comunitaria a domicilio para aumentar el grado de autonomía e inserción comunitaria de los pacientes con trastorno mental con su familia y entorno.

Acción a realizar:

113. Crear un nuevo equipo rehabilitador ambulatorio comunitario a domicilio para garantizar el proceso de rehabilitación/recuperación de los usuarios que requieren un seguimiento domiciliario intensivo. Este equipo dispondrá de un terapeuta ocupacional para la rehabilitación/recuperación y proyecto de vida, un enfermero especialista en salud mental y monitores/educadores de rehabilitación psicosocial que puedan llevar a cabo los programas, las actividades y el seguimiento de manera adecuada.

6.2.6. Línea estratégica 9. Psicología clínica y psicoterapia

Objetivo general 21: Incluir la psicología clínica y de la salud en el ámbito hospitalario. La psicología de la salud en el contexto hospitalario también ha recibido el nombre de psicología hospitalaria o, de manera habitual, psicología de interconsulta y enlace cuando la desarrolla el psicólogo clínico que trabaja en el equipo de interconsulta y enlace del Servicio de Psiquiatría[116].

La inclusión de esta realidad en el Plan Estratégico de Salud Mental 2016-2022 es una oportunidad para reconocer, organizar, evaluar y mejorar la calidad del trabajo que se está realizando y para seguir dando forma a una labor que es demandada por los profesionales sanitarios de otras especialidades médicas, para atender y resolver las necesidades psicológicas de los pacientes que atienden en sus consultas[117].

Es habitual encontrar en la cartera de servicios de los hospitales programas de psicología de la salud conocidos como unidades de enlace o de psicosomática. Entre estos programas podemos citar los de obesidad mórbida, intervención en trasplante hepático, dolor crónico, evaluación de donante vivo, preparación para intervenciones quirúrgicas, rehabilitación cardíaca, neuropsicología, psicooncología, enfermedades inflamatorias intestinales, infección por VIH o intervención psicológica en UCI. Existe una inabarcable literatura sobre la intervención psicológica en diversas patologías en el ámbito hospitalario[118].

El Plan Estratégico de Salud Mental 2016-2022 propone el abordaje integral del paciente y su familia en procesos de enfermedad, tratamiento, recuperación de salud y/o en la fase final de la vida.

Este abordaje debe incluir no solo la atención psicológica en los casos de pérdida de salud, sino también la promoción de la salud; la prevención de enfermedad; la evaluación, el tratamiento y rehabilitación de problemas específicos, y la contribución a la mejora del sistema sanitario[119].

Objetivo específico 38. Consolidar el Servicio de Psicología Clínica y de la Salud destinado a responder a la interconsulta hospitalaria y los programas de enlace de los servicios de psiquiatría con el resto de servicios médicos o quirúrgicos[120].

Acciones a realizar:

114. Definir la cartera de servicios que contenga la oferta de intervenciones para proporcionar atención psicológica a pacientes y/o familiares con patologías agudas o crónicas durante la hospitalización y/o de forma ambulatoria y priorizar los procesos o las áreas de mayor implicación psicológica en la evolución de la enfermedad.

115. Elaborar e implementar programas asistenciales específicos en los diferentes servicios, que permitan un abordaje integral a la experiencia de enfermar.

116. Dotar de profesionales formados en psicología clínica y de la salud necesarios para llevar a cabo esa tarea.

117. Formar a los profesionales en las estrategias adecuadas para la atención del conjunto de variables que se añaden al proceso de enfermar. Efectuar formación continuada a los equipos sanitarios basada en aspectos psicológicos asociados a las diversas patologías, habilidades de

comunicación y relación de ayuda con el enfermo y su familia en el afrontamiento en procesos de enfermedad y al final de la vida. Formación también en medidas de autocuidado que contribuyan a minimizar el impacto emocional al que se encuentra expuesto el personal sanitario.

Objetivo específico 39. Fomentar una perspectiva preventiva y de promoción de la salud orientada hacia las personas y el contexto hospitalario, fomentar y promover hábitos de salud, competencias de autocuidado y de prácticas saludables en la población.

Acciones a realizar:

118. Incluir en la cartera de servicios de Psicología Clínica y de la Salud actividades de promoción y prevención en el contexto hospitalario, sobre la base de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud y de forma complementaria a la labor realizada en este sentido en Atención Primaria.

119. Priorizar los programas encaminados a prevenir daños psicológicos derivados de prácticas invasivas o de gran impacto psicobiológico (por ejemplo, intervenciones quirúrgicas o pruebas diagnósticas invasivas) tanto en la población infantil como en la de adultos.

120. Crear vías de coordinación entre el ámbito hospitalario y Atención Primaria para atender sinérgicamente las necesidades de la población en materia de promoción y prevención de la salud.

Objetivo específico 40. Fomentar la realización de proyectos de investigación acerca del impacto de la intervención psicológica en pacientes y/o familiares y servicios hospitalarios.

Acción a realizar:

121. Elaborar proyectos de investigación y evaluar la efectividad de los programas de intervención que se están llevando a cabo habitualmente en los hospitales de Baleares en los que existe la figura del psicólogo clínico con el objetivo de mejorar la calidad de los mismos creando proyectos nuevos basados en la evidencia.

Objetivo general 22. Psicoterapias e intervenciones psicoterapéuticas. La psicoterapia es un tratamiento con bases empíricas y científicas, de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano, promueve el logro de cambios o de modificaciones en el comportamiento, en la salud física y psíquica, en la integración de la identidad psicológica y en el bienestar de las personas o grupos tales como la pareja o la familia.

En la planificación y ejecución de programas psicoterapéuticos, diferenciamos entre psicoterapia e intervenciones psicoterapéuticas[121].

• La psicoterapia está aplicada por psicólogos clínicos y psiquiatras con formación específica (psicoterapeutas).

• Las intervenciones psicoterapéuticas pueden ser aplicadas por cualquier miembro del equipo multidisciplinario, de acuerdo con su grado de especialización, formación y entrenamiento. Estarán incluidas en un programa específico de la cartera de servicios y tienen que estar supervisadas por un psicoterapeuta.

En relación con la diversidad de las psicoterapias, se tienen que promover movimientos hacia actitudes integradoras que faciliten la combinación y la intercomunicación entre ellas, de la misma manera que ya se asume la comprensión holística de la persona. Se debe progresar en la línea de la colaboración y evitar la confrontación entre las diferentes modalidades.

Objetivo específico 41: Priorizar la normalización y la inclusión de la psicoterapia en la cartera de servicios de los diferentes recursos de la Red de Salud Mental.

Acciones a realizar:

122. Crear una Comisión Coordinadora de Psicoterapia que establezca la idoneidad de las modalidades de psicoterapia y las intervenciones psicoterapéuticas a incluir en la cartera de servicios de manera protocolizada una vez revisadas las guías clínicas y la bibliografía actualizada y conforme a los criterios de calidad de la psicoterapia. Deben incluirse indicadores de evaluación de resultados y de eficacia.

123. Dotar del personal necesario para garantizar una atención accesible y de calidad.

124. Incluir, en el Plan Individual de Tratamiento, el abordaje específico en psicoterapia y en intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales.

6.3. Meta 3. Corresponsabilización institucional

El Plan Estratégico de Salud Mental pretende coordinar los recursos de la Red de Salud Mental con otros actores involucrados en la atención a las personas con enfermedad mental:

salud pública, servicios sociales, educación, instituciones judiciales, asociaciones de usuarios y familiares y entidades prestadoras de servicios del tercer sector sanitario. A menudo, este reparto de funciones, teóricamente bien establecido, conlleva dificultades para integrar acciones conjuntas entre los diversos agentes implicados en la atención a la Salud Mental.

La Coordinación Autonómica de Salud Mental de las Islas Baleares a través de la Oficina de Salud Mental de las Islas Baleares (OSMIB) tiene como misión garantizar una visión integral y transversal mediante una adecuada coordinación interinstitucional que asegure una atención de calidad con la participación de todos, especialmente de las personas usuarias y de sus familias. Esta Meta Estratégica pretende construir acuerdos de colaboración con diferentes consejerías, administraciones sanitarias, asociaciones de usuarios y familias, y entidades que permitan desarrollar en el ámbito operativo todos los objetivos y programas transversales de este Plan Estratégico.

6.3.1. Línea estratégica 10. Coordinación con las entidades prestadoras de servicios directos de Salud Mental

En el presente Plan Estratégico se pretende establecer sinergias con todos los agentes implicados en la atención a la Salud Mental desde sus diferentes vertientes. Durante los últimos años, diferentes entidades de cada uno de los sectores sanitarios de nuestra Comunidad han ido realizando una labor reconocida tanto por los usuarios como por las familias y los profesionales. Este es el momento de sumar su visión, experiencia y prestigio a los objetivos en Salud Mental para los próximos años.

En primer lugar, se debe otorgar el reconocimiento oficial que merecen estas entidades, instituciones o asociaciones dedicadas a la atención a las personas con enfermedad mental. En segundo lugar, es preciso establecer un compromiso para lograr una atención centrada en el paciente y en la defensa y promoción de sus derechos más allá del ámbito público de la Administración.

En consecuencia, debe formalizarse un marco de relación estable que permita la integración de sus recursos en la Red y el desarrollo de estrategias ocupacionales, rehabilitadoras y de reinserción laboral.

Objetivo específico 42: Formalizar un marco de colaboración con las entidades prestadoras de servicios directos de Salud Mental.

Acción a realizar:

125. Elaborar convenios entre el Servicio de Salud y las entidades, a través de la futura Oficina de Salud Mental de las Islas Baleares, que recojan el marco de trabajo con los requerimientos acordados a cumplir por parte de dichas entidades propuesto por el Servicio de Salud.

Objetivo específico 43: Crear la guía de recursos públicos y concertados de servicios para personas con enfermedad mental.

Acciones a realizar:

126. Colaborar en la revisión del mapa de activos de Atención Primaria y actualizar la guía de recursos existente.

127. Establecer los criterios necesarios que debe cumplir una entidad para entrar a formar parte de dicho registro.

Objetivo específico 44: Establecer canales de información entre las entidades y la Red de Salud Mental.

Acciones a realizar:

128. Redactar un documento de consentimiento informado del paciente que permita a los profesionales de Salud Mental compartir con personas pertenecientes a estas entidades datos clínicos relevantes para la atención integral del usuario.

129. Facilitar que los profesionales de las diferentes entidades implicados en la atención del usuario conozcan los gestores de casos.

130. Conseguir accesibilidad al sistema de información y al plan individualizado de tratamiento de las entidades por parte de los gestores de casos.

131. Realizar un convenio marco de colaboración entre las entidades prestadoras de servicios de Salud Mental y el Servicio de Salud.

132. Establecer una dinámica de colaboración entre las entidades, los servicios de salud mental y sociosanitarios mediante la supervisión de casos concretos y colaboración en la información para la obtención de la discapacidad y la dependencia.

133. Participar en actividades docentes que faciliten el conocimiento de las diferentes áreas de intervención en la atención integral en Salud Mental y que suponga un lugar de encuentro de todos los profesionales dedicados a ella.

6.3.2. Línea estratégica 11: Cooperación entre instituciones

Para plasmar la visión transversal e integral del Plan Estratégico, es preciso formalizar acuerdos con otras administraciones (Educación, Servicios Sociales, Justicia, etc.) para poder implementar, en forma de acciones, la coordinación y el seguimiento de las intervenciones que aseguren la calidad y la continuidad de los cuidados.

Los mecanismos de coordinación incluyen la creación de comisiones, el intercambio periódico de información y el establecimiento de protocolos conjuntos.

Objetivo específico 45: Establecer programas transversales de colaboración eficaz con otras administraciones copartícipes en la Salud Mental.

Acciones a realizar:

134. Favorecer la formación de comisiones interinstitucionales en salud mental infanto-juvenil.

135. Colaborar con la Consejería de Educación en los proyectos relacionados con la salud mental.

136. Colaborar con la vigilancia del acoso escolar en la divulgación del protocolo para la detección y abordaje del acoso escolar en los centros educativos.

137. Actualizar el protocolo de traslado urgente de enfermos mentales.

138. Revisar el protocolo de internamientos involuntarios.

139. Colaborar con los equipos técnicos de valoración de Fiscalía del menor en la atención a la salud mental de los menores con medidas judiciales que lo precisen.

140. Colaborar con los equipos de valoración del grado de discapacidad de las personas con un trastorno mental grave mediante reuniones específicas en cada sector.

141. Crear una comisión técnica para colaborar en adecuar el baremo de la dependencia a las características de las personas con un trastorno mental grave cuando se solicita desde las unidades de salud mental.

142. Crear una comisión técnica para colaborar con el Servicio de Valoración y Atención Temprana en los casos de atención a los menores con un TEA.

143. Participar en comisiones sociosanitarias para el acceso a prestaciones económicas y rehabilitadoras como el servicio ocupacional para personas con un trastorno mental grave.

144. Trabajar en una comisión interinstitucional entre la Consejería de Salud y la Consejería de Servicios Sociales y Cooperación para la trasferencia del SARC.

145. Colaborar con el grupo de trabajo para la integración de la Red de Adicciones y Salud Mental.

146. Trabajar en una comisión interinstitucional entre la Consejería de Salud y los consejos insulares para la asunción, por parte de la Consejería de Salud, de las unidades de conductas adictivas.

147. Participar en el grupo de trabajo de atención a la salud mental de las personas en situación de exclusión social.

6.3.3. Línea estratégica 12. Participación de familias y de asociaciones de usuarios de Salud Mental

En las últimas décadas, se ha incorporado, progresivamente, la visión de los usuarios y de sus familiares en los procesos de enfermedad, al tiempo que se ha fomentado la participación social y la promoción de los movimientos asociativos.

Las asociaciones de enfermos y de familiares y los grupos de ayuda mutua crean un tejido social solidario, sensibilizan a la población sobre un problema específico y son un valioso recurso para la promoción, la prevención y la educación sanitaria.

Además, actúan de intermediarios entre las familias y los sistemas públicos de atención y, con frecuencia, prestan servicios desconocidos por las estructuras asistenciales y facilitan la integración social normalizada de las personas con necesidades específicas.

El Plan Estratégico de Salud Mental se propone favorecer el desarrollo de estas redes de autoapoyo entre las personas afectadas de un trastorno mental grave y sus familiares.

Objetivo específico 46: Potenciar programas de participación con familias y asociaciones de usuarios.

Acciones a realizar:

148. Establecer, a nivel organizacional y asistencial, siner-

gias y líneas específicas de colaboración estable con las familias, con los usuarios y con las asociaciones de personas con trastorno mental mediante un convenio marco de coparticipación entre el Servicio de Salud y el movimiento asociativo.

149. Convocar un foro de salud mental con la participación del Servicio de Salud y las asociaciones.

150. Realizar difusión de las actividades de las asociaciones.

151. Desarrollar la figura del usuario experto en el marco del programa del Paciente Activo de las Islas Baleares, primero debe hacerse un pilotaje en una UCR del Servicio de Salud.

152. Implementar el proyecto WIN-TOTS, que, con la metodología del empleo con apoyo, forme, guie y acompañe a los usuarios en la búsqueda y realización de tareas de voluntariado social. Este proyecto piloto será elaborado por las unidades de rehabilitación y las asociaciones que, voluntariamente, se incorporen al proyecto Fundación Tutelar Demà, con el apoyo específico de la OSMIB.

153. Establecer la creación de un grupo de formación de líderes de usuarios y de líderes de familiares. La formación debe orientarse a la ayuda mutua.

154. Realizar talleres formativos a propuesta de las asociaciones.

6.4. Meta 4. Áreas de atención a la enfermedad mental y programas específicos

6.4.1. Línea estratégica 13. Atención a la salud mental infanto-juvenil

En España, nos encontramos en proceso de reconocer la especialidad de médico especialista en Psiquiatría del Niño y del Adolescente[f]. La mayoría de países de la Unión Europea reconocen esta especialidad como distinta a la de psiquiatría de adultos debido a las diferencias significativas de los procedimientos asistenciales. Por esta razón, en el Plan Estratégico, hemos querido diferenciar en esta línea la atención de niños y jóvenes de la de los adultos.

Hay muchas razones por las que la atención a los menores con trastornos de salud mental es distinta de la atención a los adultos, entre las más significativas tenemos: el estado de madurez del sistema nervioso central, la madurez cognitiva y la capacidad para consentir, las presentaciones clínicas diferentes debido a que se presentan sobre el sustrato de un cerebro en desarrollo, la dependencia del otro para la subsistencia, etc.[122]. En la psiquiatría del niño y el adolescente, cobra una capital importancia el ambiente que rodea al menor[123-124]. Además, los menores se rigen por un sistema legal distinto al de los adultos, como establece la Ley orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación parcial del Código Civil y la Ley de enjuiciamiento civil[9].

Para la identificación, diagnóstico y tratamiento de los menores con trastornos de salud mental en la actual configuración de los servicios públicos, se necesita la intervención de varios equipos integrados en diferentes Consejerías: Educación, Servicios Sociales y Salud[125].

Estos equipos tienen un área de actuación específica y tienden a compartimentar en aras a ayudar al menor y a su familia. Es esencial que los diferentes equipos adopten un lenguaje común, que desarrollen vías de comunicaciones ágiles y seguras y que las intervenciones sean conjuntas y coordinadas para optimizar la atención y los resultados, así como mejorar la comprensión de las dificultades y el cumplimiento terapéutico de los menores y sus familias[126].

A continuación, se abordan los objetivos generales y las acciones a realizar para la mejora de la atención a los menores con trastornos de salud mental en la comunidad autónoma de las Islas Baleares organizados según el DSM-5[127].

Objetivo general 23. Trastornos del neurodesarrollo

Objetivo específico 47: Mejorar la detección precoz de todos los trastornos del neurodesarrollo para poder establecer intervenciones precoces y conjuntas con otros servicios con el fin de mejorar el pronóstico.

Acciones a realizar:

Recoger, desde los servicios de Salud (equipos de Atención Primaria), Educación (maestros y especialistas en pedagogía terapéutica, equipos directivos y orientadores) y Servicios Sociales (trabajadores sociales), miembros de las unidades de Diagnóstico Infantil y Atención Temprana (UDIAP) y del Servicio de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (SEDIAP), las observaciones, peticiones, preocupaciones y demandas de ayuda de los padres y cuidadores de menores que tienen dificultades

[f] Anexos. Ámbito nacional núm 29
[9] Anexos. Ámbito nacional núm 20

para seguir el ritmo de sus compañeros, aunque sean en áreas muy específicas, y valorarlas de manera estructurada[128].

155. Recoger desde los servicios ordinarios de Salud, Educación y Servicios Sociales las preocupaciones y demandas de ayuda de padres y cuidadores de menores.

156. Formar a los profesionales de Salud, Servicios Sociales y Educación en identificación precoz, valoración, derivación a servicios especializados y en la atención de menores con demoras en su desarrollo. Proporcionar formación conjunta sobre estos trastornos en los recursos de Salud (Centro Coordinador de Atención Primaria para el Desarrollo Infantil CAPDI, pediatras de la Gerencia de AP y neuropediatras), Servicios Sociales (UDIAP y SEDIAP) y Educación (Servicio de Atención a la Diversidad).

157. Establecer una atención conjunta, coordinada e integrada con los recursos de Atención Primaria (CAPDI, pediatras de gerencia de AP) y neuropediatras[129], Servicios Sociales (UDIAP y SEDIAP)[130] y Educación (Servicio de Atención a la Diversidad).

Objetivo específico 48: Mejorar la accesibilidad de los menores con trastornos del neurodesarrollo a los recursos especializados de Salud Mental, de Educación y de Servicios Sociales. Especialmente, los que padecen una discapacidad intelectual o trastornos del espectro del autismo.

Acciones a realizar:

158. Aumentar el número de consultas especializadas en los centros de educación especializada (CEE). Extender el modelo anterior a las aulas substitutorias de centros específicos (ASCE), a las unidades educativas especiales en centro ordinario (UEECO)[131] y a los centros de protección del menor con menores afectos de trastornos del neurodesarrollo de todas las Islas Baleares.

159. Constituir equipos especializados en los diferentes trastornos del neurodesarrollo de forma transversal y suprasectorial, integrados por profesionales de las consejerías de Educación, Servicios Sociales y Salud.

160. Mejorar la coordinación entre los profesionales de las consejerías de Educación, Servicios Sociales y Salud para que, a los menores afectos de un trastorno del neurodesarrollo, se les proporcione un programa educativo óptimo adaptado de acuerdo a sus características.

161. Establecer protocolos de detección, evaluación y atención de los menores con trastornos del neurodesarrollo en el ámbito de Servicios Sociales, Educación y Salud.

Objetivo específico 49: Incorporar a los trastornos de la comunicación, a los trastornos específicos del aprendizaje y a los trastornos motores en la cartera de servicios de Salud Mental, mejorando su detección, diagnóstico y tratamiento.

Acciones a realizar:

162. Establecer mecanismos de cooperación y protocolos de identificación y diagnóstico con los equipos de orientación educativa y pedagógica (EOEP) y con los orientadores para los trastornos antes citados.

163. Formar a los profesionales de IBSMIA[132] y el equipo de los trastornos del neurodesarrollo en el diagnóstico y tratamiento de estos trastornos.

164. Crear espacios comunes de tratamiento y coordinación con los EOEP y con los orientadores para disminuir, en la medida de lo posible, la discapacidad asociada a estos trastornos.

Objetivo específico 50: Consolidar y mejorar el funcionamiento de los equipos de evaluación de las dificultades de sociabilidad y comunicación (EADISOC). Comisiones interinstitucionales creadas en el 2010 mediante un convenio de colaboración de las consejerías de Salud, Educación y Servicios Sociales, que llevan a cabo las funciones de valoración, diagnóstico y atención de los menores afectos de trastornos del espectro del autismo.

Acciones a realizar:

165. Ampliar y consolidar la capacidad de los EADISOC, aumentar los recursos humanos de IBSMIA para desarrollar, de manera adecuada, las funciones de identificación, valoración y diagnóstico.

166. Realizar, de manera conjunta, con todos los agentes integrados en EADISOC, los planes de intervención, basados en la mejor evidencia científica.

167. Supervisar la implementación de los planes de intervención y su ejecución, así como establecer el seguimiento de los menores diagnosticados por los profesionales de los EADISOC.

Objetivo específico 51. Generalizar el protocolo de detección y derivación de menores con sospecha de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)[133] en todo el territorio balear.

Acciones a realizar:
168. Revisar el protocolo de detección y derivación de TDAH e implicar a todos los agentes que intervienen en todo el territorio balear.

169. Elaborar un protocolo de intervención clínica en los ámbitos de Salud, Educación y Servicios Sociales.

170. Ampliar la formación de profesionales de Atención Primaria y de Educación para la capacitación en detección, valoración y atención de los menores con TDAH.

Objetivo general 24. Trastornos psicóticos. Se trata de trastornos extremadamente raros en la infancia. Su prevalencia va aumentando durante la adolescencia, especialmente en los últimos años de ésta[134]. Es cada vez más común la creación de equipos especializados en su identificación, diagnóstico y atención. Se trata de equipos transversales que abarcan la adolescencia y a los adultos jóvenes.

Objetivo específico 52. Mejorar la detección de los trastornos psicóticos y bipolares.

Acciones a realizar:
171. Sensibilizar a la población general para disminuir la estigmatización y mejorar la identificación de síntomas psicóticos.

172. Formar a los equipos médicos de Atención Primaria, a los profesionales de Educación (educación secundaria obligatoria, bachillerato, formación profesional y universitaria) y a los profesionales de Servicios Sociales en la identificación de síntomas de alarma y en la derivación a equipos especializados.

173. Mejorar la atención sanitaria a los jóvenes adolescentes en Atención Primaria en cuanto a las revisiones del programa de salud de menores haciéndolo extensible hasta los 18 años.

174. Mejorar la accesibilidad a los servicios especializados de valoración y tratamiento mediante la creación de los equipos comunitarios de asistencia intensiva (ECAI) para garantizar el acceso y la atención a todos los menores de las Islas Baleares que, por su patología o condición geográfica, no pueden acceder a los dispositivos de Salud Mental existentes.

Objetivo específico 53. Establecer protocolos de diagnóstico y tratamiento basados en la mejor evidencia científica para jóvenes diagnosticados de trastornos psicóticos.

Acción a realizar:
175. Colaborar desde IBSMIA con las unidades específicas de asistencia a jóvenes de 16 a 25 años diagnosticados de un primer episodio psicótico, dependientes de los servicios de Salud Mental de adultos.

Objetivo general 25. Trastornos depresivos

Objetivo específico 54. Mejorar la accesibilidad a los servicios especializados de valoración y tratamiento.

Acciones a realizar:
176. Sensibilizar a la población en general para disminuir la estigmatización y mejorar la identificación de los síntomas.

177. Formar a los profesionales de los dispositivos ordinarios, Atención Primaria, orientadores, maestros y profesores en la identificación de síntomas de alarma de sintomatología depresiva y conducta autolesiva[135].

Objetivo específico 55. Mejorar la detección de factores de riesgo de suicidio en menores.

Acciones a realizar:
178. Identificar menores de riesgo con antecedentes familiares de trastornos depresivos y facilitar el acceso a dispositivos sanitarios especializados, en el caso de que sea necesario.

179. Participar en el protocolo de prevención de suicidio de la Comunidad Autónoma promovido por este Plan Estratégico de Salud Mental, de manera coordinada con todos los recursos asistenciales, educativos y otros recursos.

180. Asesorar en los colegios sobre la atención a los alumnos en seguimiento en IBSMIA por trastorno depresivo o por conductas autolesivas.

Objetivo específico 56. Mejorar la intervención con menores diagnosticados de trastornos depresivos y conductas autolesivas.

Acciones a realizar:
181. Elaborar un protocolo de actuación terapéutica para

los menores con trastornos depresivos o conductas autolesivas desde dispositivos especializados.

182. Aumentar las intervenciones psicoterapéuticas desde dispositivos especializados.

183. Mejorar la coordinación entre los servicios asistenciales y educativos de primer nivel.

184. Mejorar la atención sanitaria a menores en Atención Primaria en cuanto a la detección de sintomatología depresiva.

Objetivo general 26. Trastornos de ansiedad y relacionados. En este apartado incluimos: trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos relacionados con el trauma y factores de estrés, trastornos disociativos y trastornos con síntomas somáticos[136-137].

Objetivo específico 57. Mejorar la detección y la intervención de los trastornos de ansiedad y de los trastornos relacionados.

Acciones a realizar:
185. Identificar menores de riesgo con antecedentes familiares de trastornos de ansiedad y relacionados, y facilitar el acceso a dispositivos sanitarios especializados, en el caso de que sea necesario.

186. Elaborar un protocolo de actuación terapéutica en los menores con trastornos de ansiedad y relacionados desde IBSMIA según las pautas de guías clínicas vigentes.
187. Aumentar las intervenciones psicoterapéuticas desde dispositivos especializados.

Objetivo específico 58: Mejorar la coordinación de los servicios asistenciales y educativos de primer nivel.

Acción a realizar:
188. Elaborar un protocolo de actuación terapéutica conjunta entre Atención Primaria y Salud Mental para menores con trastornos de ansiedad.

Objetivo general 27. Trastornos de la excreción y el sueño

Objetivo específico 59. Atender, desde Salud Mental, estos trastornos cuando, por la presencia de comorbilidad, superan la capacidad de resolución de los recursos de Atención Primaria.

Acción a realizar:
189. Valorar en las unidades comunitarias de salud mental de la infancia y la adolescencia (UCSMIA) que los menores cumplan los requisitos de comorbilidad.

Objetivo general 28. Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta

Objetivo específico 60. Mejorar la atención de los trastornos del control de los impulsos y de la conducta.

Acciones a realizar:
190. Desarrollar protocolos de actuación en IBSMIA y ampliar el abanico terapéutico de acuerdo a la mejor evidencia científica disponible.

191. Ampliar la cobertura que ofrece IBSMIA a los menores con trastornos de la conducta que no presentan otros trastornos comórbidos de salud mental de manera coordinada y estructurada con los profesionales de las consejerías de Educación y de Servicios Sociales. Desarrollar comisiones interinstitucionales de Salud, Educación y Servicios Sociales para trabajar en los diferentes niveles de intervención de acuerdo a la gravedad y a las características específicas de los casos (en correspondencia con la Meta 2. Revisión del modelo organizativo y Cartera de Servicios).

Objetivo general 29. Trastornos de personalidad. La mayoría de los trastornos de la personalidad a estas edades se diagnostican como trastornos del control de los impulsos y de la conducta (DSM-5). Hay que ser muy cauto al establecer un diagnóstico de trastorno de la personalidad en usuarios que todavía no han acabado de desarrollar su personalidad[138].

Objetivo específico 61. Mejorar el proceso de valoración y diagnóstico con el fin de evitar la estigmatización y la iatrogenia.

Acciones a realizar:
192. Formar y sensibilizar a los profesionales que trabajan con estos menores.

193. Elaborar un protocolo de actuación terapéutica para los menores con trastornos de personalidad desde IBSMIA según las pautas de las guías clínicas vigentes.
194. Ampliar las intervenciones psicoterapéuticas desde dispositivos especializados.

Objetivo específico 62. Mejorar la coordinación entre los

recursos de Salud Mental (IBSMIA y adultos), Servicios Sociales, Educación, Servicio de Protección al Menor, la Dirección General de Menores y Familia, la Fiscalía de Menores y las agencias del Orden Público.

Acción a realizar:
195. Elaborar protocolos de coordinación con todos los servicios implicados para mejorar la atención.

Objetivo específico 63. Mejorar y estructurar las intervenciones terapéuticas y la coordinación entre dispositivos asistenciales (Salud Mental adultos, Urgencias, 061, etc.).

Acción a realizar:
196. Elaborar IBSMIA un protocolo de coordinación entre dispositivos y uno de actuación terapéutica para los menores con trastornos de personalidad según las pautas de las guías clínicas vigentes.

Objetivo general 30. Adecuación de los espacios. Los espacios, donde se atiendan a menores con trastornos de salud mental, deben ser un entorno agradable, confortable, seguro y que no produzcan una hiperestimulación sensorial en el menor. Así mismo, dotar de espacios apropiados para disminuir la escalada de conductas desafiantes o para contenerlas ambientalmente con la seguridad necesaria para el personal y para el propio paciente[139].

Objetivo específico 64. Mejorar la seguridad de los espacios físicos donde se atiende a menores con mayor probabilidad de agitación, con el fin de disminuir al máximo las contenciones mecánicas hasta erradicarlas si es posible.

Acción a realizar:
197. Adaptar una habitación de la unidad de hospitalización –Habitación de tiempo fuera– y un espacio de hospital de día para ser usados como espacios sensoriales de seguridad (de contención física, no mecánica) para prevenir una escalada de conductas desafiantes y contenerlas ambientalmente.

6.4.2. Línea estratégica 14. Atención en Salud Mental de adultos y programas específicos

Objetivo general 31: Programa de trastorno mental grave en la Comunidad. El trastorno mental grave engloba diversos diagnósticos psiquiátricos con cierta persistencia en el tiempo y que conllevan un grave deterioro en el funcionamiento personal y social, como consecuencia de la enfermedad, y reduce la calidad de vida de la persona afectada[140].

Aunque el concepto de trastorno mental grave es muy amplio en cuanto a diagnósticos, ya que, como hemos señalado en el párrafo anterior, se basa sobre todo en criterios de cronicidad y funcionalidad, hemos decidido no incluir en este programa algunos de ellos que pueden tener necesidades más específicas, como los trastornos de personalidad, o unos límites diagnósticos más difusos, como los trastornos depresivos, al menos en una primera fase de implantación. Por supuesto, la necesidad y posibilidad de inclusión será valorada posteriormente.

El tratamiento de los pacientes con este tipo de trastorno debe ser una prioridad en los servicios de Salud Mental, dada su elevada incidencia y el consumo de recursos sanitarios y sociales que supone. Aunque no existan estudios con metodología homogénea que nos permitan conocer la prevalencia exacta, se acepta por consenso que entre un 1,5 y un 2,5 de cada 1.000 personas de la población en general sufren este tipo de trastorno, lo que en Baleares supondría entre 1.600 y 2.700 afectados.

Las mujeres con trastorno mental grave sufren cuatro veces más violencia por parte de su pareja o de su expareja que la población en general. Las agresiones coinciden, en la mitad de los casos, con descompensaciones o agravamiento de la enfermedad mental de la mujer[141].

Las necesidades asistenciales de estas personas son: atender las manifestaciones clínicas de la enfermedad y el deterioro en el funcionamiento general del sujeto, paliar los déficits sociales que acompañan al desarrollo de la patología y que contribuyen a agravarla, modificar las barreras sociales que impiden su inserción plena y garantizar el respeto a sus derechos. Por ello, además de las prestaciones consideradas estrictamente sanitarias, debe ofrecerse cobertura a la rehabilitación psicosocial de las discapacidades y facilitar la atención a la necesidad de apoyo social y comunitario, de inserción laboral y alojamiento[142].

Teniendo en cuenta la visión actual de la enfermedad mental y el enfoque científico de su tratamiento, la atención al trastorno mental grave debe hacerse desde una perspectiva biopsicosocial. Entendemos que, por todo lo antedicho, el mejor tratamiento solo puede hacerse desde equipos multidisciplinarios y con tratamientos personalizados que estén dirigidos a tratar los síntomas, a mejorar la funcionalidad y la integración social, trabajando las diversas áreas de la persona[143].

Otro aspecto importante que hemos querido tener en

cuenta en el Plan Estratégico es asegurar la continuidad de cuidados del paciente con trastorno mental grave, lo que supone crear las vías necesarias para que exista una comunicación fluida y un plan de tratamiento individualizado conocido y consensuado tanto por los diferentes profesionales implicados como por el paciente y su familia[144].

Para poder dar una operatividad a este proyecto, es necesaria la creación de un instrumento ordenado de trabajo que se concreta en el Plan de Atención Mental Individualizado (PAMI), donde se especificarán las necesidades detectadas y, en función de las mismas, las intervenciones que habrán de aplicarse[145].

Objetivo específico 65. Desarrollar un programa de continuidad de cuidados para las personas con un trastorno mental grave.

Acciones a realizar:
198. Implantar un plan de cuidados homogéneo en todos los sectores sanitarios de la Comunidad Autónoma.

199. Disponer de un soporte informático que atienda a los requerimientos del plan individualizado de tratamiento de cada paciente para evaluar y realizar el seguimiento del mismo.

Objetivo específico 66. Formalizar un censo de personas con trastorno mental grave actualizado permanentemente.

Acción a realizar:
200. Desarrollar una ficha de registro informática que sirva como instrumento epidemiológico para mejorar el estudio de necesidades y la planificación de recursos.

Objetivo específico 67. Implementar y evaluar el programa de continuidad de cuidados.

Acciones a realizar:
201. Crear la Comisión de Trastorno Mental Grave que vele por el cumplimiento del PAMI.

202. Informar del programa a todos los profesionales implicados mediante reuniones con los diferentes niveles de atención.

203. Supervisar la implantación del programa para la evaluación de los indicadores establecidos e identificar posibles mejoras.

Objetivo específico 68. Identificar posibles situaciones de maltrato en personas con trastorno mental grave[146].

Acción a realizar:
204. Formar en el conocimiento de signos y comportamientos que alertan frente a una posible situación de maltrato de pacientes con trastorno mental grave, en especial en las poblaciones vulnerables como la infantil, las mujeres y las personas mayores.

Objetivo general 32. Atención a las adicciones y a la patología dual. Las adicciones son una patología incluida dentro de los manuales de Salud Mental como una patología más a tratar.

La patología dual o lo que es lo mismo la asociación de un trastorno adictivo con otro trastorno mental supone, actualmente, una realidad en la práctica clínica y asistencial que hace que no se pueda obviar en un plan estratégico de Salud Mental[147-148].

La patología dual debe considerarse como una patología mental grave. Los pacientes que la padecen suelen tener una evolución tórpida debido a la resistencia a los tratamientos convencionales[149]. La mala calidad de vida, la elevada morbimortalidad y el elevado consumo de recursos sanitarios y sociales, son otras de las características de estos trastornos. Cabe destacar, también, la íntima relación entre las adicciones y la patología dual con la violencia de género y el suicidio[150].

La patología dual es uno de los retos que tiene planteados la psiquiatría, en general, y los dispositivos asistenciales de Salud Mental y adicciones, en particular. La integración adecuada de las redes terapéuticas ayudará a mejorar la atención y disminuir la morbimortalidad de estos pacientes[151-152].

Objetivo específico 69. Mejorar la atención de los pacientes con adicciones con o sin otros trastornos psiquiátricos asociados[153].

Acciones a realizar:
205. Implementar una unidad de nueva creación dirigida a la atención de las personas con patología dual.

206. Establecer un modelo de atención que describa los procesos asistenciales y atender a la patología dual y a las adicciones en el Servicio de Salud.

Objetivo específico 70. Equiparar las adicciones a cualquier otra patología[154].

Acción a realizar:
207. Reorientar organizativa y funcionalmente los dispositivos asistenciales para pacientes con trastornos adictivos y/o patología dual.

Objetivo específico 71. Dar un servicio de calidad y equitativo a los menores con trastornos adictivos en la cartera de servicios de atención de Salud Mental[155].

Acciones a realizar:
208. Aumentar la cobertura asistencial de la Unidad de Conducta Adictiva Joven (UCA) en todos los municipios mediante un sistema itinerante de atención a las adicciones a los jóvenes y a sus familias por toda la isla de Mallorca.

209. Reforzar la cobertura del servicio en Menorca e Ibiza-Formentera.

Objetivo específico 72. Mejorar el acceso de los usuarios a la red asistencial y tratar al paciente con patología dual en una única red asistencial[156].

Acciones a realizar:
210. Establecer procedimientos de apoyo a los usuarios y a sus familias en forma de equipos de soporte de atención especializada en patología dual a los dispositivos asistenciales de salud mental y adicciones.

211. Impulsar el desarrollo de un abanico amplio de recursos comunitarios para cubrir las necesidades de personas con patología dual y sus familias y aumentar su autonomía.

Objetivo específico 73. Establecer alianzas con recursos terapéuticos comunitarios destinados a incrementar las oportunidades rehabilitadoras y de reinserción entre el Servicio de Salud y las entidades dedicadas a las adicciones.

Acción a realizar:
212. Realizar convenios con las entidades proveedoras de servicios directos de salud mental en un marco de trabajo acordado, que recoja espacios de coordinación asistencial, información y planes de tratamiento, entre otros.

Objetivo específico 74. Normalizar los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos, equiparar al paciente que sufre una adicción con cualquier otra patología[157].

Acciones a realizar:
213. Mejorar la dispensación y la accesibilidad de la metadona en las oficinas de farmacia de todas las Islas Baleares.

214. Equiparar los agonistas opiáceos –buprenorfina/naloxona–al resto de fármacos y reducir el número de pacientes en el Programa de Mantenimiento de Metadona, mejorar la diversidad terapéutica y reducir la estigmatización.

Objetivo general 33. Atención a los trastornos de la personalidad graves. Los trastornos de personalidad se caracterizan por la dificultad de diagnóstico temprano, por su pobre respuesta a los tratamientos y por la complejidad de su clínica en general[158-159].

En los casos graves, los trastornos de la personalidad suponen una altísima carga asistencial y, en muchos casos, los profesionales carecen de habilidades y conocimientos suficientes para atenderlos[160].

Se pretende establecer una organización funcional de los recursos profesionales y de los diferentes dispositivos que garantice la adecuada atención de las personas con trastornos de la personalidad graves y sus familias[161-162]. Se trata de una atención basada en los principios de equidad, atención integral, eficiencia y sostenibilidad y desde una perspectiva biopsicosocial.

Objetivo específico 75. Mejorar la asistencia de las personas diagnosticadas con un trastorno de la personalidad en nuestra Comunidad Autónoma.

Acciones a realizar:
215. Implementar un dispositivo de hospital de día de nueva creación, específico para las personas con trastornos de la personalidad de mayor gravedad.

216. Establecer programas específicos para pacientes con trastornos de la personalidad en las actuales unidades de hospitalización de Psiquiatría.

217. Incluir la atención a las familias de los pacientes mediante un plan de intervención específico para la atención a familiares.

Objetivo específico 76. Mejorar la detección precoz de este tipo de patología, tanto en personas adultas como en población adolescente[163].

Acciones a realizar:
218. Asegurar la adecuada formación y el reciclaje de los profesionales que atiendan a las personas con trastorno grave de personalidad.

219. Organizar un plan formativo para docentes y médicos de Atención Primaria.

220. Establecer protocolos consensuados de detección y derivación de los trastornos de la personalidad en Atención Primaria.

Objetivo específico 77. Reforzar y potenciar la atención y coordinación en los dispositivos asistenciales existentes: Atención Primaria, Unidad de Conductas Adictivas (UCA), Unidad de Salud Mental (USM) y Urgencias (UCIAS).

Acciones a realizar:
221. Agilizar los sistemas de derivación y citación para mejorar la adherencia al tratamiento[164], mediante la creación de un protocolo de derivación.

222. Orientar la USM en el eje del tratamiento para personas afectadas por trastorno grave de personalidad y sus familias mediante la creación de una agenda específica con citas de mayor duración con la dotación de personal necesaria.

Objetivo específico 78. Asegurar que cada usuario de la red con un trastorno grave de personalidad cuente con un plan de tratamiento en crisis preestablecido y accesible para todos los profesionales.

Acción a realizar:
223. Establecer un plan de tratamiento en crisis, accesible a todos los profesionales de la red en la historia de salud.

Objetivo específico 79. Asegurar la integración formativa y laboral.

Acción a realizar:
224. Favorecer a nivel interinstitucional la integración formativa y laboral (Servicios Sociales, Servicio de Salud, Servicio de Ocupación de las Islas Baleares).

Objetivo específico 80. Avanzar en la gestión del conocimiento en todo lo relacionado con las personas con diagnóstico de trastorno de personalidad: prevalencia[165-166], diagnóstico y tratamientos eficaces[167].

Acción a realizar:
225. Implementar un plan de formación específico para profesionales de Salud Mental.

Objetivo general 34. Programa de atención a los trastornos de la conducta alimentaria[168]. Los trastornos de la conducta alimentaria se sitúan en los primeros lugares entre las causas de carga de enfermedad en términos de pérdida de años de vida, muerte o discapacidad para mujeres generalmente jóvenes[169]. Esto representa un gran impacto sociosanitario derivado de su alta prevalencia, de su elevada comorbilidad y tasa de mortalidad en población joven –entre 15 y 24 años–[170], así como su tendencia a la cronicidad y la discapacidad que genera[171]. La anorexia nerviosa presenta la mayor tasa de mortalidad de todos los trastornos mentales, esto es, tres veces más que la depresión, esquizofrenia o alcoholismo[172-173].

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades de etiología multifactorial donde intervienen factores genéticos, biológicos, de personalidad, familiares y socioculturales[174].

La complejidad de estos trastornos requiere, por un lado, que la detección y la intervención precoz sean fundamentales y, por otro lado, la necesidad de recursos específicos para su tratamiento con una formación también específica y multidisciplinaria.

Objetivo específico 81. Establecer un nuevo modelo de atención a las personas afectadas por un trastorno de alimentación en todas las edades en nuestra Comunidad Autónoma.

Acción a realizar:
226. Configurar un equipo funcional de carácter multidisciplinario, transversal y suprasectorial para la atención de los pacientes con diagnóstico de TCA en las Islas Baleares.

Objetivo específico 82. Revisar los programas de atención a los trastornos de la conducta alimentaria.

Acciones a realizar:
227. Elaborar nuevos protocolos de intervención adaptados a las necesidades emergentes.

228. Diseñar circuitos de coordinación asistencial con otros profesionales involucrados en la atención de los TCA (médicos de familia y pediatras en Atención Prima-

ria, equipos de Salud Mental de adultos e infanto-juveniles y especialistas de Medicina Interna y de Endocrinología).

229. Formar al personal sanitario, comunitario y a los futuros especialistas en la detección y atención de los trastornos de conducta alimentaria.

230. Realizar coordinaciones con otras instituciones como Educación y Servicios Sociales para asegurar un abordaje integral de los trastornos de conducta alimentaria.

231. Colaborar con las asociaciones de afectados en Baleares para conocer sus necesidades e involucrarlos en la planificación de la asistencia para los trastornos de conducta alimentaria.

Objetivo general 35. Atención en psicogeriatría. La población mayor de 65 años está considerada como un grupo muy vulnerable a los problemas de salud mental[175]. Su baja demanda asistencial en relación a los datos reales de prevalencia de patología psicogeriátrica y la escasa detección de la misma, tanto en los servicios sanitarios de Atención Primaria y Urgencias como en los servicios sociales, hacen necesarias intervenciones con programas dirigidos a su detección temprana y tratamiento precoz. Dado que la puerta de entrada del paciente psicogeriátrico a los servicios sanitarios suele ser Atención Primaria, los servicios sociales y los servicios de Urgencias, resulta imprescindible una buena coordinación entre todos estos dispositivos[176].

La psicogeriatría atiende a una población con necesidades específicas y su demanda suele estar por debajo de la prevalencia real. Por ello, resulta necesario adaptar los dispositivos de Salud Mental, tanto preventivos como asistenciales, a las características y a las necesidades propias de las personas de edad avanzada, así como la creación de los recursos sociosanitarios que eviten, en lo posible, los ingresos en unidades hospitalarias de agudos de Psiquiatría.

Objetivo específico 83. Mejorar la atención psicogeriátrica de salud mental en las Islas Baleares.

Acciones a realizar:

232. Reorientar el actual Psicogeriátrico en Servicio de Subagudos para la población geriátrica de referencia para las unidades de Salud Mental, unidades de hospitalización y recursos sociosanitarios.

233. Activar la evaluación de los pacientes susceptibles de ser reubicados en residencias normalizadas de forma ágil.

234. Implementar programas de enlace en el actual Psicogeriátrico a través de un servicio de consultas externas y de atención ambulatoria psicogeriátrica de apoyo para programas a domicilio y residencias.

235. Coordinar las actuaciones del programa de atención psicogeriátrica de salud mental con los servicios y programas de atención especializada de Neurología y Medicina Interna, especialmente en los casos de trastornos de conducta y en la gestión de la sintomatología psiquiátrica o de reagudización asociados a deterioro cognitivo.

236. Crear un equipo de valoración para priorizar la entrada a residencias normalizadas o para acceder a los recursos específicos de discapacidad o de enfermedades neurodegenerativas de pacientes institucionalizados.

Objetivo general 36. Atención a los trastornos del neurodesarrollo. Los trastornos del neurodesarrollo son un grupo de trastornos con afectación predominantemente conductual, cognitiva y social, que se manifiestan en las primeras etapas del desarrollo, frecuentemente antes de que el paciente comience la escolarización y se caracterizan por déficits cognitivos que causan carencias en el funcionamiento personal, social, cognitivo, académico u ocupacional.

Los trastornos incluidos en este grupo son los siguientes: discapacidad intelectual, trastornos de la comunicación, trastornos del espectro del autismo (TEA), trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)[177], trastornos específicos del aprendizaje y trastornos motores.

A pesar de que la prevalencia de estos trastornos es muy elevada, han recibido poca atención por parte de los recursos de Salud Mental de adultos en casi todo el mundo; por dicho motivo, la mayoría de estudios realizados sobre estos trastornos se han llevado a cabo en menores. La discapacidad intelectual tiene una prevalencia estimada en los países desarrollados de un 2,5%-3% de la población, el trastorno del espectro autista de un 1,47%, el TDAH de un 4,7%, los trastornos específicos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia) están presentes en un 16% de la población (de los cuales un 6% tienen más de uno de estos trastornos), los trastornos de la comunicación tienen una prevalencia de un 6%-9% y los trastornos motores de la coordinación (dispraxia) de un 2%. De-

bido al común origen (alteraciones en el desarrollo cerebral) de los trastornos del neurodesarrollo, una de las características es que sean comórbidos.

En nuestra Comunidad Autónoma, dado que la prevalencia de los trastornos del neurodesarrollo es de un 18%, esperaríamos encontrar unos 197.590 habitantes aproximadamente con al menos un trastorno del neurodesarrollo.

En las Islas Baleares, aplicando los datos de prevalencia arriba mencionados, supondría que, aproximadamente, 31.400 habitantes tienen una discapacidad intelectual. Se estima que hasta un 50% de personas con discapacidad intelectual padece trastornos de salud mental, aunque la gran mayoría –hasta el 75%– no se diagnostican ni identifican.

Diagnosticar a un adulto con un trastorno del espectro autista no diagnosticado previamente es muy complicado debido a la gran dificultad y falta de informadores para recoger una buena historia del desarrollo. Los TEA son unos trastornos muy incapacitantes y las personas que los padecen funcionan, cognitivamente, a un nivel inferior al esperado dado su cociente intelectual.

Los estudios poblacionales han hallado que 1/68 personas padece un trastorno del espectro autista, aunque las diferencias por sexo son marcadas (4,5 veces más frecuente en varones: 1 de cada 42 varones y una de cada 189 mujeres). Estimamos que, en las Islas Baleares, hay unos 17.000 habitantes que padecen un trastorno del espectro del autismo y unos 10.700 que tienen patología psiquiátrica comórbida.

Objetivo específico 84. Mejorar la identificación precoz, el diagnóstico y la atención manejo de todos los trastornos del neurodesarrollo para poder establecer intervenciones precoces que han demostrado mejorar el pronóstico.

Acciones a realizar:

237. Sensibilizar a la población en general acerca de los trastornos del neurodesarrollo mediante una campaña de concienciación y de acciones anti-estigma para disminuir y erradicar el abuso al que se enfrentan estas personas.

238. Formar a los profesionales de los recursos ordinarios, especialmente los de Atención Primaria, Salud Mental de adultos, Educación, Servicios Sociales y entidades del tercer sector.

239. Formar a los especialistas de Salud Mental en la identificación, diagnóstico y atención a los trastornos del neurodesarrollo y otros diagnósticos asociados.

240. Desarrollar una estrecha colaboración con los equipos de Neurología, que, muy frecuentemente, atienden a estos pacientes

241. Formar a los cuidadores y familiares, a los profesionales de Atención Primaria y de los servicios especializados en la identificación, comunicación y atención de enfermedades en pacientes con trastornos del neurodesarrollo.

Objetivo específico 85. Establecer un programa de recursos específicos para los casos más graves o más difíciles de tratar dentro de la Red Asistencial de Salud Mental de las Islas Baleares.

Acciones a realizar:

242. Crear un equipo específico transversal y supra-sectorial de Salud Mental especializado en el diagnóstico y en la atención, tanto de pacientes menores como de adultos afectos de trastornos del neurodesarrollo. El equipo realizará un modo de trabajo comunitario y deberá contar con profesionales de: psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, logopedia y terapia ocupacional. El equipo estará formado por dos grupos de profesionales: uno para atender a los pacientes de 0 años hasta que abandonen su etapa formativa, en algunos casos los 21 años, y, otro, para los pacientes adultos que ya hayan acabado su etapa formativa.

243. Crear una unidad de hospitalización de agudos para adultos con trastornos de neurodesarrollo y trastornos comórbidos de salud mental o alteraciones conductuales graves que los recursos comunitarios ordinarios y/o especializados no pueden atender.

Objetivo específico 86. Establecer convenios de colaboración con las empresas del tercer sector y con otros recursos sanitarios que presten atención a las personas con trastornos del neurodesarrollo. La mayoría de los casos más graves o con más discapacidad son atendidos por entidades del tercer sector, muchas de las cuales son asociaciones de padres de personas que sufren estos trastornos. Estas entidades tienen una dilatada experiencia en la atención de estos pacientes y de sus necesidades. La gran mayoría de estas entidades han participado activamente en la elaboración de este Plan Estratégico, específicamente en este apartado.

Acciones a realizar:

244. Realizar reuniones de coordinación con los representantes de estas entidades para acordar protocolos, intervenciones y guías, siempre guiados por la mejor evidencia científica y formación conjunta.

245. Establecer acuerdos de colaboración que permitan visitar a sus usuarios en los recursos que ellos ofrecen a estos pacientes, y recibir información de manera coordinada tanto por parte de los profesionales de salud como de otras entidades.

246. Incluir al paciente, según lo que permita su discapacidad, a los padres, educadores y cuidadores en las decisiones sobre su atención.

Objetivo específico 87. Proveer información actualizada sobre los recursos existentes para pacientes con trastornos del neurodesarrollo.

Acciones a realizar:

247. Elaborar una guía de recursos de trastornos del neurodesarrollo y ponerla a disposición de usuarios, familiares, cuidadores y profesionales.

248. Establecer un canal de comunicación informatizado para los profesionales de Salud, Educación, Servicios Sociales y entidades del tercer sector, que, respetando la confidencialidad del paciente y teniendo apartados de acceso exclusivo para cada profesión, tenga información común no duplicada y permita saber cuáles son los profesionales implicados en el cuidado del paciente y que mejore el conocimiento, la información y la coordinación entre profesionales para evitar así duplicidades.

Objetivo general 37. Atención a la salud mental de las personas en situación de exclusión social. Un número elevado de personas con trastorno mental se hallan con impedimentos para poder hacer uso de sus derechos de ciudadanía: vivienda, trabajo, atención sanitaria y social, lo cual deriva en una espiral de aislamiento, soledad, marginación y sinhogarismo[178].

Si, además, se añade a ello una situación de exclusión social, el acceso a la atención sanitaria y a unos servicios sociales comunitarios de calidad suele resultar complicado, tanto por las singularidades que caracterizan a estos individuos como por la insuficiencia de recursos existentes que contemplen ambas realidades[179].

En cuanto a la definición de exclusión social, hay que decir que la exclusión social hace referencia a la ruptura con los tres principales sistemas de apoyo social: la familia (como sistema de protección emocional y económica), los mercados de trabajo y de alojamiento, y los servicios públicos de seguridad social[180].

Un tratamiento médico y psicosocial ajustado a sus necesidades, así como la incorporación al mercado de trabajo, a la educación y a unos servicios sociales de cercanía son elementos esenciales para facilitar y conseguir la integración social de las personas con enfermedad mental[181].

Las patologías mentales con más potencial de exclusión social son la esquizofrenia, los trastornos adictivos y los trastornos de personalidad graves. Una multitud de estudios demuestran una mayor prevalencia de trastornos mentales en individuos con problemática social. La correlación entre la problemática de salud mental y exclusión social es, por tanto, estrecha[182-183].

Los problemas de salud mental, sobre todo si tienen un curso prolongado, pueden actuar como factor desencadenante o reforzar procesos de exclusión y viceversa[184]. La prevención del deterioro social y la integración en la sociedad debe ser una realidad. En este sentido, el modelo comunitario es imprescindible para estos colectivos con la finalidad de atender las necesidades concretas de cada paciente y acercarlos, tanto como sea posible, a su medio natural[185].

Objetivo específico 88. Asegurar la continuidad asistencial y de cuidados de las personas excluidas socialmente con problemas de salud mental mediante un abordaje integral y multidimensional.

Acciones a realizar:

249. Trabajar en red de forma coordinada entre los recursos implicados mediante proyectos y programas concretos basados, como línea de trabajo, en la inclusión social y la derivación una vez estabilizada su situación a recursos normalizados de la red.

250. Mejorar la coordinación intersectorial con las entidades que atienden a las personas en riesgo o en situación de exclusión social, mediante un registro conjunto entre ambas redes.

Objetivo específico 89. Sensibilizar a los profesionales sanitarios y de servicios sociales acerca de este colectivo.

Acción a realizar:
251. Formar en buenas prácticas de intervención y evitar las actitudes que estigmaticen y supongan la cronificación de personas con trastorno mental grave en situación de sinhogarismo.

Objetivo específico 90. Impulsar el desarrollo de los servicios sociosanitarios destinando recursos específicos, tanto humanos, estructurales como organizativos, que ofrezcan una atención de calidad a este colectivo.

Acciones a realizar:
252. Facilitar el acceso a los recursos específicos de rehabilitación psicosocial comunitarios.

253. Contar con la valoración, por parte de los ESAC, de pacientes con trastorno mental grave en exclusión social y sinhogarismo, cuando estos son derivados desde los servicios sociales.

Objetivo específico 91. Flexibilizar los criterios de ingreso y de alta hospitalaria de estos pacientes en la red sanitaria y de Salud Mental

Acción a realizar:
254. Asegurar la valoración del área psicosocial en estas personas con el objetivo de adherencia y vinculación al tratamiento y a la posterior derivación a recursos especializados.

Objetivo general 38. Atención a la salud mental de la población inmigrada. Durante las dos últimas décadas, las Islas Baleares han sido tierra de acogida de ciudadanos de otras nacionalidades. El resultado es que, en el 2016, es la comunidad autónoma con un mayor porcentaje de población extranjera y, si se desglosan los datos, es la primera en porcentaje de residentes comunitarios y la tercera respecto a la población extracomunitaria, solo por detrás de Murcia y de Cataluña.

A pesar de que en los últimos años se ha frenado el proceso migratorio, en enero del 2016, según datos del INE, la población extranjera en Baleares se ha cifrado en un 17,05% del total, frente al 18,4 del 2014. En el caso de los españoles, desde el 2014, se ha pasado de 900.330 a los 918.091, mientras que los extranjeros han pasado de 203.112 a 188.662. Como población extracomunitaria destacan los de nacionalidad marroquí (23.395), nacionalidad argentina (6.619), nacionalidad ecuatoriana (6.022), nacionalidad colombiana (5.534) y nacionalidad china (5.020)[186]

Los profesionales de la Salud Mental tienen entre sus pacientes a un número cada día mayor de población inmigrada que les obliga a plantearse, en un futuro inmediato, nuevas estrategias de atención y organización de los servicios asistenciales. Las dificultades surgen, por una parte, de la prevalencia de trastorno mental entre dichos colectivos y, por otra parte, de las dificultades de la atención.

Las personas inmigradas suelen caracterizarse por la utilización de la red asistencial de manera diferenciada. La vía de entrada más frecuente a los servicios de Salud Mental son los servicios de Urgencias y los servicios sociales. Utilizan poco los recursos asistenciales debido a las dificultades del lenguaje, al temor al estigma, a las diferencias culturales, al desconocimiento de los dispositivos y a las barreras legales[187].

Objetivo específico 92. Mejorar la prevención y promoción de la salud mental en población inmigrada.

Acción a realizar:
255. Establecer programas de promoción de salud mental en las escuelas de secundaria y en las asociaciones de inmigrantes. Dichos programas deberán incluir sesiones informativas acordadas con las comunidades de inmigrantes y sus líderes para la promoción de la salud mental y los recursos asistenciales.

Objetivo específico 93. Mejorar la calidad asistencial en la atención a la población inmigrada.

Acciones a realizar:
256. Elaborar un Programa de Psiquiatría Transcultural e Inmigración. Consulta dirigida a los casos en los que hay aspectos culturales por los que se precisa una intervención específica. Dicha consulta debe estar integrada por personal de Salud Mental y por mediadores culturales en los casos que se precise.

257. Implementar servicios competentes culturalmente acreditados.

258. Incrementar el número de intérpretes y de mediadores culturales según las características sociodemográficas de los sectores de salud.

Objetivo específico 94. Favorecer los programas docentes sobre atención a la salud mental en la población inmigrada.

Acciones a realizar:
259. Formar a los profesionales de Salud Mental y a los que están en formación sobre la atención de la población inmigrada.

260. Formar en Salud Mental a los mediadores culturales y a los intérpretes.

Objetivo específico 95: Mejorar la continuidad asistencial y la de los recursos implicados en la atención a la salud mental en la población inmigrada.

Acciones a realizar:
261. Elaborar guías informativas sobre el acceso y el uso de los servicios de Salud Mental para la población inmigrada en diversos idiomas.

262. Elaborar una guía de recursos relacionados o mapa de activos con inmigración para los profesionales de Salud Mental.

263. Actualizar la página web de la Consejería de Salud para que recursos de Salud Mental aparezcan en diversos idiomas.

264. Promover que, en los casos de trastorno mental grave e inmigración, se disponga de la colaboración de un mediador cultural con el equipo de seguimiento.

6.5. Meta 5. Epidemiología, evaluación de las TIC actuales en Salud Mental

6.5.1. Línea estratégica 15. Sistemas de información en Salud Mental

La epidemiología debemos entenderla como un instrumento que va más allá de la propia metodología y aprovecharla como la verdadera ciencia sobre cuestiones poblacionales de la salud y la enfermedad. Nos puede ofrecer conocimientos sobre la distribución de los problemas de Salud Mental en distintas poblaciones, información sobre factores de riesgo y protección, efectividad y eficiencia de las intervenciones.

La OMS (1973)[188] considera los sistemas de información sanitaria como una estructura para la recogida, procesamiento, análisis y transmisión de la información necesaria para la organización y el funcionamiento de los servicios sanitarios, así como para la investigación y la docencia.

En el ámbito de la Salud Mental, un Sistema de Información en Salud Mental (SISM) es un sistema que permite recoger, procesar, analizar, difundir y utilizar la información sobre un servicio de Salud Mental y las necesidades de salud mental de la población a la que atiende, por tanto, debe concebirse como una herramienta activa en la asistencia, en la gestión y en la investigación, que integra a su vez múltiples fuentes de información, incluida la historia clínica.

Actualmente, necesitamos tener más información poblacional de Salud Mental. Por ello, es necesario invertir en el desarrollo de sistemas de información que nos permitan disponer de datos sobre las principales causas de morbilidad atendida para mejorar la prestación de servicios a la población y a las personas con trastornos mentales[189-190].

La utilización de las TIC es imprescindible para la planificación, organización y funcionamiento de los servicios de Salud Mental y para facilitar la programación de la actividad asistencial así como para identificar inequidades, tanto en el estado de salud como en el acceso a servicios y recursos.

Objetivo específico 96. Proporcionar información de calidad sobre los problemas de Salud Mental y los recursos asistenciales existentes en las Islas Baleares.

Acciones a realizar:
265. Implantar un sistema de información sanitaria específico de Salud Mental, integrado en el proceso de historia clínica de salud de la red sanitaria, que recoja tanto el CMBD[191] hospitalario como el sistema de información comunitario.

266. Disponer de información integrada sobre la organización, los dispositivos y los recursos sanitarios y sociales dedicados.

Objetivo específico 97. Mejorar el conocimiento sobre la morbilidad en Salud Mental atendida en los servicios sanitarios y sociales[192], así como las características de la población atendida de mujeres y hombres en las Islas Baleares.

Acciones a realizar:
267. Disponer de un sistema de vigilancia epidemiológica que permita avanzar en el conocimiento de los trastornos mentales y el impacto de este Plan Estratégico en términos de resultados en salud.

268. Realizar un proyecto de investigación de ámbito poblacional sobre prevalencia de trastornos mentales y sus factores de riesgo que permita evaluar las necesidades

asistenciales de la población atendida, desde una perspectiva de diversidad y equidad.

269. Diseñar y desarrollar una metodología de evaluación que, además de indicadores de estructura y de proceso, incorpore la definición de indicadores de resultados en salud.

6.6. Meta 6. Formación y desarrollo profesional

La formación en Salud Mental es una parte cardinal de este Plan Estratégico de las Islas Baleares 2016-2022, un Plan que se compromete con la mejora continua de la calidad, como elemento clave para proporcionar a los ciudadanos una asistencia basada en la mejor evidencia científica disponible. Debe potenciar el desarrollo profesional mediante la adquisición y actualización constante de conocimientos y de las competencias necesarias para ofrecer la mejor atención posible a las personas con enfermedad mental y a quienes ejercen su cuidado. Debe tener un carácter multiprofesional, adecuarse a las necesidades de la red asistencial y ser evaluada y supeditada a criterios de acreditación.

6.6.1. Línea estratégica 16: Formación continuada y desarrollo profesional

Objetivo específico 98. Garantizar una formación continuada de calidad que dé respuesta a las necesidades multidisciplinarias de los profesionales del Servicio de Salud para atender adecuadamente las necesidades de la población en materia de Salud Mental.

Acciones a realizar:

270. Analizar las necesidades formativas a planificar por el Servicio de Salud para los profesionales de la red de Salud Mental y Atención Primaria[193], deben extenderse a otros agentes o colectivos relacionados con Salud Mental.

271. Establecer un calendario de actividades formativas de investigación en colaboración con la Universidad de las Illes Balears (UIB) y coordinadas por el programa formativo de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental.

272. Difundir el Plan Estratégico de Salud Mental 2016-2022 a los agentes implicados.

6.7. Meta 7. Investigación y gestión del conocimiento en Salud Mental

La investigación constituye el elemento fundamental para el progreso del sistema sanitario[194]. Este Plan Estratégico de Salud Mental quiere impulsar iniciativas investigadoras que permitan una mejor comprensión, atención y tratamiento de las enfermedades mentales. La investigación resulta absolutamente prioritaria para el avance de los sistemas asistenciales y para una adecuada gestión del conocimiento basada en sistemas de discriminación de la información científica. La llamada investigación traslacional, la que permite acercar los resultados de esta investigación a la consulta diaria, está cobrando una particular importancia por la rapidez de implantación en guías y protocolos de asistencia. Los diferentes tipos de tratamientos siempre deben estar basados en pruebas y, para ello, una adecuada atención a la investigación científica y a su difusión entre los profesionales de la Salud Mental debe reflejarse en cualquier plan de acción[195].

6.7.1. Línea estratégica 17. Investigación en Salud Mental

Objetivo específico 99. Promover la actividad investigadora en la red asistencial de la Salud Mental

Acciones a realizar:

273. Establecer un modelo de investigación en red, favorecer las sinergias con grupos académicos ya consolidados y que participan en estructuras de investigación nacional e internacional a través de los institutos de investigación en Salud de la Comunidad Autónoma (IDISBA, IUNICS).

274. Promover que cada sector sanitario de Salud Mental cuente con un grupo clínico asociado de apoyo a los grupos de investigación consolidados en proyectos con una repercusión clínica translacional más inmediata.

275. Propiciar, en el marco de esta red, a grupos emergentes de investigación, de manera particular a los que presenten características de innovación en Salud Mental.

276. Favorecer la inclusión de méritos de investigación en las convocatorias de plazas y carreras profesionales.

277. Incluir actividades docentes orientadas a la investigación en forma de talleres, con el apoyo organizativo de la Universidad de las Islas Baleares y de la Academia de Ciencias Médicas Balear.

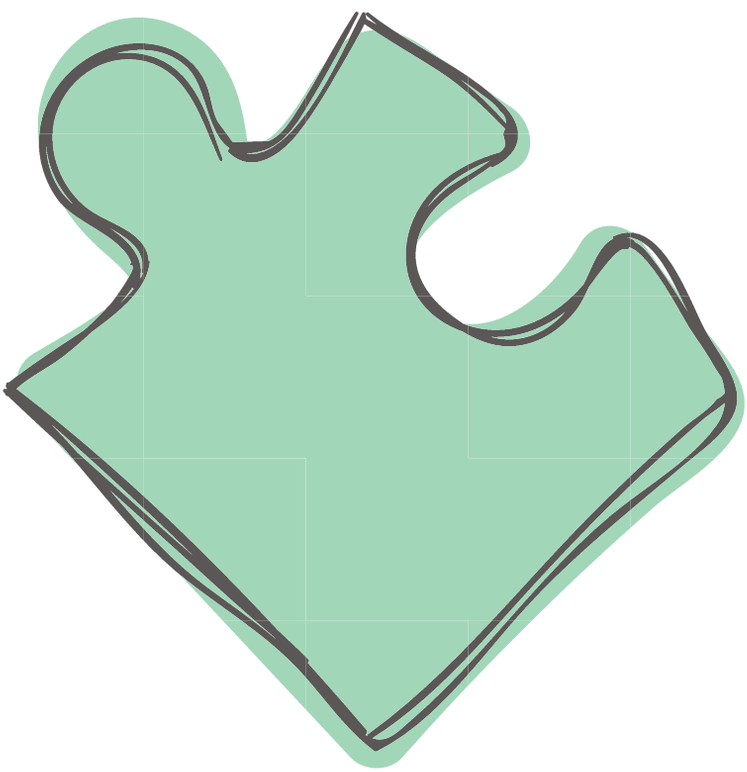
6.7.2. Línea estratégica 18. Gestión del conocimiento en Salud Mental

Objetivo específico 100. Facilitar a los agentes implicados en la Salud Mental el acceso a información relevante,

a conocimientos y a herramientas que posibiliten incorporar las mejores prácticas a la atención de las personas que padecen un trastorno mental y que eviten la variabilidad individual en la asistencia.

Acción a realizar:

278. Favorecer la comunicación y el intercambio de información, conocimientos y experiencias entre todos los agentes implicados en la atención y cuidados de las personas que padecen un trastorno mental.



7. Implantación del Plan Estratégico

7.1. Oficina de Salud Mental de las Islas Baleares (OSMIB)

La OSMIB es una estructura funcional que tiene como misión principal prestar apoyo técnico-científico en Salud Mental, a través de funciones de planificación, asesoramiento, coordinación y evaluación de los servicios de Salud Mental de acuerdo con lo establecido en el Plan Estratégico de Salud Mental vigente y con las directrices que la autoridad sanitaria establezca.

El funcionamiento de la OSMIB se lleva a cabo por su propio equipo y con el apoyo de grupos de trabajo, comités de expertos, sociedades científicas y asociaciones de usuarios y familiares.

Funciones de la OSMIB:

• Redactar el plan estratégico de Salud Mental, realizar el seguimiento de su implementación, evaluar el cumplimiento de los objetivos y de las actualizaciones progresivas.
• Asegurar la equidad de las prestaciones y la uniformidad del funcionamiento de la Red de Atención a la Salud Mental en las Islas Baleares, especialmente en la población infantil y en las personas con trastorno mental grave.

• Asesorar en la organización y en la adecuación de la cartera de servicios del Servicio de Salud. Diseñar e implementar metodologías, programas específicos, protocolos y procesos asistenciales para la mejora continua de la atención en Salud Mental.

• Evaluar y procesar la información relativa a la actividad asistencial y epidemiológica relacionada con la atención a la Salud Mental y con la satisfacción del paciente y de sus cuidadores.

• Recoger y divulgar la información relevante que se genere tanto en organismos públicos como privados entorno a la Salud Mental. Elaborar un informe periódico sobre el estado de la Salud Mental en las Islas Baleares de amplia difusión entre pacientes, familiares y profesionales.

• Desarrollar la coordinación de los servicios de Salud Mental con las fundaciones dedicadas a la salud mental, con el objetivo de lograr la atención integral a las personas con trastornos mentales también en servicios ocupacionales, de ocio, rehabilitadores y de inserción social en general. Realizar recomendaciones técnicas sobre estándares, criterios de actuación y de evaluación incluidos en los contratos y conciertos de servicios de Salud Mental con entidades públicas y privadas.

• Promover y facilitar la participación activa de usuarios y familiares, a través de los órganos de participación y asesoramiento, grupos de trabajo y comités de expertos. Colaborar con las asociaciones vinculadas con la salud mental en las campañas de sensibilización en la lucha contra el estigma y defensa de los derechos de las personas con problemas de salud mental.

• Asesorar en la coordinación interinstitucional con todas aquellas instituciones involucradas en mejorar la atención a la Salud Mental: Consejería de Educación, Investigación, Cultura y Deporte, Ministerio de Justicia, Administraciones Públicas, consells insulares, ayuntamientos, servicios sociales de municipios, entre otros.

• Colaborar con otras comunidades autónomas en proyectos de interés común relacionados con la salud mental y participar en el seguimiento de los objetivos y evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

7.2. Evolución de dispositivos de Salud Mental 2016 a 2022

Esta estrategia se ha construido en base a la experiencia de los profesionales y a su perspectiva ante los nuevos retos durante los próximos años en las Islas Baleares en el campo de salud mental.

Esta propuesta supone un incremento progresivo tanto de los dispositivos como de la dotación de recursos humanos, y responde a la necesidad de mejorar las coberturas de la Red de Salud Mental de las Islas Baleares, teniendo en cuenta la mejora en la autonomía del paciente y de humanización de la asistencia en las unidades de hospitalización, integración de las adicciones en la red de Salud Mental, reestructuración del modelo comunitario de atención, de modernización de infraestructuras y creación de HDD y ESAC.

Para una correcta implementación de este Plan Estratégico, debemos contar con acciones concretas y su evaluación basada en estándares de calidad, evidencia de resultados en salud y de eficiencia.

EVOLUCION DE DISPOSITIVOS POR SECTOR SANITARIO DE SALUD MENTAL 2016-2022											
SECTOR	DISPOSITIVO										OBLACIÓ
	UHB		HDD		USM		UCR		ESAC		
	2016	2022	2016	2022	2016	2022	2016	2022	2016	2022	
PONENT (HUSE)	1	1	1	1	3	3	1	1	½	1	327.285 hab.
MIGJORN (HSLL)	1	1	1	1	2	2	1	1	½	1	258.428 hab.
TRAMUNTANA (HCIN)	1	1	1	1	1	1	1	1	½	1	121.999 hab.
MANACOR (HM)	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	139.717 hab.
MENORCA (HMO)	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	84.853 hab.
IBIZA-FORMENTERA (HCM)	1	1	1	1	1	1	0	1	½	1	144.622 hab.
TOTAL	57 camas	57 camas	5	6	9	9	5	6	2	6	1.073.904 hab.

Tabla 6. Fuente: Elaboración propia

EVOLUCION DISTRIBUCIÓN DE DISPOSITIVOS SUPRASECTORIALES 2016-2022								
SUPRASECTOR	IBSMIA			Adicciones y Patología Dual				HUSE
	UHB	HDD	UCSMIA	UH-PD	HDD-PD	UPRA	CAD	HDD-TP
2016	1	1	5	0	0	1	0	0
2022	1	1	5	1	1	1	11	1

SUPRASECTOR	HOSPITAL PSIQUIÀTRIC						
	Subagudos	Media estancia A	Media estancia B	Larga estancia	Psicogeriátrico	Unidad T. Conducta	SARC
2016	24	24	24	24	58	0	12 disp.
2022	24	0	24	24	48	10	0
TOTAL	24	24		24	48	10	0

Tabla 7. Fuente: Elaboración propia.

8. Evaluación e indicadores

El Plan Estratégico de Salud Mental entiende la evaluación como un análisis continuo de los procesos, de los resultados obtenidos y del impacto a largo plazo sobre la salud mental de la población.

El Plan define, en cada caso, a los responsables del seguimiento y de la implementación de medidas en las áreas de mejora detectadas.

El Servicio de Salud a través del coordinador autonómico será el encargado del seguimiento y de la evaluación del despliegue de las líneas estratégicas propuestas.

La Comisión Autonómica de Salud Mental realizará el seguimiento del despliegue de los objetivos operativos recogidos en el Plan. Oportunamente, podrán proponer incluir nuevos objetivos generales a los ya propuestos.

Las gerencias, junto a los coordinadores de cada sector sanitario de Salud Mental, realizarán la evaluación más operativa de la puesta en marcha, de la implementación y del cumplimiento del Plan Estratégico a través de los contratos de gestión. Se realizará una monitorización de los indicadores definidos y se mostrará el grado de cumplimiento de los objetivos previstos.

META 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y LUCHA CONTRA EL ESTIGMA		
LÍNEA ESTRATÉGICA 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN GENERAL Y EN GRUPOS ESPECIFICOS		
OBJETIVO GENERAL 1: PROMOVER LA SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN GENERAL		
OBJETIVO 1.	**Impulsar actividades de promoción de salud mental que permitan un óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico de la población adulta e infanto-juvenil a través de la acción comunitaria y el empoderamiento.**	**INDICADOR**
ACCIONES	1. Diseñar una campaña de información y de divulgación dedicados a temas de salud mental. Ello incluye medios de comunicación y uso de las redes sociales y recursos propios.	Realización de la campaña
	2.Implementar, desde el Servicio de Salud, un teléfono de información a través del 061 –Salud responde– como plataforma de información para profesionales y usuarios de la Salud Mental.	Nº de acciones formativas
	3.Realizar un programa de formación continuada en Salud Mental durante dos años para pediatras, médicos y enfermeros de Atención Primaria de las patologías de salud mental más prevalentes en la población infantil y adolescente.	Nº de profesionales participantes
	4.Colaborar con los usuarios y sus organizaciones en promocionar el asociacionismo y las entidades que proveen servicios ocupaciones y/o residenciales a los usuarios de los servicios de Salud Mental.	Nº de asociaciones que participan
	5. Facilitar la divulgación de información sobre aspectos generales y consejos básicos para la promoción y prevención de la salud mental en los centros educativos.	Nº de actividades realizadas
	6. Colaborar con la Consejería de Educación en la divulgación del protocolo para la detección y el abordaje del acoso escolar en los centros educativos.	Nº de intervenciones colaborativas
OBJETIVO GENERAL 2: PROMOVER LA SALUD EN LAS PERSONAS CON UN TRASTORNO MENTAL GRAVE		
OBJETIVO 2.	**Promover conductas saludables en las personas con un trastorno mental grave, detectar las necesidades biopsicosociales de los pacientes con trastorno mental grave y las de sus familias.**	**INDICADOR**
ACCIONES	7.Desarrollar un PIT para las personas con trastorno mental grave que incluya objetivos y actividades de promoción de la salud física a través del personal de enfermería de los centros de Atención Primaria y de la Unidad de Salud Mental.	Porcentaje de personas afectas de TMG incluidas en programas de promoción de actividad
	8. Incorporar programas psicoeducativos por parte del personal de enfermería de las USM y de los centros de salud de AP, dirigidos a pacientes y familiares.	
	9. Desarrollar actividades de promoción de salud de baja exigencia, dirigidas a personas con trastorno mental grave, que favorezcan su socialización progresiva e integración en los recursos sociosanitarios de la zona de salud.	Porcentaje de personas afectas de TMG incluidas en grupos psicoeducativos
	10. Impulsar el desarrollo intersectorial y participativo a través de estrategias específicas de promoción de salud como la divulgación de los recursos sociocomunitarios existentes para las personas con trastorno mental grave y para sus cuidadores. Colaborar con la Gerencia de Atención Primaria (GAP) en la elaboración de mapa de activos de la Comunidad Autónoma.	Porcentaje de personas afectas de TMG incluidas en actividades de promoción de la salud de baja exigencia
	11. Potenciar la coordinación y formación entre el equipo de Salud Mental, Atención Primaria y los dispositivos de Servicios Sociales	Documento con mapa de activos por sector sanitario Nº de reuniones colaborativas por dispositivo
LÍNEA ESTRATÉGICA 2: PREVENCION DE LOS TRASTORNOS MENTALES		
OBJETIVO GENERAL 3: PREVENIR LOS PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN EM GENERAL		
OBJETIVO 3.	**Mejorar el programa de prevención de problemas de salud mental en la población infantil y adolescente de las Islas Baleares incluido en el actual Plan de Salud Infanto-Juvenil que se aplica en el ámbito de Atención Primaria en toda la Comunidad Autónoma.**	**INDICADOR**
ACCIONES	12.Actualizar y revisar el documento existente en el Plan de Salud Infanto-Juvenil.	Actualización del Programa
	13.Difundir la actualización entre todos los profesionales del primer nivel asistencial y a otros agentes implicados en el entorno médico, social y educativo de la infancia y adolescencia.	Nº de actuaciones realizadas

OBJETIVO 4.	**Elaborar e instaurar un programa específico de prevención de problemas de salud mental coordinado por pediatría de AP y USM, dirigido a los menores a cargo de familiares y/o de cuidadores principales con un diagnóstico de trastorno mental.**	**INDICADOR**
ACCIONES	14.Elaborar un programa de detección y seguimiento de menores que viven en familias con algún miembro afectado de trastorno mental grave para prevenir posibles problemas psicológicos y/o sociales de estos menores.	Porcentaje de niños convivientes en los que se han realizado actividades preventivas
	15.Desarrollar e implantar un programa piloto de prevención primaria como propuesta de intervención psicoeducativa para las familias (pacientes con diagnostico trastorno mental grave y con hijos menores a cargo).	Nº de familias y de niños incluidos en el programa piloto
OBJETIVO GENERAL4: CREAR UN PLAN DE PREVENCION DEL SUICIDIO		
OBJETIVO 5.	**Diseñar un sistema de vigilancia epidemiológica del suicidio y de la conducta suicida.**	**INDICADOR**
ACCIONES	16. Implementar un Observatorio del Suicidio mediante un sistema de recogida de información epidemiológica en la comunidad de las Islas Baleares.	Existencia del Observatorio
	17.Consensuar protocolos de prevención del suicidio y de seguimiento coordinado en todos los ámbitos al alta de los pacientes tras un intento de suicidio (Urgencias de hospitales, Urgencias y consultas de AP, unidades de Salud Mental).	Existencia del Plan de Prevención del Suicidio
	18.Desarrollar e implantar un procedimiento normalizado de actuación de las unidades de salud mental ambulatorias para pacientes con riesgo suicida e intentos de suicidio previos.	Cobertura poblacional de los protocolos: % de población cuyos centros de salud y hospitales disponen de protocolos coordinados de prevención y atención al intento suicida Nº de paciente atendidos
OBJETIVO 6.	**Desarrollar programas formativos destinados a la prevención del suicidio dirigidos a profesionales implicados en la detección y la atención del riesgo de suicidio en la población en general y en los grupos de riesgo.**	**INDICADOR**
ACCIONES	19. Impartir programas formativos de conducta suicida para profesionales médicos, servicios sanitarios y sociales de atención a personas mayores, profesionales del medio escolar y universitario.	Nº de acciones formativas
	20. Elaborar y difundir material informativo sobre la prevención del suicidio en centros de Atención Primaria y en hospitales, en colaboración con asociaciones de prevención del suicidio.	Nº actividades realizadas al año
	21.Establecer un equipo de apoyo profesional en centros escolares dirigidos a iguales de niños y jóvenes que han realizado un suicidio consumado, formación para familiares, iguales y docentes, y de intervención en familiares de personas con suicidio consumado.	Nº de intervenciones de soporte realizadas
OBJETIVO 7.	**Reducir el acceso a medios letales a través de medidas encaminadas a evitar la acumulación indebida de medicación por parte de pacientes con riesgo suicida.**	**INDICADOR**
ACCIONES	22. Establecer mecanismos de control informatizado de la dispensación de recetas de psicofármacos.	Control de dispensación de recetas de psicofármacos mediante receta electrónica
	23. Recoger información y evaluar el acceso a otros medios letales, según las recomendaciones de la OMS respecto a las barreras arquitectónicas en lugares elevados, puentes, etc.	Desarrollo de planes sectoriales para reducir el acceso a otros medios letales
OBJETIVO 8.	**Fomentar el adecuado abordaje, por parte de los medios de comunicación, de las noticias relacionadas con conductas suicidas y suicidios consumados.**	**INDICADOR**
ACCIONES	24. Informar del adecuado abordaje y el uso de las directrices señaladas por la OMS para el tratamiento de los suicidios, por parte de los medios de comunicación, y evitar el sensacionalismo, el estigma, etc.	Nº intervenciones colaborativas
	25. Priorizar la promoción de la salud y la prevención del suicidio por parte de los medios de comunicación.	
OBJETIVO 9.	**Fomentar la investigación de la conducta suicida y del acoso en menores.**	**INDICADOR**
ACCIONES	26. Impulsar proyectos de investigación de la conducta suicida, de la depresión y del acoso en menores, especialmente dirigido a la prevención del suicidio.	Nº de proyectos de investigación
	27. Estudiar el uso que realizan los niños y adolescentes de las redes sociales que puedan promover conductas suicidas y de las medidas legales a adoptar.	

OBJETIVO GENERAL 5: PREVENIR LAS ADICCIONES		
OBJETIVO 10.	**Colaborar con Salud Publica en el desarrollo del PADIB.**	**INDICADOR**
ACCION	28. Elaborar un plan de trabajo coordinado sobre las actuaciones en materia de adicciones en las Islas Baleares y de la problemática asociada a la salud mental de la persona afectada, de sus familias y de la sociedad.	Existencia de un documento de trabajo
OBJETIVO GENERAL 6: FOMENTAR EL AUTOCUIDADO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL		
OBJETIVO 11.	**Impulsar, fomentar y desarrollar una cultura de autocuidado de los equipos que conforman la Red Asistencial Pública de Salud Mental.**	**INDICADOR**
ACCIONES	29. Incluir el Programa de Autocuidado Profesional en la cartera de servicios de la Red Asistencial de Salud Mental, con la creación del Servicio de Atención y Cuidado del Profesional.	Existencia del Programa Nº de profesionales formados. Nº de acciones formativas
	30. Incluir el autocuidado profesional en la formación de nuevos profesionales (residentes MIR/PIR/EIR) para favorecer una cultura de autocuidado desde el periodo de formación.	
	31.Realizar seminarios teórico-prácticos en temas relacionados con el autocuidado para cada sector sanitario de Salud Mental.	
	32. Establecer controles de calidad del Programa de Autocuidado en cada sector sanitario.	
LÍNEA ESTRATÉGICA 3: AUTONOMIA Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL		
OBJETIVO GENERAL 7: LUCHAR CONTRA EL ESTIGMA		
OBJETIVO 12.	**Analizar la situación actual en las Islas Baleares mediante la investigación y el seguimiento sobre el concepto y trato del estigma en Salud Mental.**	**INDICADOR**
ACCIONES	33. Incluir, dentro de la Oficina Autonómica de Salud Mental, un Observatorio del Estigma en Salud Mental que realice una gestión colaborativa con asociaciones o entidades dedicadas a la salud mental.	Evaluación del observatorio Nº de personas formadas por colectivo Existencia de programa de actividades Existencia de la campaña Nº reuniones al año
	34. Realizar formación/psicoeducación a los usuarios mediante la colaboración con entidades dedicadas a la salud mental para colectivos específicos como profesionales de la salud, del periodismo, profesores, alumnos y asociaciones de padres.	
	35. Definir, coordinar y estructurar actividades de carácter comunitario, inclusivo y participativo para profesionales capacitados.	
	36. Sensibilizar a la sociedad mediante campañas de vídeos en medios de comunicación, imágenes móviles en vehículos de salud e imágenes estáticas mediante cartelería y folletos.	
	37. Incluir la voz de los usuarios en este Plan Estratégico y en los sucesivos, y garantizar un sistema de participación informada en lo que respeta a sus decisiones y a la satisfacción de los servicios.	
OBJETIVO GENERAL 8: HUMANIZAR LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN BREVE (UHB)		
OBJETIVO 13.	**Conseguir un espacio físico terapéutico, que reúna seguridad, dignidad y privacidad del paciente.**	**INDICADOR**
ACCIONES	38. Revisar las posibles carencias de espacio físico de las UHB para proponer cambios dirigidos a mejorar la calidad de la asistencia, la autonomía del paciente y el ambiente terapéutico.	Existencia de documento de necesidades Ratio de TS en cada UHB del sector sanitario Análisis semestral de las contenciones mecánicas realizadas en el centro/servicio/unidad, de sus causas y de las posibles alternativas Existencia del protocolo acogida Nº de actividades de autocuidado
	39. Realizar encuestas al personal sanitario, pacientes y familiares sobre necesidades a este respecto.	
	40. Establecer en las UHB intervenciones dirigidas a la recuperación, a la continuidad de cuidados y a la coordinación asistencial atendiendo las necesidades sociales del paciente	
	41.Dotar a las unidades de hospitalización breve de un trabajador social a tiempo completo	
	42. Disminuir las medidas coercitivas en la UHB recomendadas en el programa "Hacia la contención mecánica cero".	
	43. Establecer un estilo relacional terapéutico (bajo nivel de criticismo y hostilidad, evitar la sobreimplicación emocional) mediante un protocolo de acogida para nuevos profesionales con formación básica en habilidades de comunicación.	
	44. Mejorar la comunicación y la colaboración del equipo mediante el Programa de Autocuidado del Profesional.	

OBJETIVO GENERAL 9: PONER EN MARCHA EL PROGRAMA "HACIA LA CONTENCIÓN MECÁNICA CERO"		
OBJETIVO 14.	**Fomentar la prevención y el descenso en el número de sujeciones, orientar hacia un modelo de respeto, libre de coerción, empoderamiento y autonomía del paciente.**	**INDICADOR**
ACCIONES	45. Formar al personal sanitario en la adquisición de habilidades de comunicación, técnicas de desescalada y atención del aislamiento terapéutico con el fin de garantizar la seguridad física y los derechos humanos del paciente.	Nº de sectores sanitarios que implantan el programa
	46. Elaborar un procedimiento de supervisión de los episodios de contención y aislamiento, identificar patrones de actuación a modificar o reforzar para eliminar las medidas coercitivas.	Nº de acciones formativas
OBJETIVO 15.	**Definir el procedimiento de contención mecánica unificado de la Comunidad que establezca, a nivel asistencial, las indicaciones, el registro, el inicio y la finalización de la contención mecánica.**	**INDICADOR**
ACCIONES	47. Elaborar un protocolo único de atención y cuidados desde el primer nivel de intervención del paciente con riesgo de agitación.	Existencia del protocolo
	48. Avanzar hacia la eliminación progresiva de las habitaciones de contención de las unidades de hospitalización.	Nº de habitaciones de desescalada
OBJETIVO GENERAL 10: IMPLEMENTAR EL PROGRAMA HOSPITALARIO PARA LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE		
OBJETIVO 16.	**Contribuir en la disminución del malestar y la tensión que produce un ingreso a un paciente que padece un trastorno de salud mental.**	**INDICADOR**
ACCIONES	49. Mejorar paulatinamente las condiciones del ingreso hospitalario mediante la introducción de medidas que disminuyan el malestar del paciente.	Nº de acciones realizadas

META 2: REVISIÓN DEL MODELO ORGANIZATIVO Y DE LA CARTERA DE SERVICIOS		
LÍNEA ESTRATÉGICA 4: ATENCIÓN COMUNITARIA		
OBJETIVO GENERAL 11: INTEGRAR LA SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA		
OBJETIVO 17.	**Mejorar la capacidad de resolución de la AP y la coordinación asistencial.**	**INDICADOR**
ACCIONES	50. Promover, en los profesionales de AP, la adquisición y el mantenimiento de los conocimientos y habilidades de entrevista clínica, técnicas de apoyo psicológico de baja intensidad.	Nº actividades formativas conjuntas realizadas
OBJETIVO GENERAL 12: PSICOLOGIA CLINICA Y DE LA SALUD EN AP		
OBJETIVO 18.	**Crear la figura del psicólogo de enlace entre el centro de salud y los dispositivos de Salud Mental.**	**INDICADOR**
ACCIONES	51. Incluir, en la cartera de servicios de los psicólogos clínicos de enlace, actividades orientadas al aumento de resolución de la AP y a la mejora de la coordinación asistencial (formar a profesionales de Atención Primaria, colaborar activamente con profesionales del centro en la realización de talleres grupales, en la gestión conjunta de casos de difícil manejo, en la coordinación asistencial, etc.).	Nº psicólogos clínicos en AP Nº de usuarios incluidos en actividades grupales consideradas por los psicólogos de enlace Nº actividades formativas conjuntas realizadas
OBJETIVO GENERAL 13: DEFINICIÓN DE UN MODELO FUNCIONAL Y ORGANIZATIVO DE LAS USM Y DE LAS UCR		
OBJETIVO 19.	**Integrar los dispositivos y el personal de las UCR en los correspondientes sectores sanitarios de Salud Mental.**	**INDICADOR**
ACCIONES	52. Traspasar al personal de las UCR administrativa y funcionalmente al Servicio de Psiquiatría del sector sanitario que corresponda.	Documentar la integración
OBJETIVO 20.	**Mejorar el modelo funcional de las UCR.**	**INDICADOR**
ACCIONES	53. Utilizar el mismo sistema informático de historia clínica y de gestión administrativa que el utilizado en los dispositivos de su área de Salud Mental.	Documentar integración
	54. Homogeneizar recursos y sistemas operativos en todas las UCR.	
	55. Implementar el protocolo de trastorno mental grave electrónico accesible para realizar el censo de pacientes (coordinación con grupo de TMG).	Existencia e implantación del Protocolo de TMG
	56. Implementar un Plan Individual de tratamiento/rehabilitación electrónico (PIT/PIR) común en todo el área de Salud Mental para facilitar la continuidad de cuidados y el seguimiento.	Nº de personas con diagnóstico de TMGx100/Nº de personas con diagnóstico esperado de TMG
	57. Crear la comisión sectorial de TMG para tratar las necesidades de cada enfermo y las de sus familiares.	
	58. Mantener la gestión de una asignación vinculada a individualizar la atención a las necesidades de cada paciente en su entorno familiar y social.	
	59. Establecer un programa trasversal entre los dispositivos para asegurar la continuidad del tratamiento en los trastornos mentales graves incipientes.	Nº de sectores que siguen el Programa
OBJETIVO 21.	**Potenciar la colaboración entre las USM y los centros de AP y asegurar una coordinación cercana y efectiva.**	**INDICADOR**
	60. Crear en las USM una estructura y un funcionamiento flexibles que les permitan adaptarse a las necesidades de cada sector sanitario.	Nº psicólogos clínicos en AP
	61. Crear la figura de psicólogo clínico de enlace entre el centro de salud y los dispositivos de Salud Mental (Objetivo específico nº 18).	Nº de usuarios incluidos en actividades grupales co-lideradas por los psicólogos de enlace Nº actividades formativas conjuntas realizadas

OBJETIVO GENERAL 14: EXTENSIÓN DEL MODELO ESAC A TODOS LOS SECTORES SANITARIOS DE LA COMUNIDAD		
OBJETIVO 22.	**Implantar en todos los sectores sanitarios de las Islas Baleares un equipo de seguimiento asertivo comunitario (ESAC) y garantizar así la equidad de atención a toda la población tributaria de ser atendida por dicho dispositivo.**	**INDICADOR**
ACCION	62. Dotar de un ESAC a los dos sectores sanitarios de la Comunidad Autónoma que a día de hoy aún no disponen de dicho dispositivo: el sector de Llevant (hospital de referencia: Hospital de Manacor) y la Gerencia única de Menorca.	Porcentaje de personas atendidas en el ESAC en relación a las esperadas Nº de ESAC por sector sanitario.
OBJETIVO 23.	**Definir un marco de actuación general que homogenice las actividades realizadas por los distintos ESAC de las Islas Baleares**	**INDICADOR**
ACCIONES	63. Crear un programa de actuación general por un equipo de trabajo con experiencia clínico-asistencial en ESAC que se base en las necesidades y características de la población diana.	Documentar Programa ESAC común Nº personas formadas
	64. Implementar la Comisión intersectorial del ESAC que coordine de forma conjunta sus actuaciones.	
	65. Dotar a todos los ESAC de las Islas Baleares de los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo las funciones que se establecen según la población atendida en cada sector sanitario con criterios homogéneos y de equidad.	
	66. Facilitar y promover la formación continuada para todos los profesionales de los ESAC para poder desarrollar sus funciones de la forma más adecuada y mejorar la calidad asistencial.	

LÍNEA ESTRATÉGICA 5: ATENCIÓN HOSPITALARIA

OBJETIVO GENERAL15: LA ATENCIÓN AL USUARIO DE SALUD MENTAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS		
OBJETIVO 24.	**Mejorar la calidad de la atención al paciente de Salud Mental que acude a los servicios de Urgencias de los diferentes hospitales.**	**INDICADOR**
ACCIONES	67. Estandarizar un proceso de triaje unificado que incluya una valoración completa al paciente que presenta un trastorno mental.	Documentar el Plan de Cuidados del paciente de SM desde UCIAS Documentar el Protocolo de Contención Nº de acciones formativas
	68. Disponer de espacios específicos tanto para la entrevista y el tratamiento del paciente como de enfermería especialistas en Salud Mental o con conocimientos suficientes en la atención de estos pacientes.	
	69. Establecer un Protocolo de Contención Mecánica único para los diferentes hospitales.	
	70. Formar a todo el personal que pueda asistir a personas afectadas por trastornos mentales en los servicios de Urgencias, tanto para sensibilizar como para evitar la estigmatización del paciente con una enfermedad mental.	
	71. Designar, en cada turno de Urgencias, un profesional de enfermería, formado previamente, encargado de gestionar todos los casos de salud mental.	
	72. Realizar un programa que recoja un plan de cuidados de la persona con trastorno mental desde su entrada en el hospital.	

OBJETIVO GENERAL 16: ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES DE REHABILITACIÓN Y DE RECUPERACIÓN EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN		
OBJETIVO 25.	**Establecer una cartera básica de intervenciones grupales en las unidades de hospitalización con el fin de unificar criterios y homogeneizar las prácticas profesionales y asistenciales.**	**INDICADOR**
ACCIONES	73. Elaborar una cartera de intervenciones grupales común que deberán llevar a cabo en las unidades de hospitalización todos los sectores de Salud Mental de la Comunidad.	Elaborar la cartera de intervenciones grupales en UHB Nº de sectores sanitarios que siguen las intervenciones
	74. Recoger, en un contrato de gestión para cada sector sanitario, el cumplimiento de la cartera básica de intervenciones grupales que han de llevarse a cabo en cada unidad de hospitalización.	
	75. Asegurar la formación continuada en actividades de intervención grupal en cada sector sanitario.	

OBJETIVO GENERAL 17: LOS HOSPITALES DE DIA DE SALUD MENTAL		
OBJETIVO 26.	**Extender el modelo de hospital de día en Salud Mental para adultos a todos los sectores sanitarios de la Red de Salud Metal de las Islas Baleares.**	**INDICADOR**
ACCIONES	76. Crear, de forma prioritaria, un Hospital de Día en la zona de Llevant	Nº de HDD por sector sanitario
	77. Establecer la dotación de profesionales necesaria para este dispositivo	
OBJETIVO 27.	**Definir un marco de actuación general de HDD que homogenice sus actuaciones en los hospitales de Baleares.**	**INDICADOR**
ACCIONES	78. Llevar a cabo un análisis de las actividades y de la organización interna de los hospitales de día actuales que recoja las mejores prácticas e intervenciones para su generalización.	Elaboración de un programa general de HDD en todos los sectores sanitarios
	79. Establecer un programa guía que recoja las conclusiones de un marco general de actividades, gestión y organización, programas e intervenciones en un HDD.	

LÍNEA ESTRATÉGICA 6: ATENCIÓN ESPECÍFICA A LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL		
OBJETIVO GENERAL 18: COBERTURA Y RECURSOS EN LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL		
OBJETIVO 28.	**Asegurar una cobertura de calidad, equitativa, universal y accesible por igual a todos los menores de las Islas Baleares.**	**INDICADOR**
ACCIONES	80. Consolidar la plantilla actual del Instituto Balear de Salud Mental de la Infancia y Adolescencia (IBSMIA).	Cobertura: niños atendidos x 100/ niños esperados Documentar necesidades de RRHH Nº profesionales incorporado Ratio profesional/niño atendido Nº comisiones interinstitucionales
	81. Aumentar los recursos humanos y materiales del IBSMIA, mediante la creación de nuevas unidades comunitarias de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia (UCSMIA) y/o reforzar dichas unidades que ya están establecidas.	
	82. Incorporar nuevos perfiles profesionales, hasta ahora no disponibles, en todos los recursos de IBSMIA: logopedas y terapeutas ocupacionales.	
	83. Crear equipos especializados, interdisciplinares, transversales y supra-sectoriales con otras consejerías y con profesionales de Salud Mental de adultos.	
OBJETIVO 29.	**Mejorar la cobertura de atención a los pacientes con una mayor complejidad mediante la creación de nuevos equipos especializados.**	**INDICADOR**
ACCIONES	84. Establecer sinergias y desarrollar trabajo conjunto con los equipos que la Dirección General de Innovación y Educación ya tiene establecidos.	Creación e implantación de un ECAI piloto Nº de intervenciones conjuntas por año Documentar RH necesarios Nº actividades con AP y Educación por sector sanitario o por isla
	85. Formalizar, mejorar y aumentar la asistencia que se da a los menores con trastornos del neurodesarrollo.	
	86. Implementar cuatro equipos (Menorca, Ibiza, Part Forana y Palma de Mallorca) comunitarios de asistencia intensiva (ECAI).	
	87. Ampliar el horario destinado a la atención de los centros socio-educativos de régimen abierto y cerrado (es Pinaret, es Fusteret y es Mussol).	
	88. Ampliar la cobertura de los servicios de Salud Mental a los menores con medidas judiciales de régimen abierto, como los que residen en centros con medidas de protección, y a los menores cuya patología les impide asistir a un centro educativo ordinario.	
	89. Coordinar con los equipos técnicos de valoración de Fiscalía del menor (en correspondencia con la Línea Estratégica 3 de Corresponsabilización Institucional).	
	90. Implementar la coordinación directa y las intervenciones en los centros de salud con los profesionales de AP y en los centros educativos así como organizar la demanda mediante el uso de protocolos de actuación conjunta.	
OBJETIVO 30.	**Ampliar la cartera de servicios para cubrir las patologías de salud mental que actualmente no están recogidas en ella.**	**INDICADOR**
ACCIONES	91. Incluir en la cartera de servicios de IBSMIA la evaluación y la atención sanitaria de los trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta.	Documentar necesidades
	92. Desarrollar equipos intersectoriales (Sanidad, Educación y Servicios Sociales) para trabajar en los diferentes niveles de intervención de acuerdo a la gravedad y a las características específicas de los casos.	
	93. Ampliar la cobertura de psicología clínica y de la salud a los menores hospitalizados que requieran de una Interconsulta de Salud Mental.	

LÍNEA ESTRATÉGICA 7: LAS ADICCIONES Y LA SALUD MENTAL		
OBJETIVO GENERAL 19: INTEGRACIÓN DE LA RED DE ADICCIONES EN SALUD MENTAL		
OBJETIVO 31.	**Integrar las adicciones dentro de la red de Salud Mental.**	**INDICADOR**
ACCIONES	94. Establecer el mecanismo de gestión más adecuado para facilitar la integración, la coordinación y la atención de las adicciones a la Red de Salud Mental.	Elaborar Programa de integración de las adicciones Documentar cartera de servicios Nº reuniones conjuntas realizadas Nº de UCA de Servicio de Salud por sector o por habitantes
	95. Elaborar un modelo de atención, mediante procesos asistenciales integrados, para la patología dual y las adicciones en Mallorca, Menorca, Ibiza y Formentera.	
	96. Incluir las unidades de conductas adictivas que son externas al Servicio de Salud, ahora dependientes de los consejos insulares, como los del propio Servicio de Salud, ahora en Atención Primaria, en la Red de Salud Mental.	
	97. Incorporar la atención a los menores con trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos a la cartera de servicios de atención especializada en Salud Mental.	
	98. Incluir a los profesionales de las UCA en los dispositivos comunitarios de Salud Mental en cada uno de los sectores sanitarios.	
	99. Agrupar a otros dispositivos monográficos dedicados a las adicciones al resto de la Red de Salud Mental.	
	100. Adecuar las plantillas actuales a las nuevas necesidades asistenciales. Nuevas adicciones.	
	101. Compartir un sistema de información integral mediante las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), esto es, compartir la misma historia clínica y el módulo de prescripción farmacéutica.	

LÍNEA ESTRATÉGICA 8: HOSPITAL PSIQUIÁTRICO		
OBJETIVO GENERAL 20: REORIENTACIÓN DE LOS RECURSOS DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO		
OBJETIVO 32.	**Reestructurar y adecuar el enfoque terapéutico de los dispositivos de media estancia en la atención hospitalaria y comunitaria.**	INDICADOR
ACCIONES	102. Reconvertir la UME "Lluerna" en la Unidad de Patología Dual con una zona de ingreso y otra de hospital de día. 103. Consolidar la Unidad de Galatzó como UME, priorizar su actividad asistencial y rehabilitadora. 104. Potenciar los programas y las actividades asistenciales, rehabilitadoras y comunitarias.	Existencia de la UPD Estancia media Galatzó
OBJETIVO 33.	**Redefinir las funciones de la actual Unidad de Subagudos.**	INDICADOR
ACCIONES	105. Adecuar los tiempos de intervención hospitalaria a un máximo de tres meses 106. Elaborar un proyecto de carácter asistencial/rehabilitador	Estancia media US
OBJETIVO 34.	**Reforma estructural y funcional de la Unidad de Larga Estancia.**	INDICADOR
ACCIONES	107. Transferir progresivamente los usuarios de la Unidad de Larga Estancia a otros dispositivos residenciales a través de Servicios Sociales. 108. Consolidar la Unidad de Media Estancia en el nuevo espacio, priorizar su actividad asistencial y rehabilitadora, en régimen de hospitalización con un tiempo máximo de alojamiento de 6 a 12 meses. 109. Reforma integral del edificio para situar ahí las tres unidades antes descritas.	Nº pacientes trasladados Existencia del HDD de TP.
OBJETIVO 35.	**Evaluar las necesidades actuales de los pacientes del Psicogeriátrico.**	INDICADOR
ACCIONES	110. Derivar a los usuarios candidatos por perfil psicopatológico y por edad a los recursos residenciales de geriatría dependientes de Servicios Sociales. 111. Crear una Unidad de Demencia Precoz y de Trastornos de Conducta destinada a menores de 65 años.	Nº pacientes trasladados
OBJETIVO 36.	**Transferir el SARC a la Consejería de Servicios Sociales i Cooperación.**	INDICADOR
ACCION	112. Garantizar la reubicación de usuarios y profesionales previstos en el Plan Estratégico.	Documentar transferencia
OBJETIVO 37.	**Potenciar los programas de rehabilitación ambulatoria comunitaria a domicilio.**	INDICADOR
ACCION	113. Crear un equipo rehabilitador ambulatorio comunitario en el sector Ponent.	Documentar ERAC piloto

LÍNEA ESTRATÉGICA 9: PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOTERAPIA		
OBJETIVO GENERAL 21. INCLUIR PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD EN EL ÁMBITO SANITARIO		
OBJETIVO 38.	**Consolidar el Servicio de Psicología clínica y de la Salud destinado a responder a la interconsulta hospitalaria y a los programas de enlace de los servicios de Psiquiatría con el resto de servicios médicos o quirúrgicos.**	**INDICADOR**
ACCIONES	114.Definir la cartera de servicios que contenga la oferta de intervenciones para proporcionar atención psicológica a pacientes y/o familiares con patologías agudas o crónicas durante la hospitalización y/o de forma ambulatoria.	Elaborar cartera de intervenciones Nº de personas atendidas Nº programas actualizados Nº actividades formativas realizadas Nº reuniones conjuntas con AP realizadas Nº líneas de investigación
	115.Elaborar e implementar programas asistenciales específicos en los diferentes servicios, que permitan un abordaje integral a la experiencia de enfermar.	
	116. Dotar de profesionales formados en Psicología clínica y de la Salud necesarios para llevar a cabo esa tarea.	
	117.Formar a los profesionales de las estrategias adecuadas para la atención del conjunto de variables que se añaden al proceso de enfermar	
OBJETIVO 39.	**Fomentar una perspectiva preventiva y de promoción de la salud en el contexto hospitalario, promover competencias de autocuidado y de prácticas saludables.**	
ACCIONES	118.Incluir en la cartera de servicios del servicio de Psicología clínica y de la Salud actividades de promoción y de prevención de la salud en el contexto hospitalario.	
	119. Priorizar los programas encaminados a prevenir daños psicológicos derivados de prácticas invasivas o de gran impacto psicobiológico.	
	120.Crear vías de coordinación entre el ámbito hospitalario y la AP en materia de promoción y prevención de la salud.	
OBJETIVO 40.	**Fomentar la realización de proyectos de investigación acerca del impacto de la intervención psicológica en pacientes y/o familiares y servicios hospitalarios.**	
ACCION	121.Elaborar proyectos de investigación y evaluar la efectividad de los programas de intervención que se están llevando a cabo habitualmente en los hospitales de Baleares.	
OBJETIVO GENERAL 22: PSICOTERAPIAS E INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS		
OBJETIVO 41.	**Priorizar la normalización e inclusión de la psicoterapia en la cartera de servicios de los diferentes recursos de la Red de Salud Mental.**	**INDICADOR**
ACCIONES	122. Creación de una Comisión Coordinadora de Psicoterapia que proponga las modalidades psicoterapéuticas más idóneas para incluir en la cartera de servicios, una vez revisadas las guías clínicas y la bibliografía actualizada.	Existencia de la Comisión Elaborar Cartera Nº programas actualizados
	123. Dotar de profesionales formados en psicología de la salud.	
	124. Incluir, en el Plan individualizado de tratamiento, el abordaje específico en psicoterapia e intervenciones psicoterápicas.	

META 3: CORRESPONSABILIZACIÓN INSTITUCIONAL

LÍNEA ESTRATÉGICA 10: COORDINACIÓN CON LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DIRECTOS DE SALUD MENTAL

OBJETIVO 42.	**Formalizar un marco de colaboración con las entidades prestadoras de servicios directos de Salud Mental.**	**INDICADOR**
ACCION	125. Elaborar convenios entre el Servicio de Salud y las entidades a través de la futura Oficina de Salud Mental de las Islas Baleares que recojan el marco de trabajo propuesto por el Servicio de Salud con los requerimientos acordados a cumplir por parte de dichas entidades.	Existencia marco trabajo para cada proyecto o convenio
OBJETIVO 43.	**Crear una guía de recursos públicos y concertados de servicios para personas con enfermedad mental.**	**INDICADOR**
ACCIONES	126. Colaborar en la revisión del mapa de activos de AP y actualizar la guía de recursos existente.	Existencia mapa de activos por sector sanitario
	127. Establecer los criterios necesarios que debe cumplir una entidad para entrar a formar parte de dicho registro.	
OBJETIVO 44.	**Establecer canales de información entre las entidades y los servicios de Salud Mental.**	**INDICADOR**
ACCIONES	128. Redactar un documento de consentimiento informado del paciente que permita a los profesionales de Salud Mental compartir, con personas pertenecientes a estas entidades, datos clínicos relevantes para la atención integral del usuario.	Existencia consentimiento informado
	129. Facilitar que los profesionales de las diferentes entidades implicadas en la atención del usuario conozcan los gestores de casos.	
	130. Conseguir accesibilidad al sistema de información y al plan individualizado de tratamiento de las entidades por parte de los gestores de casos.	Documentar canales de comunicación
	131.Acordar un convenio marco de colaboración entre las entidades prestadoras de servicios de Salud Mental y el Servicio de Salud.	
	132. Establecer una dinámica de colaboración entre las entidades, los servicios de Salud Mental y sociosanitarios mediante la supervisión de casos concretos, colaboración en la información para la obtención de la discapacidad y la dependencia.	Documentar líneas de acción colaborativa
	133. Participar en actividades docentes que faciliten el conocimiento de las diferentes áreas de intervención en la atención integral en Salud Mental y que supongan un lugar de encuentro de todos los profesionales dedicados a ella.	

LÍNEA ESTRATÉGICA 11: COOPERACIÓN ENTRE INSTITUCIONES

OBJETIVO 45.	**Establecer programas transversales de colaboración eficaz con otras Administraciones copartícipes en la Salud Mental.**	**INDICADOR**
ACCIONES	134. Favorecer la formación de comisiones interinstitucionales en Salud Mental infanto-juvenil.	Nº intervenciones colaborativas
	135. Colaborar con la Consejería de Educación en los proyectos relacionados con la Salud Mental.	
	136. Colaborar con la vigilancia del acoso escolar en la divulgación del protocolo para la detección y abordaje del acoso escolar en los centros educativos.	
	137. Actualizar el protocolo de traslado urgente de enfermos mentales.	Documentos actualizados
	138. Revisar el protocolo de internamientos involuntarios.	
	139. Colaborar con los equipos técnicos de valoración de Fiscalía del menor en la atención a la salud mental de los menores con medidas judiciales que lo precisen.	Nº intervenciones conjuntas
	140. Colaborar con los equipos de valoración del grado de discapacidad de las personas con TMG mediante reuniones específicas en cada sector sanitario.	Existencia de comisiones
	141.Crear una comisión técnica para colaborar en adecuar el baremo de la dependencia a las características de las personas con TMG cuando se solicita desde las USM.	
	142. Crear una comisión técnica para colaborar con el Servicio de Valoración y Atención Temprana en los casos de atención a los menores con TEA.	
	143. Participar en comisiones socio-sanitarias para el acceso a prestaciones económicas y rehabilitadoras como el servicio ocupacional para personas con TMG.	
	144. Participar en la Comisión Interinstitucional entre la Consejería de Salud y la Consejería de Servicios Sociales y Cooperación para la transferencia del SARC.	
	145. Colaborar de manera conjunta en el grupo de trabajo para la integración de la Red de Adicciones y Salud Mental.	Nº de reuniones
	146. Trabajar en la Comisión Interinstitucional entre la Consejería de Salud y los consejos insulares para la asunción, por Salud, de las Unidades de Conductas Adictivas.	Existencia comisión Nº reuniones trabajo
	147. Participar en el grupo de trabajo de atención a la salud mental de las personas en situación de exclusión social.	

LÍNEA ESTRATÉGICA 12: PARTICIPACIÓN DE FAMILIARES Y DE ASOCIACIONES DE USUARIOS DE SALUD MENTAL		
OBJETIVO 46.	**Potenciar programas de participación con familias y asociaciones de usuarios.**	**INDICADOR**
ACCIONES	148. Establecer, en el ámbito organizacional y asistencial, sinergias y líneas específicas de colaboración estable con las familias, usuarios y asociaciones de personas con trastorno mental mediante un convenio marco de coparticipación entre el Servicio de Salud y los movimientos asociativos.	Nº de foros con asociaciones
	149. Convocar un foro anual de salud mental con la participación del Servicio de Salud y las asociaciones.	
	150. Difundir las actividades de las asociaciones.	Existencia de un programa participativo
	151.Desarrollar la figura del "usuario experto" en el marco del Programa de Paciente Activo de las Islas Baleares. Efectuar una experiencia piloto en una UCR del Servicio de Salud.	
	152. Implementar el proyecto WIN-TOTS que, con la metodología del empleo con apoyo, forme, guie y acompañe a los usuarios en la búsqueda y realización de tareas de voluntariado social.	Nº de actividades efectuadas
	153. Establecer la creación de un grupo de formación de líderes de usuarios y de líderes de familiares, orientarlo hacia la ayuda mutua.	Nº de reuniones conjuntas realizadas
	154. Realizar talleres formativos a propuesta de las asociaciones.	Nº de actividades formativas

META4: ÁREAS DE ATENCIÓN A LA ENFERMEDAD MENTAL Y PROGRAMAS ESPECÍFICOS		
LÍNEA ESTRATÉGICA 13: ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL		
OBJETIVO GENERAL 23: TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO		
OBJETIVO 47.	**Mejorar la detección precoz de los trastornos del neurodesarrollo para establecer intervenciones precoces multidisciplinarias y mejorar el pronóstico.**	**INDICADOR**
ACCIONES	155. Recoger, desde los servicios ordinarios de Salud, Educación y Servicios Sociales, las preocupaciones y las demandas de ayuda de padres y cuidadores de menores.	Nº de menores atendidos Nº intervenciones conjuntas Nº de consultas realizadas Documentar protocolos
	156. Formar a los profesionales de los recursos ordinarios de Salud, Servicios Sociales y Educación, en identificación precoz, valoración, derivación a servicios especializados y/o atención de menores con demoras en su desarrollo.	
	157. Establecer una gestión conjunta coordinada e integrada con los recursos de AP (CAPDI, pediatras de GAP y Neuropediatras), Servicios Sociales (Servicio de Valoración y Atención Temprana y Centro Base) y Educación (Servicio de Atención a la Diversidad).	
OBJETIVO 48.	**Mejorar la accesibilidad a los menores con trastornos del neurodesarrollo a los recursos especializados de Salud Mental, educativos y de servicios sociales, especialmente los que padecen una discapacidad intelectual o trastornos del espectro del autismo.**	
ACCIONES	158. Aumentar las consultas especializadas en los centros de educación especializada (CEE). Extender el modelo anterior a las aulas substitutorias de centros específicos (ASCE), a las unidades educativas especiales en centros ordinarios (UEECO) y a los centros de protección del menor con menores afectados de trastornos del neurodesarrollo de todas las Islas Baleares.	
	159. Constituir equipos especializados en los diferentes trastornos del neurodesarrollo de forma transversal y supra-sectorial que estén integrados por profesionales de las consejerías de Educación, Servicios Sociales y Salud.	
	160. Mejorar la coordinación entre profesionales de Educación, Servicios Sociales y Salud para que a estos menores se les proporcione el mejor programa educativo adaptado.	
	161. Establecer protocolos de detección, evaluación y atención de los menores con trastornos del neurodesarrollo en todos los ámbitos (social, educativo y sanitario).	
OBJETIVO 49.	**Incorporar los trastornos de la comunicación, los trastornos específicos del aprendizaje y los trastornos motores a la cartera de servicios de Salud Mental, para mejorar su detección, diagnóstico y tratamiento.**	**INDICADOR**
ACCIONES	162. Establecer mecanismos de cooperación y protocolos de identificación y diagnóstico con los equipos de orientación educativa y pedagógica (OEP) y con los orientadores para los trastornos antes citados.	Nº reuniones conjuntas
	163. Formar a los profesionales de IBSMIA y al equipo de los trastornos del neurodesarrollo en el diagnóstico y tratamiento de estos trastornos.	
	164. Crear espacios comunes de tratamiento y coordinación con los EOEP y con los orientadores para disminuir, en la medida de lo posible, la discapacidad asociada a estos trastornos.	
OBJETIVO 50.	**Consolidar y mejorar el funcionamiento de los equipos de evaluación de les dificultades de sociabilidad y comunicación (EADISOC).**	**INDICADOR**
ACCIONES	165. Ampliar y consolidar la capacidad de los EADISOC y aumentar los recursos humanos de IBSMIA, para desarrollar de manera adecuada las funciones de identificación, valoración y diagnóstico.	Nº pacientes tratados
	166. Realizar, de manera conjunta con todos los agentes integrados en EADISOC, los planes de intervención, que tienen que estar basados en la mejor evidencia científica.	
	167. Supervisar la implementación de los planes de intervención y su ejecución, así como establecer el seguimiento de los menores diagnosticados por parte de los profesionales de EADISOC.	
OBJETIVO 51.	**Generalizar el protocolo de detección y derivación de menores con sospecha de trastorno por déficit de atención hiperactividad (TDAH) en todo el territorio balear.**	**INDICADOR**
ACCIONES	168. Revisar el protocolo de detección y derivación de TDAH, implicar a todos los agentes que intervienen desde Salud, Educación y Servicios Sociales de todo el territorio balear.	Nº sectores sanitarios que siguen el protocolo
	169. Elaborar un protocolo de intervención clínica en los ámbitos de salud, educación y servicios sociales.	
	170. Ampliar la formación de profesionales de AP y de Educación para la capacitación en detección, valoración y atención de los menores con TDAH.	

OBJETIVO GENERAL 24: TRASTORNOS PSICÓTICOS		
OBJETIVO 52.	**Mejorar la detección de los trastornos psicóticos y bipolares.**	**INDICADOR**
ACCIONES	171.Sensibilizar a la población en general para disminuir la estigmatización y mejorar la identificación de síntomas psicóticos.	Nª actividades formativas Nº pacientes en seguimiento
	172. Formar a los equipos médicos de AP y a los profesionales de educación secundaria obligatoria, bachillerato, formación profesional y universitaria, así como a profesionales de servicios sociales en como derivar a los equipos de primeros episodios psicóticos.	
	173. Mejorar la atención sanitaria a los jóvenes adolescentes en AP en cuanto a la detección de sintomatología psicótica y/o afectiva mayor.	
	174. Mejorar la accesibilidad a los servicios especializados de valoración y tratamiento, mediante la creación de los equipos comunitarios de asistencia intensiva, para garantizar el acceso y atención a todos los menores de las Islas Baleares que, por su patología o condición geográfica, no puedan acceder a los dispositivos de Salud Mental existentes.	
OBJETIVO 53.	**Establecer protocolos de diagnóstico y tratamiento basados en la mejor evidencia científica para jóvenes diagnosticados con trastornos psicóticos.**	**INDICADOR**
ACCIONES	175. Colaborar desde IBSMIA con las unidades específicas de asistencia a jóvenes de 16 a 25 años con primeros episodios psicóticos (PEP) dependientes de los servicios de Salud Mental de adultos o de servicios independientes.	
OBJETIVO GENERAL 25: TRASTORNOS DEPRESIVOS		
OBJETIVO 54.	**Mejorar la accesibilidad a los servicios especializados de valoración y tratamiento.**	**INDICADOR**
ACCIONES	176. Sensibilizar a la población en general para disminuir la estigmatización y mejorar la identificación de síntomas.	Nº de pacientes tratados Nº actividades formativas
	177. Formar a los profesionales de los dispositivos ordinarios, AP y orientadores y profesores de Educación en la identificación de síntomas de alarma y sintomatología depresiva o conducta autolesiva.	
OBJETIVO 55.	**Mejorar la detección de factores de riesgo de suicidio en menores.**	**INDICADOR**
ACCIONES	178. Identificar menores de riesgo (antecedentes familiares, sintomatología depresiva, etc.) y facilitar el acceso a dispositivos sanitarios especializados,	Documentar participación en plan prevención suicidio
	179. Coordinar el protocolo de prevención de suicidio de la Comunidad promovido por este Plan Estratégico de Salud Mental. Deben tenerse en cuenta todos los recursos asistenciales, educativos y otros.	
	180. Asesorar sobre la atención a alumnos en seguimiento en IBSMIA por trastorno depresivo o por conductas autolesivas.	
OBJETIVO 56.	**Mejorar la intervención con menores diagnosticados de trastornos depresivos y conductas autolesivas.**	**INDICADOR**
ACCIONES	181.Elaborar un protocolo de actuación terapéutica a los menores con trastornos depresivos o conductas autolesivas desde dispositivos especializados.	Existencia del protocolo Nº intervenciones psicoterapéuticas
	182. Aumentar las intervenciones psicoterapéuticas desde dispositivos especializados para estos menores.	
	183. Mejorar la coordinación entre los servicios asistenciales y educativos de primer nivel.	
	184. Mejorar la atención sanitaria a menores en Atención Primaria en cuanto a la detección de sintomatología depresiva	
OBJETIVO GENERAL 26: TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y RELACIONADOS		
OBJETIVO 57.	**Mejorar la detección de los trastornos de ansiedad y relacionados.**	**INDICADOR**
ACCIONES	185. Identificar menores de riesgo con antecedentes familiares de trastornos de ansiedad y relacionados.	Documentar protocolo
	186. Elaborar un protocolo de actuación terapéutica a los menores con trastornos de ansiedad y relacionados en IBSMIA según las pautas de guías clínicas vigentes.	
	187. Aumentar las intervenciones psicoterapéuticas desde dispositivos especializados.	
OBJETIVO 58.	**Mejorar la coordinación con los servicios asistenciales y educativos de primer nivel.**	
ACCIÓN	188. Elaborar un protocolo de actuación terapéutica conjunta entre Primaria y Especializada para menores con trastornos de ansiedad con el fin de mejorar la asistencia a estos menores	
OBJETIVO GENERAL 27: TRASTORNOS DE LA EXCRECIÓN Y EL SUEÑO		
OBJETIVO 59.	**Atender a los trastornos de la excreción y del sueño cuando se supere la capacidad de atención de la AP.**	**INDICADOR**
ACCIÓN	189. Valorar en las UCSMIA los menores que cumplan requisitos.	Nº usuarios atendidos

OBJETIVO GENERAL 28: TRASTORNOS DESTRUCTIVOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA		
OBJETIVO 60.	**Mejorar la atención de los trastornos del control de los impulsos y de la conducta.**	**INDICADOR**
ACCIONES	190. Desarrollar protocolos de actuación en IBSMIA y ampliar el abanico terapéutico de acuerdo a la mejor evidencia disponible.	Documentar protocolo Nº de intervenciones
	191. Ampliar la cobertura que ofrece IBSMIA a los menores con trastornos de la conducta que no presentan otros trastornos comórbidos de Salud Mental de manera coordinada y estructurada con los profesionales de las consejerías de Educación y de Servicios Sociales.	
OBJETIVO GENERAL 29: TRASTORNOS DE PERSONALIDAD		
OBJETIVO 61.	**Mejorar el proceso de valoración y diagnóstico para evitar estigmatizar los pacientes y la iatrogenia.**	**INDICADOR**
ACCIONES	192. Formar y sensibilizar a los profesionales que trabajan con estos menores.	Nº actividades formativas Documentar protocolo Documentar protocolo Documentar protocolo
	193. Elaborar un protocolo de actuación terapéutica para los menores con trastornos de personalidad en IBSMIA según las pautas de guías clínicas vigentes.	
	194. Ampliar las intervenciones psicoterapéuticas, desde dispositivos especializados.	
OBJETIVO 62.	**Mejorar la coordinación con los recursos de Salud Mental de adultos, SS, Educación, Servicio de protección al menor, DG de Menores y Familia, Fiscalía de menores y agencias del orden público.**	
ACCIÓN	195. Elaborar un protocolo de coordinación con todos los servicios implicados para mejorar la atención.	
OBJETIVO 63.	**Mejorar y estructurar las intervenciones terapéuticas y de coordinación entre los dispositivos asistenciales (SM Adultos, Urgencias, 061, etc.).**	
ACCIÓN	196. Elaborar un protocolo de coordinación entre dispositivos y uno de actuación terapéutica para los menores con trastorno de la personalidad desde IBSMIA, según las pautas de las guías clínicas vigentes.	
OBJETIVO GENERAL 30: ADECUACION DE LOS ESPACIOS		
OBJETIVO 64.	**Mejorar la seguridad de los espacios físicos donde se atiende a menores con mayor probabilidad de agitación con el fin de disminuir al máximo las contenciones mecánicas y erradicarlas si es posible.**	**INDICADOR**
ACCIÓN	197. Adaptar una habitación de la unidad de hospitalización –habitación tiempo fuera– y un espacio de hospital de día para la contención ambiental.	Existencia habitación
LÍNEA ESTRATÉGICA 14: ATENCIÓN EN SALUD MENTAL DE ADULTOS CON PROGRAMAS ESPECÍFICOS		
OBJETIVO GENERAL 31: PROGRAMA DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN LA COMUNIDAD		
OBJETIVO 65.	**Desarrollar un programa de continuidad de cuidados para las persona con un TMG.**	**INDICADOR**
ACCIONES	198. Implantar un plan de cuidados homogéneo en todos los sectores sanitarios de la Comunidad Autónoma.	Existencia del Programa de TMG Existencia soporte informático Difusión del Programa Nº de sectores sanitarios que implantan el programa Cobertura % respeto a pacientes esperados Creación comisión de TMG Nº de acciones formativas
	199. Disponer de un soporte informático que atienda a los requerimientos del plan individualizado de tratamiento de cada paciente.	
OBJETIVO 66.	**Formalizar un censo de personas con TMG actualizado permanentemente.**	
ACCIÓN	200. Desarrollar una ficha de registro informática como instrumento epidemiológico para mejorar el estudio de necesidades y la planificación de recursos.	
OBJETIVO 67.	**Implementar y evaluar el programa de continuidad de cuidados de las personas con TMG.**	
ACCIONES	201. Crear la Comisión de Trastorno Mental Grave que vele por el cumplimiento del PAMI.	
	202. Informar del programa a todos los profesionales implicados mediante reuniones con los diferentes ámbitos de atención.	
	203. Supervisar la implantación del programa para evaluación de los indicadores establecidos en el Programa e identificar posibles mejoras.	
OBJETIVO 68.	**Identificar posibles situaciones de maltrato en personas con trastorno mental grave.**	
ACCIÓN	204. Formar en el conocimiento de signos y comportamientos que alertan frente a una posible situación de maltrato de pacientes con TMG, en especial en poblaciones vulnerables como la infantil, las mujeres y las personas mayores.	

OBJETIVO GENERAL 32: ATENCIÓN A LAS ADICCIONES Y A LA PATOLOGIA DUAL		
OBJETIVO 69.	**Mejorar la atención de los pacientes con adicciones con o sin otros trastornos psiquiátricos asociados.**	**INDICADOR**
ACCIONES	205. Implementar una unidad dirigida a la atención de las personas con patología dual.	Existencia del Programa atención integrada
	206. Establecer un modelo de atención que describa los procesos asistenciales atendiendo a la patología dual y a las adicciones en Servicio de Salud.	
OBJETIVO 70.	**Equiparar las adicciones a cualquier otra patología psiquiátrica.**	
ACCIÓN	207. Reorientar organizativa y funcionalmente los dispositivos asistenciales para pacientes con trastornos adictivos y/o con patología dual.	Difusión del Programa
OBJETIVO 71.	**Dar un servicio de calidad y equitativo a los menores con trastornos relacionados con las sustancias y con trastornos adictivos en la cartera de servicios de atención de Salud Mental.**	Cobertura % respeto a pacientes esperados
ACCIONES	208. Aumentar la cobertura de la labor asistencial de la UCA joven en todos los municipios mediante un sistema itinerante de atención a las adicciones a los jóvenes y sus familias por toda la isla de Mallorca.	
	209. Reforzar la cobertura del servicio en Menorca e Ibiza-Formentera.	Nº de reuniones organizativas
OBJETIVO 72.	**Mejorar el acceso de los usuarios a la red asistencial y tratar al paciente con patología dual en una única red asistencial.**	
ACCIONES	210. Establecer procedimientos de apoyo a los usuarios y sus familias en forma de equipos de soporte de atención especializada en patología dual a los dispositivos asistenciales de Salud Mental y adicciones.	Creación UCA joven itinerante
	211.Impulsar el desarrollo de un abanico amplio de recursos comunitarios para cubrir las necesidades de personas con patología dual y sus familias y aumentar su autonomía.	Nº de acciones formativas
OBJETIVO 73.	**Establecer alianzas con recursos terapéuticos comunitarios destinados a incrementar las oportunidades rehabilitadoras y de reinserción entre el Servicio de Salud y las entidades dedicadas a las adicciones.**	Nº de comunidades terapéuticas en convenio
ACCIONES	212. Convenir con las entidades proveedoras de servicios directos de Salud Mental un marco de trabajo acordado, que recoja espacios de coordinación asistencial, información y planes de tratamiento, entre otros.	Nº farmacias con dispensación metadona
OBJETIVO 74.	**Normalizar los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos, equiparar al paciente que sufre una adicción con cualquier otra patología.**	Nº de pacientes en tratamiento
ACCIONES	213. Mejorar la dispensación y accesibilidad de la metadona como un fármaco más en las oficinas de farmacia de todas las islas.	
	214. Equiparar los agonistas opiáceos como la buprenorfina/naloxona al resto de fármacos para reducir el número de pacientes en PMM, favorecer la diversidad terapéutica y disminuir la estigmatización.	

OBJETIVO GENERAL 33: ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD GRAVES		
OBJETIVO 75.	**Mejorar la asistencia de las personas diagnosticadas con trastorno de la personalidad en nuestra Comunidad Autónoma.**	**INDICADOR**
ACCIONES	215. Implementar un dispositivo de hospital de día específico para las personas con trastornos de la personalidad de mayor gravedad.	Existencia Programa TP graves
	216. Establecer programas específicos para pacientes con trastornos de la personalidad en las actuales unidades de hospitalización de Psiquiatría.	
	217. Incluir la atención a las familias de los pacientes mediante un plan de intervención específico para la atención a familiares.	Difusión del Programa
OBJETIVO 76.	**Mejorar la detección precoz de este tipo de patología, tanto en personas adultas como en población adolescente.**	Cobertura % respeto a pacientes esperados
ACCIONES	218. Asegurar la adecuada formación y reciclaje de los profesionales que atiendan a las personas con trastorno grave de personalidad.	
	219. Organizar un plan formativo para docentes y médicos de AP.	
	220. Establecer protocolos consensuados de detección y derivación de trastornos de la personalidad en AP.	Creación HDD de TP graves
OBJETIVO 77.	**Reforzar y potenciar la atención y coordinación en los dispositivos asistenciales existentes: AP, Unidad de Conductas Adictivas (UCA), Unidad de Salud Mental y Urgencias.**	Nº de reuniones organizativas
ACCIONES	221. Agilizar los sistemas de derivación y citación para mejorar la adherencia al tratamiento mediante la creación de un protocolo de derivación.	Creación agenda específica para TP en USM
	222.Orientar la USM en el eje del tratamiento para personas afectadas por trastorno grave de personalidad y sus familias, mediante la creación de una agenda específica con citas de mayor duración con la dotación de personal necesaria.	Creación Protocolo

OBJETIVO 78.	**Asegurar que cada usuario de la red con un trastorno grave de personalidad cuente con un plan de tratamiento en crisis preestablecido y accesible para todos los profesionales.**	derivación
ACCIÓN	223.Establecer un plan de tratamiento en crisis accesible a todos los profesionales de la red en la historia de salud.	
OBJETIVO 79.	**Asegurar la atención social a las personas con un trastorno de personalidad grave, favorecer también su integración formativa y laboral.**	Evaluación Programa
ACCIÓN	224.Favorecer en el ámbito interinstitucional la integración formativa y laboral (Servicios Sociales, Servicio de Salud, Servicio de Ocupación de las Illes Balears).	
OBJETIVO 80.	**Avanzar en la gestión del conocimiento en todo lo relacionado con las personas con diagnóstico de trastorno de personalidad: prevalencia, diagnóstico y tratamientos eficaces.**	
ACCIÓN	225.Implementar un plan de formación específico para profesionales de Salud Mental.	
OBJETIVO GENERAL 34: PROGRAMA DE ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA		
OBJETIVO 81.	**Establecer un nuevo modelo de atención a las personas afectadas por un trastorno de alimentación en todas las edades en nuestra Comunidad Autónoma.**	**INDICADOR**
ACCIÓN	226. Configurar un equipo funcional de carácter multidisciplinario, transversal y suprasectorial para la atención de los pacientes con diagnóstico TCA en las Islas Baleares.	Existencia equipo Difusión del Programa Creación Protocolo derivación Nº actividades formativas Cobertura % respeto a pacientes esperados Nº reuniones con asociaciones
OBJETIVO 82.	**Revisar los programas de atención a los trastornos de la conducta alimentaria.**	
ACCIONES	227.Elaborar nuevos protocolos de intervención adaptados a las necesidades emergentes.	
	228.Diseñar circuitos de coordinación asistencial con otros a profesionales involucrados en la atención a los TCA.	
	229. Formar al personal sanitario comunitario y a los futuros especialistas en la detección y atención a los TCA.	
	230. Realizar coordinaciones con otras instituciones como Educación, Servicios Sociales, Protección de menores sobre el abordaje integral de los TCA.	
	231. Colaborar con las asociaciones de afectados en Baleares para conocer sus necesidades e involucrarlos en la planificación de la asistencia para los TCA.	
OBJETIVO GENERAL 35: ATENCIÓN EN PSICOGERIATRÍA		
OBJETIVO 83.	**Mejorar la atención psicogeriátrica de Salud Mental en la Comunidad de las Islas Baleares.**	**INDICADOR**
ACCIONES	232.Reorientar el actual Psicogeriátrico en Servicio de Subagudos para la población geriátrica de referencia para USM, hospitales de agudos y hospitales sociosanitarios.	Elaboración Programa modelo Difusión del Programa Documentar programa enlace Nº reuniones conjuntas Creación equipo valoración Cobertura % respeto a pacientes esperados Nº pacientes trasladados
	233.Activar la evaluación de pacientes susceptibles de ser reubicados en residencias normalizadas de forma ágil.	
	234.Implementar programas de enlace en el actual Psicogeriátrico a través de un servicio de consultas externas y de atención ambulatoria psicogeriátrica de apoyo para programas a domicilio y residencias.	
	235. Coordinar las actuaciones del Programa de Atención Psicogeriátrica de Salud Mental con los servicios y programas de atención especializada de Neurología y Medicina Interna, especialmente en los casos de trastornos de conducta y en la atención a la sintomatología psiquiátrica o de reagudización asociados a deterioro cognitivo.	
	236. Crear un equipo de valoración para priorizar la entrada a residencias normalizadas, recursos específicos de discapacidad o de enfermedades neurodegenerativas de pacientes institucionalizados.	
OBJETIVO GENERAL 36: ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO		
OBJETIVO 84.	**Mejorar la identificación precoz, el diagnóstico y la atención de todos los trastornos del neurodesarrollo para poder establecer intervenciones precoces que han demostrado mejorar el pronóstico.**	**INDICADOR**
ACCIONES	237.Sensibilizar a la población en general acerca de los trastornos del neurodesarrollo.	Documentar campaña Nº actividades formativas
	238. Formar a los profesionales de los recursos ordinarios, especialmente los de AP, Salud Mental de adultos, Educación, Servicios Sociales, entidades del tercer sector, etc.	
	239. Mejorar la formación de especialistas en Salud Mental en la identificación, diagnóstico y atención de trastornos del neurodesarrollo y otros diagnósticos asociados.	

	240. Colaborar estrechamente con los equipos de Neurología implicados en la atención a estos enfermos.	Nº reuniones de coordinación
	241. Formar a los cuidadores y familiares, profesionales de AP y servicios especializados en la identificación, comunicación y atención de enfermedades en pacientes con trastornos del neurodesarrollo.	Cobertura % respeto a diagnosticados o esperados
OBJETIVO 85.	**Establecer un programa de recursos específicos para los casos más graves o de atención más difícil dentro de la Red Asistencial de Salud Mental de las Islas Baleares.**	**INDICADOR**
ACCIONES	242.Crear un equipo específico transversal y supra-sectorial de Salud Mental especializado en el diagnóstico y en la atención tanto de pacientes menores como adultos afectados por trastornos del neurodesarrollo.	Dotación del equipo a crear
	243.Crear una unidad de hospitalización de agudos para adultos con trastornos de neurodesarrollo y trastornos comórbidos de Salud Mental o alteraciones conductuales graves que los recursos comunitarios ordinarios y/o especializados no pueden atender.	Dotación de la Unidad Nº de personas atendidas en esta unidad
OBJETIVO 86.	**Establecer convenios de colaboración con las empresas del tercer sector y otros recursos sanitarios que prestan atención a las personas con trastornos del neurodesarrollo.**	**INDICADOR**
ACCIONES	244.Realizar reuniones de coordinación con estas entidades para acordar protocolos, intervenciones y guías.	Nº de reuniones con Entidades Nº iniciativas conjuntas desarrolladas
	245. Visitar a los usuarios en las dependencias de estas entidades y coordinar la información que se les brinda.	
	246. Incluir al paciente, al nivel que su discapacidad permita, a los padres, educadores y sus cuidadores en las decisiones sobre la atención.	
OBJETIVO 87.	**Proveer información actualizada sobre recursos existentes para pacientes con trastornos del neurodesarrollo.**	**INDICADOR**
ACCIONES	247.Elaborar una guía de recursos de trastornos del neurodesarrollo y ponerla a disposición de familiares, cuidadores y profesionales de salud.	Documentar canal información
	248. Establecer sistemas de comunicación seguros que permitan la coordinación entre los profesionales encargados en su atención.	
OBJETIVO GENERAL 37: ATENCIÓN A LA SALUT MENTAL DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL		
OBJETIVO 88.	**Asegurar la continuidad asistencial y de cuidados de las personas excluidas socialmente con problemas de Salud Mental mediante un abordaje integral y multidimensional.**	**INDICADOR**
ACCIONES	249. Trabajar en red de forma coordinada entre los recursos implicados, mediante proyectos y programas concretos basados, como línea de trabajo, en la inclusión social y la derivación una vez estabilizada su situación a recursos normalizados de la red.	Elaboración Programa Difusión del Programa Nº pacientes en programa Nº reuniones conjuntas Nº actividades formativas Nº intervenciones colaborativas Creación Protocolo derivación
	250. Mejorar la coordinación intersectorial con las entidades que atienden a las personas en riesgo o situación de exclusión social, mediante un registro conjunto entre ambas redes de pacientes con TMG o adicciones en situación de exclusión social.	
OBJETIVO 89.	**Sensibilizar a los profesionales sanitarios y de servicios sociales acerca de este colectivo.**	
ACCIÓN	251. Formar en buenas prácticas de intervención y evitar las actitudes que estigmatizan y suponen la cronificación de personas con TMG en situación de sinhogarismo.	
OBJETIVO 90.	**Destinar recursos específicos para una atención de calidad a este colectivo.**	
ACCIONES	252.Facilitar el acceso a los recursos específicos de rehabilitación psicosocial comunitarios e intervenir cuando procedan equipos especializados en TMG con personas en exclusión social y sinhogarismo.	
	253. Contar con la valoración, por parte de los ESAC, de pacientes con trastorno mental grave en exclusión social y sinhogarismo, cuando estos son derivados desde los Servicios Sociales.	
OBJETIVO 91.	**Flexibilizar los criterios de ingreso y de alta hospitalaria de estos pacientes en la Red Sanitaria y de Salud Mental.**	
ACCIÓN	254. Asegurar la valoración del área psicosocial en estas personas con el objetivo de mejorar la adherencia y la vinculación al tratamiento y posterior derivación a recursos especializados.	

OBJETIVO GENERAL 38: ATENCIÓN A LA SALUT MENTAL DE LA POBLACIÓN INMIGRADA		
OBJETIVO 92.	**Mejorar la prevención y promoción de salud mental en la población inmigrada.**	**INDICADOR**
ACCIÓN	255. Establecer programas de promoción de Salud Mental en las escuelas de secundaria y en las asociaciones de inmigrantes.	Elaboración Programa Difusión del Programa
OBJETIVO 93.	**Mejorar la calidad asistencial en la atención a la población inmigrada.**	
ACCIONES	256. Elaborar un programa de psiquiatría transcultural e inmigración.	Creación consulta transcultural
	257.Implementar servicios competentes culturalmente acreditados.	
	258. Incrementar el número de intérpretes y mediadores culturales según las características sociodemográficas de los sectores de salud.	Nº personas inmigradas en programa
OBJETIVO 94.	**Favorecer los programas docentes sobre atención a la SM en la población inmigrada.**	
ACCIONES	259. Formar a los profesionales de Salud Mental y a los que están en formación sobre la atención a la población inmigrada.	Nº reuniones conjuntas
	260. Formar en Salud Mental a mediadores culturales, intérpretes, profesionales de AP y personal de Urgencias.	Nº actividades formativas
OBJETIVO 95.	**Mejorar la continuidad asistencial y la de los recursos implicados en la atención a la SM en la población inmigrada.**	Nº intervenciones colaborativas
ACCIONES	261. Elaborar guías informativas sobre el acceso y uso de los servicios de Salud Mental para la población inmigrada en diversos idiomas.	
	262. Elaborar una Guía de recursos relacionados o mapa de activos con inmigración para los profesionales de Salud Mental.	Creación Protocolo derivación
	263. Actualizar la página web de Consejería de Salud para que los recursos de Salud Mental aparezcan en diversos idiomas.	Creación Guía recursos
	264. Promover que, en los casos de TMG e inmigración, se disponga de la colaboración de un mediador cultural con el equipo de seguimiento.	

META 5: EPIDEMIOLOGÍA Y EVALUACIÓN DE LAS TIC ACTUALES EN SALUD MENTAL

LÍNEA ESTRATÉGICA 15: SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL		
OBJETIVO 96.	**Proporcionar información de calidad sobre los problemas de Salud Mental y los recursos asistenciales existentes en las Islas Baleares.**	**INDICADOR**
ACCIONES	265. Implantar un cuadro de mandos específicos de Salud Mental, integrado en el proceso de Historia clínica de salud de la red sanitaria, que recoja tanto el CMBD hospitalario como el sistema de información comunitario.	
	266. Disponer de información integrada sobre la organización, los dispositivos y los recursos sanitarios y sociales dedicados.	
OBJETIVO 97.	**Mejorar el conocimiento sobre la morbilidad en Salud Mental atendida en los servicios sanitarios y sociales, así como las características de la población atendida de las mujeres y los hombres en las Islas Baleares.**	Nº de actuaciones llevadas a cabo
ACCIONES	267.Disponer de un sistema de vigilancia epidemiológica que permita avanzar en el conocimiento de los trastornos mentales y el impacto de este Plan Estratégico en términos de resultados en salud.	
	268. Realizar un proyecto de investigación de ámbito poblacional sobre prevalencia de trastornos mentales y sus factores de riesgo que permita evaluar las necesidades asistenciales de la población atendida, desde una perspectiva de diversidad y equidad.	Elaboración cuadro mandos con indicadores
	269. Diseñar y desarrollar una metodología de evaluación que, además de indicadores de estructura y de proceso, incorpore la definición de indicadores de resultados en salud.	

META 6: FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL		
LÍNEA ESTRATÉGICA 16: FORMACIÓN CONTINUADA Y DESARROLLO PROFESIONAL		
OBJETIVO 98.	**Garantizar una formación continuada de calidad que dé respuesta a las necesidades multidisciplinarias de los profesionales del Servicio de Salud para atender adecuadamente las necesidades de la población en materia de Salud Mental.**	**INDICADOR**
ACCIONES	270.Analizar previamente las necesidades formativas a planificar por el Servicio de Salud para los profesionales de la Red de Salud Mental y AP. Dichas acciones formativas se pueden extender a otros agentes o colectivos relacionados con la salud mental.	Documentar las actividades formativas
	271. Establecer un calendario de actividades formativas de investigación en colaboración con la Universidad de las Islas Baleares y coordinadas por el Programa Formativo de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental.	
	272.Difundir el Plan Estratégico de Salud Mental a los agentes implicados.	

META 7: INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN SALUD MENTAL		
LÍNEA ESTRATÉGICA 17: INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL		
OBJETIVO 99.	**Promover la actividad investigadora en la Red Asistencial de la Salud Mental.**	**INDICADOR**
ACCIONES	273.Establecer un modelo de investigación en red, favorecer las sinergias con grupos académicos ya consolidados y que participan en estructuras de investigación nacional e internacional, a través de los institutos de investigación en Salud de la Comunidad Autónoma (IDISBA, IUNICS).	Nº sectores sanitarios unidos a la red investigación Nº de proyectos de investigación financiados en convocatorias competitivas nacionales e internacionales Nº de artículos publicados en revistas indexadas de primer cuartil
	274.Promover que cada sector sanitario de Salud Mental cuente con un grupo clínico asociado de apoyo a los grupos de investigación consolidados en proyectos con una repercusión clínica trasnacional más inmediata.	
	275.Propiciar, en el marco de esta red, a grupos emergentes de investigación, de manera particular a los que presenten características de innovación en Salud Mental.	
	276.Favorecer la inclusión de méritos de investigación en las convocatorias de plazas y carreras profesionales.	
	277.Incluir actividades docentes orientadas a la investigación en forma de talleres, financiadas por el Servicio de Salud y con el apoyo organizativo de la Universidad de las Islas Baleares y de la Academia de Ciencias Médicas Balear.	
LÍNEA ESTRATÉGICA 18: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN SALUD MENTAL		
OBJETIVO 100.	**Facilitar a los agentes implicados en la salud mental el acceso a información relevante, a conocimientos y a herramientas que posibiliten incorporar las mejores prácticas a la atención de las personas que padecen un trastorno mental y que eviten la variabilidad individual en la asistencia.**	**INDICADOR**
	278.Favorecer la comunicación y el intercambio de información, conocimientos y experiencias entre todos los agentes implicados en la atención y cuidados de las personas con un trastorno mental.	Nº de actividades informativas en la biblioteca virtual

Tabla 8. Fuente: Elaboración propia.

9. Anexos

9.1. Normativa y legislación sobre salud mental

9.1.1. Ámbito autonómico

1. En noviembre de 1998, el Parlamento de las Islas Baleares aprueba el Plan Autonómico de Salud Mental de 1998, presentado por la Consejería de Salud y Consumo. De acuerdo con el artículo 20, del capítulo II de la Ley 14/1986 general de sanidad, dicho Plan formuló la líneas fundamentales para adoptar el "modelo comunitario" y adaptar los recursos y los servicios existentes hasta ese momento en las Islas Baleares al nuevo marco de asistencia.

2. El 26 de abril de 2000, se creó el Comité Técnico de Salud Mental. Su función era asesorar sobre el desarrollo del Plan. La presidencia fue asumida por el coordinador autonómico de Salud Mental. Se crearon varias subcomisiones que integraban a profesionales de distintas administraciones, y elaboraron documentos como el Protocolo de Actuaciones para la Asistencia Sanitaria Involuntaria de los Enfermos Mentales en las Islas Baleares (2001), la Guía de Recursos de Salud Mental de las Islas Baleares (2001) o las Recomendaciones para la Asistencia en la Salud Mental (2001).

3. Decreto 37/2001 (BOIB del 17 de marzo de 2001) por el que la Consejería de Salud y Consumo crea el Fórum de Salud Mental como órgano de participación y consulta de todas las administraciones públicas, entidades y asociaciones implicas en la Salud Mental de las Islas Baleares.

4. En enero de 2002, la Consejería de Salud y Consumo asumió la transferencia desde el Estado, de las competencias, en materia de asistencia sanitaria, de la Seguridad Social y, desde entonces, el Servicio de Salud es el órgano gestor de toda la atención a la salud. El coordinador autonómico de Salud Mental se integró en la estructura organizativa del Servicio de Salud como subdirector de Asistencia de Salud Mental.

5. Decreto 99/2002 (BOIB de 30 de julio de 2002) por el que la Consejería de Salud y Consumo aprueba la ordenación de la atención a la salud mental de la Comunidad. El decreto establece las directrices generales de actuación en salud mental, la promoción y protección de la salud mental, la prevención de las enfermedades mentales, la asistencia, la rehabilitación y la integración sociolaboral de las personas con problemas de salud mental.

6. En noviembre de 2003, se nombra al coordinador autonómico de Salud Mental y, en febrero de 2004, se nombra por primera vez a los coordinadores de las seis áreas de Salud Mental de entonces.

7. El 7 de mayo de 2004, la Consejería de Salud y Consumo aprueba la Orden por la que se regula la Comisión Institucional y el Comité Técnico de Salud Mental de las Islas Baleares.

8. El 10 de mayo de 2004, se aprueba también la Orden por la que se regula el Consejo Asesor de la Salud Mental de las Islas Baleares. La Comisión Institucional es presidida por el titular de la Consejería de Salud y Consumo y está compuesta además por los titulares del Servicio de Salud de les Illes Balear; del Instituto de Servicios Sociales y Deportivos de Mallorca; de los consejos insulares de Mallorca, de Menorca, de Ibiza y de Formentera; de la Dirección General de Salud Pública y por el coordinador autonómico de Salud Mental. Tiene como función la coordinación de las competencias de Salud Mental de las distintitas administraciones integradas en la misma, la formulación de planes conjuntos de actuación y de programas rectores de la política en materia de Salud Mental, y la organización de campañas conjuntas sobre prevención, rehabilitación y reinserción.

9. En septiembre de 2004, se constituye el Comité Técnico de Salud Mental presidido por el coordinador autonómico de Salud Mental y está formado por: un técnico de la DG de Salud Pública, un técnico designado de cada uno de los Consells Insulars, dos técnicos de Gestión Sanitaria de Mallorca (GESMA) y tres técnicos del Servicio de Salud.

10. En Marzo de 2005, la Consejería de Salud y Consumo modifica la Orden del 10 de mayo de 2004, por la que crea el Consejo Asesor de Salud Mental. La modificación se hace para que las asociaciones de familiares y enfermos mentales puedan formar parte del Consejo Asesor y, de esta manera, contar con su opinión en la toma de decisiones.

11. En Mayo de 2005, el Parlamento aprueba una proposición no de ley relativa al modelo comunitario en Salud Mental. El Parlamento insta al Gobierno a potenciar las unidades de salud mental, ubicar todas las unidades de hospitalización breve de Psiquiatría en hospitales generales, potenciar los recursos tanto hospitalarios como comunitarios para la rehabilitación psicosocial de las personas con TMG, potenciar la coordinación con AP, Servicios Sociales, Trabajo, asociaciones, etc. y con todas las entidades implicadas en la Salud Mental.

12. En octubre de 2005, se presenta la Guía de Recursos y Situación de la Red de Salud Mental de las Islas Baleares elaborada por el Servicio de Salud y la Consejería de Salud y Consumo en colaboración con el Institut de Serveis Socials i Esportius de Mallorca y los consejos insulares de Menorca y de Ibiza-Formentera.

13. En 2006, se presenta la Estrategia de Salud Mental de las Islas Baleares elaborada por el Servicio de Salud y la Consejería de Salud y Consumo en colaboración con otras instituciones como la Dirección General de Salud Pública, el Institut de Serveis Socials i Esportius de Mallorca, los Consells Insulars de Menorca y de Ibiza-Formetera.

14. En 2010, se crea el Instituto Balear de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia (IBSMIA) como unidad de gestión clínica dependiente del Hospital Universitario Son Espases y cuya función es organizar la asistencia de la Salud Mental de todos los menores de 18 años de las Islas Baleares.

15. En octubre de 2011, se presenta la Guía de Recursos y Situación de la Red de Salud Mental de las Islas Baleares elaborada por el Servicio de Salud y la Consejería de Salud y Consumo que actualiza los recursos existentes y la información relativa a la sectorización establecida en el Decreto de ordenación de la Salud Mental de las Islas Baleares de 2002, a causa de los cambios sucedidos en el ámbito sanitario en todos esos años. La Red de Salud Mental de las Islas Baleares queda dividida en seis áreas de Salud Mental general de adultos, un área de rehabilitación y una unidad de gestión clínica encargada de la atención infanto-juvenil.

9.1.2. Ámbito nacional

16. Ley 13/1983, de 24 de octubre, de reforma del Código Civil en materia de tutela, en el artículo 211 recoge que el internamiento de un presunto incapaz requerirá la autorización judicial y, en caso de urgencia, se dará cuenta al juez en un plazo no superior a 24 horas. Con esta Ley se deroga el Decreto de 1931 que regulaba los internamientos en instituciones psiquiátricas.

17. Informe de la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica de 1985. Elaborado por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, creada por Orden de 27 de Julio de 1983. En el Informe se explicitan los parámetros que han de servir en el futuro para la reforma psiquiátrica.

18. Ley 14/86 general de sanidad. Incluye la equiparación en derechos de la persona con problemas de Salud Mental y la inclusión de la atención en materia de Salud Mental en el Sistema General de Salud. Desarrolla en el artículo 20, del capítulo III, el contenido fundamental del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985. En 1989, tiene la extensión por Decreto de la asistencia sanitaria a personas sin recursos económicos.

19. Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

20. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de enjuiciamiento civil.

21. Ley 1/2000 de enjuiciamiento civil. El artículo 763 sustituye y amplia el contenido del artículo 211 del Código Civil, derogado por esta misma Ley, que regulaba el internamiento involuntario de personas incapaces. Esta Ley protege los derechos civiles de las personas con problemas de salud mental y regula el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.

22. Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación sanitaria. En esta Ley se reglamenta el derecho a la información sanitaria, el consentimiento informado, la documentación sanitaria, la historia clínica y demás información clínica. Así mismo clasifica las formas de limitación de la capacidad y atribuye a profesionales de medicina la competencia de evaluarla. Recoge los principios rectores de la nueva bioética como son el derecho a la intimidad de la información, las voluntades anticipadas, el derecho a la autonomía y la participación del paciente en la toma de decisiones, la negativa a tratamiento o la mayoría de edad para las decisiones sanitarias en los adolescentes.

23. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. En el artículo 7.1 establece que el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. Se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de promoción y mantenimiento de la salud, dirigidos a los ciudadanos y señala por último las prestaciones que comprenderá el catálogo. El artículo 14 define la prestación sociosanitaria como el conjunto de cuidados destinados a los enfermos crónicos que, por sus especiales características, pueden beneficiarse de la actuación simul-

tánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones y/o sufrimientos y facilitar la reinserción social.

24. 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. Se detallan las prestaciones que se incluyen tanto en la cartera de servicios de AP como en la de atención especializada.

25. La Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, aprobada en el Congreso de los Diputados el 30 de noviembre de 2006, crea el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) y reconoce un nuevo derecho de la ciudadanía en España "el de las personas que no se pueden valer por sí mismas, a ser atendidas por el Estado y garantiza una serie de prestaciones". Como dependencia se entiende precisar ayudas importantes de otras personas para realizar tareas básicas de la vida diaria. La ley se inspira en los principios de carácter universal y público de las prestaciones, acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad y participación de todas las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias.

26. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud de 2007. Su objetivo es promover la atención de calidad en salud mental, logrando la cohesión territorial. En 2009, se publica la evaluación de dicha estrategia para el periodo 2009-2013. En la elaboración de la Estrategia Nacional, así como su evaluación posterior, participaron todas las comunidades autónomas y todos los actores implicados en la salud mental, alcanzándose el consenso y unanimidad, que ha hecho de este documento un elemento clave para el desarrollo de la salud mental a nivel nacional.

27. Ley 26/2011 de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad. España ratificó la Convención y el Protocolo Facultativo el 21 de abril de 2008, entró en vigor el 3 de mayo de ese mismo año. A partir de ese momento pasa a ser parte del ordenamiento interno.

28. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley general de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Esta Ley tiene por objeto garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato, así como el ejercicio real y efectivo de derechos por parte de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones respecto del resto de ciudadanos, a través de la promoción de la autonomía personal, de la accesibilidad universal, del acceso al empleo, de la inclusión en la comunidad y la vida independiente y de la erradicación de todo tipo de discriminación.

29. Real Decreto 639/2014 de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica. Se reconoce en este decreto la especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente.

9.1.3. Ámbito internacional

30. Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidad de 1948. Todas las personas nacen libres e iguales en dignidad y deberes.

31. Declaración de Luxor de 1989 sobre los derechos humanos para los enfermos mentales. Explicita la responsabilidad gubernamental y social de la atención.

32. Convención sobre los derechos del niño.1989. Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. Recoge los derechos de la infancia y es el primer instrumento jurídicamente vinculante que reconoce a los niños y niñas como agentes sociales y como titulares activos de sus propios derechos.

33. Principios de protección de los enfermos mentales y la mejora de la atención de la Salud Mental. Resolución 46/119 de la Organización de Naciones Unidas (ONU) de diciembre de 1991. Se establecen los estándares mínimos de derechos humanos para la práctica en la salud mental, con respecto al tratamiento y las condiciones de vida.

34. Recomendación 1235 sobre psiquiatría y derechos humanos de 1994. Adoptada por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Establece criterios para el ingreso involuntario, estándares de atención y tratamiento de las personas con trastornos mentales y prohibiciones para prevenir abusos en la atención y práctica psiquiátricas.

35. Convenio de derechos humanos y biomedicina de 1996 del Consejo de Europa. Es el primer instrumento internacional, jurídicamente vinculante, en incorporar el principio del consentimiento informado, la igualdad de acceso a tratamiento médico, además de establecer altos estándares de protección relativos a la atención y a la investigación.

36. Declaración de Madrid de 1996. Aprobada por la Asamblea General de la ONU. En ella se recogen las normas éticas que deben regir la conducta de psiquiatras de todo el mundo.

37. Libro blanco de 2000 de protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen de trastorno mental del comité de bioética del Consejo de Europa. Se abordan las condiciones y procedimientos de ingreso involuntario, los límites éticos al tratamiento, la prevención y el control de hipotéticos abusos de la psiquiatría y las garantías para las personas con problemas de salud ental encarcelados.

38. Resolución sobre la promoción de la salud mental del Consejo de Europa del año 2000. Invita a los Estados a incluir en sus políticas sanitarias la prevención y promoción de la salud mental. Contempla la salud mental como parte integrante de la estrategia comunitaria de salud pública.

39. Conclusiones sobre la lucha contra los problemas relacionados con el estrés y la depresión de 2002 del Consejo de Europa. El Consejo reconoce la importancia que tiene fomentar la salud mental, especialmente a través de estrategias en relación a los determinantes del estrés y la depresión.

40. Programa mundial de acción en salud mental. OMS 2002. Plantea la brecha que existe entre la atención sanitaria en general con respecto a la atención sanitaria a la salud mental. "Cerremos la brecha, mejoremos la atención"

41. Conclusiones de la Conferencia Europea sobre la Enfermedad Mental y la Estigmatización en Europa de 2003. Importancia de combatir la estigmatización para mejorar la salud mental y la importancia de fomentar una actuación eficaz en todas las políticas pertinentes para aumentar la inclusión social y la equidad, así como luchar contra el estigma y la discriminación.

42. Recomendación relativa a la protección de la dignidad y los derechos humanos de las personas con trastorno mental de 2004 del Consejo de Europa. A partir de esta recomendación, se inicia la elaboración de un instrumento con el objetivo de velar por los derechos de las personas con trastornos mentales, que mida el grado de cumplimiento de esta norma en las políticas de los países miembros.

43. Declaración de Helsinki y Plan de Acción Europeo para la Salud Mental de 2005. Esta es la declaración europea en la que los ministros de Sanidad de los estados miembros reconocen la salud mental como aspecto fundamental para conseguir una buena calidad de vida y productividad de las personas y establece la importancia y la urgencia de afrontar los retos actuales y ofrecer soluciones basadas en la evidencia.

44. Libro verde sobre la salud mental 2005: mejorar la salud mental de la población. Con este Libro Verde, la Comisión abre un amplio debate sobre la cuestión de la salud mental. Se trata de iniciar una consulta pública sobre los medios para mejorar la gestión de las enfermedades mentales y promover el bienestar mental en la Unión Europea.

45. Convención de Nueva York de la ONU, de 13 de diciembre de 2006, sobre los derechos de las personas con discapacidad. Es el primer tratado de derechos de las personas con discapacidad del siglo XXI. Ratificado por España en el año 2007 y en vigor desde mayo de 2008. La Convención sitúa a las personas con discapacidad como sujetos de derecho y establece que sus demandas y necesidades deben ser cubiertas de forma que puedan alcanzar la igualdad de oportunidades con respecto al conjunto de la ciudadanía.

46. Declaración de Trenčín sobre el estado de la salud mental en prisiones de 2007. Informe en el que se revisa la situación de la salud mental y de su atención en las prisiones europeas, en aras de mejorarlas.

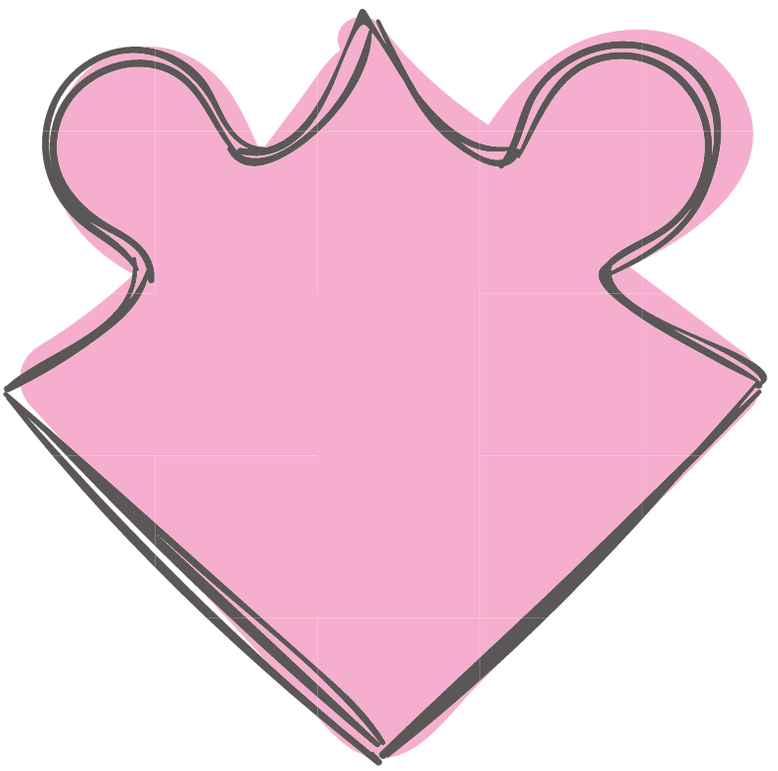
47. Pacto europeo para la salud mental y el bienestar. Conferencia de alto nivel de la Unión Europea. Bruselas 12-13 junio 2008. En el documento se reconocen la importancia y relevancia de la salud mental y el bienestar para la Unión Europea, sus estados miembros, los actores interesados y sus ciudadanos.

48. Declaración de la oficina regional para Europa de la OMS 2010. Empoderamiento del usuario en Salud Mental. Especifica la acción que hay que tomar para reforzar el empoderamiento del usuario. Establece que la clave del empoderamiento es la eliminación de los impedimentos formales e informales, así como la transformación de las relaciones de poder entre individuos, comunidades, servicios y gobiernos.

49. Plan de Acción Europeo para la Salud Mental 2013-2020 de la OMS. La finalidad global es fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales. Este Plan tiene un enfoque integral y multisectorial, con coordinación de los servicios de los sectores sanitario y social. Propone indicadores y metas clave que se pueden utilizar para evaluar la aplicación, los progresos y el impacto. En el núcleo del plan de acción se encuentra el principio mundialmente aceptado de que –no hay salud sin Salud Mental–.

9.2 Abreviaturas

AIS: Acogida e Inserción Social
AP: Atención Primaria
ASCE: Aulas Substitutorias de Centros Específicos
AVAD: Años de Vida Ajustados por Discapacidad
BETA: Buenas prácticas en la Evaluación y Tratamiento de la Agitación
CAD: Centro de Atención a las drogodependencias
CAPDI: Centro Coordinador de Atención Primaria para el Desarrollo Infantil
CA: Comunidad Autónoma
CEE: Centros de Educación Especializada
CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades
CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos
COPIB: Colegio Oficial de Psicólogos de las Islas Baleares
DG: Dirección General
DGSP: Dirección General de Salud Pública
DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DUE: Diplomado Universitario en Enfermería
EADISOC: Equips d'Avaluació de les Dificultats de Sociabilitat i Comunicació
ECAI: Equipos Comunitarios de Asistencia Intensiva
EIR: Enfermero Interno Residente
EOEP: Equipos de Orientación Educativa y Pedagógica
ESAC: Equipo Seguimiento Asertivo Comunitario
ESEMeD: European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
F: Fundación
GAP: Gerencia de Atención Primaria
H: Hospital
HCM: Hospital Can Misses
HDD: Hospital de Día
HDD-PD: Hospital de Día de Patología Dual
HDD-TP: Hospital de Día de Trastorno de Personalidad
HMAN: Hospital Comarcal de Manacor
HMO: Hospital Mateo Orfila
HSLL: Hospital Son Llàtzer
HUSE: Hospital Universitario Son Espases
Servicio de Salud: Servei Balear de la Salud
IBSMIA: Instituto Balear de Salud Mental de la Infancia y Adolescencia
IDISBA: Institut d'Investigació Sanitària de las Islas Baleares
IMAS: Institut Mallorquí d'Afers Socials
INE: Instituto Nacional de Estadística
IUNICS: Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salud
LGTBI: Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero e Intersexuales
MAP: Médico de Atención primaria
MIR: Médico Interno Residente
ODDM: Oficina de Defensa de los Derechos del Menor
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONU: Organización de Naciones Unidas
OSMIB: Oficina de Salud Mental de las Islas Baleares
PADIB: Plan Autonómico de Drogas de las Islas Baleares
PAMI: Programa Atención Mental Individualizado
PESM: Plan estratégico de Salud Mental
PIB: Producto Interior Bruto
PIR: Psicólogo Interno Residente
PIR: Plan Individual de Rehabilitación
PIT: Plan Individual de Tratamiento
PNS: Programa Niño Sano
SARC: Servicio de Atención Residencial Comunitario
SISM: Sistema de Información en Salud Mental
SM: Salud Mental
T: Trastorno
TCA: Trastorno Conducta Alimentaria
TDAH: Trastorno Déficit Atención e Hiperactividad
TEA: Trastorno Espectro Autista
TIC: Tecnología de la Información y la Comunicación
TMG: Trastorno Mental Grave
TP: Trastorno de la Personalidad
TS: Tarjeta Sanitaria
TSI: Tarjeta Sanitaria Individual
UCA: Unidad de Conductas Adictivas
UCI: Unidad de Cuidados Intensivos
UCIAS: Urgencias
UCR: Unidad Comunitaria de Rehabilitación
UCSMIA: Unidades Comunitarias de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia
UE: Unión Europea
UEECO: Unitats Educatives Especials en Centre Ordinari
UHB: Unidad de Hospitalización Breve
UH-PD: Unidad de Hospitalización de Patología Dual
UIB: Universidad de las Islas Baleares
ULE: Unidad de Larga Estancia
UME: Unidad de Media Estancia
UPRA: Unidad de Patologías Relacionadas con el Alcohol
UPD: Unidad de Patología Dual
USM: Unidad de Salud Mental
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana



10. BIBLIOGRAFIA

[1] Mathers, C., Stein, C., Ma, D., Rao, C., Inoue, M., Tomijima, N. Global Burden of Disease 2000: Version 2 methods and results. WHO Geneva. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 50; octubre 2002. Consultado en: http://www.who.int/healthinfo/paper50.pdf

[2] Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre la Salud Mental 2013-2020.Ginebra. Consultado en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=9DB273F36D89F37E095001F156A71DED?sequence=1

[3] Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. 2004. Consultado en:
http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

[4] Kessler. R.C., Berglund,P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., Walters, E.E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Rev. *Arch Gen Psychiatry*: julio 2005; 62(7):768.

[5] Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings of the Global Burden of Disease Study 2010. Rev. *Lancet*: 2013; 382:1575–1586.

[6] Wittchen, H. U., Jacobi, F. Size and burden of mental disorders in Europe-a critical review and appraisal of 27 studies. Rev. *European Neuropsychopharmacology*: 2005; 15(4):357-376

[7] Ayuso-Mateos, J. L., Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Casey, P. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. Rev. The British Journal of Psychiatry: 2001; 179 SRC:308–316.

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

[9] Alonso, J., Lepine, J. P. Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). Committee ESMS. Rev. *The Journal of Clinical Psychiatry*: 2007; 2:3–9.

[10] Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I. el al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Rev. *Medicina Clínica*: 2006; 126:445–451.

[11] Harris, E. C., Barraclough, B. Excess mortality of mental disorder. Rev. *The British Journal of Psychiatry*: 1998; 173:11–53. Exceso de mortalidad del trastorno mental.

[12] Lawrence, D., Jablensky, A. V, Holman, C. D. J., Pinder, T. J. Mortality in Western Australian psychiatric patients. Rev. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*: 2000; 35(8):341–347.

[13] Martínez-Azurmendi, O. Coordinación con AP: Una visión posibilista. Rev. *Norte de la Salud Mental*: 2002; IV(13):83–91.

[14] Bertolote, J, D., Wasserma, C. A global perspective on the magnitude of suicide mortality in textbook of Suicidology and Suicide Prevention: a global perspective. Oxford University Press: 2009; II (14):91–98.

[15] Ahmedani, B. K., Simon, G. E., Stewart, C., Beck, A., Waitzfelder, B. E., Rossom, R. Health care contacts in the year before suicide death. Rev. *Intern Med*: 2014; 29:870–877.

[16] Lorenz, A. D., Mauksch, L. B., & Gawinski, B. A. Models of collaboration. Rev. *Primary Care*: junio 1999; 26(2):401–410.

[17] Breton, M., Pineault, R., Levesque, J. F., Roberge, D., Silva, R. B., Homme, A.. Reforming healthcare systems on a locally integrated basis: is there a potential for increasing collaborations in primary healthcare? Rev. *BMC Health*: 2013;13:262.

[18] Minkoff, K. Program components of a comprehensive integrated care system for seriously mentally ill patients with substance disorders. Rev. *New Directions for Mental Health Services*: 2001; 91:17–30.

[19] Hasin, D., Fenton, M. C., Skodol, A., Krueger, R., Keyes, K., Geier, T., Blanco, C. Personality disorders and the 3-year course of alcohol, drug, and nicotine use disorders. Rev. *Archives of General Psychiatry*: 2011; 68: 1158–1167.

[20] Instituto Nacional de Estadística. Principales series de población desde 1998. Población extranjera por nacionalidad, sexo y año. Comunidades Autónomas. Consultado en:
http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p08/l0/&file=02005.px&L=0

[21] Consejería de Servicios Sociales y Cooperación. Dirección General de Planificación y Servicios Sociales de las Islas Baleares. Observatorio Balear de la Cooperación y las Migraciones. Botletín informativo: OBACOM 1/2016 sobre població extrangera a les Islas Baleares. Consultado en:
https://intranet.caib.es/sites/obacom/es/butlletins_informatius_de_lobacom-83165/

[22] Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa de muerte 2015. Consultado en:
http://www.ine.es/prensa/edcm_2015.pdf

[23] Organización Mundial de la Salud.Prevención del suicidio. Un imperativo global. 2014. Consultado en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[24] Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Prevención del suicidio: recursos. 2009. Consultado en:
http://www.who.int/mental_health/publications/suicide_prevention/es/

[25] Fundación Salud Mental España para la prevención de la enfermedad mental y el suicidio. Estadísticas Islas Baleares 2015. Observatorio del Suicidio en España. Consultado en:
https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2015/balears/

[26] Compton, W. M., Conway, K. P., Stinson, F. S., Colliver, J. D., Grant, B. F. Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Rev. J*ournal of Clinical Psychiatry*: 2005; 66(6):677–685.

[27] Olesen, J., Leonardi, M. The burden of brain diseases in Europe. Rev. *European Journal of Neurology*: 2001; 10: 471–477.

[28] Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R.. No health without mental health. Rev. *Lancet*: 2007; 8(370):859–877.

[29] Salvador-Carulla ,L. Comment. The economics of mental health in Spain. An unsolved issue? Rev. *Gaceta Sanitaria SESPAS*: 2007; 21: 314–315.

[30] Olesen, J., Leonardi, M. The burden of brain diseases in Europe. Rev. *European Journal of Neurology*: 2001; 10: 471–477.

[31] Andlin-Sobocki, P., Rossler, W. Cost of psychotic disorders in Europe. Rev. *European Journal of Neurology* 12: 2005; 1(1):74–77.

[32] Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019. Consultado en:
https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeSaludMentalbaja.pdf

[33] Layard, R. The depression report a new deal for depression and anxiety disorders. The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group. London School of Economics and Political Science: junio 2006.

[34] Hu, T. W. Perspectives: an international review of the national cost estimates of mental illness. The Journal of Mental Health Policy and Economics: 2006; 9:3–13.

[35] Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L., Alonso, J. Cost of Disorders of the Brain in Spain. Rev. PLoS ONE: 2014; 9(8):e105471.

[36] Murray, C. J., López, A., Jamison, D. T. The global burden of disease in: summary results, sensitivity analysis and future directions. Bull World Health Organ, 1990; 72:495–509.

[37] Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: Salud Mental: nuevo conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: 2001. Consultado en:
http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1

[38] Consejería de Salud y Consejería de Igualdad y Bienestar Social. Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud y Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias de la Junta de Andalucía. Protocolo de actuación conjunta entre unidades de Salud Mental Comunitaria y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias. 2ª Edición. 2012. Consultado en:
http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Protocolo_Salud_Mental_Drogodependencias_Andalucia_2012.pdf

[39] Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G., Leaf, P. J. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. Rev. *American Journal of Orthopsychiatry*: 1996; 66:17–31.

[40] Organización Mundial de la Salud. Salud Mental: Mental health: strengthening our response. Consultado en:
http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

[41] Retolaza, A. Salud Mental y AP y algunos porqués. Rev. *Norte de Salud Mental*, editorial, 2002; IV(15):9-12.

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

[43] Huizing, E., Rocamora, J., et al. Análisis de situación y recomendaciones sobre alimentación equilibrada y actividad física. Promoción de la salud en personas con trastorno mental grave. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla. 2011. Consultado en:
https://www.siis.net/documentos/ficha/205671.pdf

[44] Saiz-Ruiz, J., Bobes García, J., Vallejo Ruiloba, J., Giner Ubago, J., García-Portilla González, M. P. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. *Actas Esp. Psiquiatr*. 2008; 36(5):251-264.

[45] Vázquez, C., Hervás, G. Salud positiva: del síntoma al bienestar. Psicología Positiva Aplicada. Biblioteca de Psicología. Bilbao: Desclee de Brower 2008; 17–40.

[46] Skodol, A. E., Pagano, M. E., Bender, D. S., Shea, M. T., Gunderson, J. G., Yen, S. Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years. Rev. *Psychological Medicine,* 2005; 35:443–451.

[47] Gibbons, M. C., Fleisher, L., Slamon, R. E., Bass, S., Kandadai, V., Beck, J. R. Exploring the potential of Web 2.0 to address health disparities. Rev. *J Health Commun*: 2011; 16:77–89.

[48] Catford, J. The new social learning: connect better for better health. Health Promot Int: 2011; 26(2):133–135.

[49] Christensen, H., Reynolds, J., Griffiths, K. The use of e-health applications for anxiety and depression in young people: challenges and solutions. Rev. *Early Interv Psychiatry*: 2011; 1 (5):58–62.

[50] Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). Aproximación a la Patología Dual propuestas de Intervención en la red: 2014. Consultado en:
http://feafesgalicia.org/img/documentacion/guias/Aproximacion-patologia-dual.pdf

[51] Ministerio de Ciencia e Innovación, Ministerio de Sanidad y Política Social e Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS). Grupo de trabajo de la GPC de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. 2009. Consultado en:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICS_compl.pdf

[52] Gisbert, C., Arias, P., Camps, C., Cifre, A., Chicharro, F., Fernández J. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones. Asociación Española de Neuropsiquiatría, cuadernos técnicos. Rev. *Actas Españolas de Psiquiatría:* 2002; 6.

[53] Melville, N. A., Barclay, L. Individual Strategies Effective in Suicide Prevention. Diario Medscape: 25 de agosto 2016; Consultado en:
https://www.medscape.org/viewarticle/867673

[54] Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte 2015. Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de residencia, sexo y edad. Consultado en:
http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2015/l0/&file=06001.px

[55] Patton, G., Coffey, C., Sawyer, S. M., Viner, R. M. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. Rev. *Lancet*: 2009; 374:881–892.

[56] Boulougouris, V., Malogiannis, I., Lockwood, G., Zervas, I., Giovanni, G. Serotonergic modulation of suicidal behaviour: integrating preclinical data with clinical practice and psychotherapy. Rev. *Exp Brain Res*, Alemania: 2013; 230:605–624.

[57] Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t.. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. 2012. Consultado en:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf

[58] Appleby, I. Suicide in psychiatric patients: risk and prevention. Rev. *The British Journal of Psychiatry*: 1992; 161:749–758.

[59], R., Kontopantelis, E., Doran, T., et al. Suicide risk in primary care patients with major physical diseases: a case-control study. Rev. *Arch Gen Psychiatry*: 2012; 69:256–264.

[60] Angst, F., Stassen, H. H., Clayton, P. J., Angst, J. Mortality of patients with mood disorders:follow-up over 34-38 years. Rev. *Journal of Affective Disorders*: 2002; 167–181.

[61] Jiménez, J., Martín, S., Pacheco, T., et al. Detección y prevención de la Conducta Suicida en personas con una enfermedad mental. Guía para familiares. Madrid :2012.

[62] Kleiman, E. M., Liu, R. T., Riskind, J. H. Integrating the interpersonal psychological theory of suicide into the depression/suicidal ideation relationship: a short-term prospective study. Rev. *Behav Ther*: Mar 2014; 45(2):212-21.

[63] Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. Factores de riesgo y de protección e intervenciones relacionadas. 2014; 28-44. Consultado en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf;jsessionid=5794689135B7E272AC8739CB19F5DDB1?sequence=1

[64] Álvarez López, Á. Herramientas de evaluación e intervención del riesgo suicida. Taller 1: Jornada de Seguridad del Paciente en Salud Mental. Cáceres. 2011. Consultado en:
http://www.saludmentalextremadura.com/fileadmin/documentos/Otros/Jornada_Seguridad_Paciente_en_Salud_Mental/2o_PONENCIA_EVALUACION_E_INTERVENCION_DEL_RIESGO_SUICIDA__2_.pdf

[65] Hegerl, U., Wittmann, M., Arensman, E., Van Audenhove, Ch., Bouleau, J.H., Van der Feltz-Cornelis, Ch., et Al.: A multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. The European Alliance Against Depression (EAAD). Rev. *World Journal of Biological Psychiatryc*: 2008; 9(1):51–58.

[66] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2012/2013 España.
Consultado en: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/PresentESTUDES2012_2013.pdf

[67] Sellman, D. The 10 most important things known about addiction. Rev. *Addiction*: 2010; 105(1):6–13.

[68] Aguilar, M. I. Trabajo interdisciplinario y cuidado de equipos. Presentado en el Seminario Salud Mental y Género, Nuevos Énfasis 1996. Estrategias de Trabajo del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) Ministerio de la Mujer y la Igualdad de Género de Chile.

[69] Claramunt, M. Ayudándonos para ayudar a otros: Guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia intrafamiliar. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. San José de Costa Rica:1999.

[70] Morales G., Pérez J. C., Menares, M.A. Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. Rev. *de Psicología de La Universidad de Chile*: 2003; XII(1):9–25.

[71] Aguilar, M. I. Trabajo interdisciplinario y cuidado de equipos. Seminario Salud Mental y Género, Nuevos Énfasis. Estrategias de Trabajo del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) Ministerio de la Mujer y la Igualdad de Género de Chile. 1996.

[72] Barudy, J. El autocuidado de los profesionales que trabajan en programas de protección infantil. 1995. ONG PAICABI. Corporación de promoción y apoyo a la infancia. Consultado en:
http://paicabi.cl/publicacion/el-autocuidado-de-los-profesionales-que-trabajan-en-programas-de-proteccion-infantil/
http://paicabi.cl/web/wp-content/files_mf/1361219681el_autocuidado_de_los_profesionales.pdf

[73] Guerra, C., Rodríguez, K., Morales, G.; Betta, R. Validación Preliminar de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos. Rev. *Psykhe*: 2008; 17(2):67–78.

[74] Gobierno de Chile. Ministerio de Planificación. Secretaría Ejecutiva del Sistema de Protección Social. Manual para la Reflexividad y el Autocuidado. Dirigido a Coordinadores de Equipos Psicosociales de los Programas del Sistema de Protección Social Chile Solidario. Desarrollo Programático y Fortalecimiento Institucional. Red de protección social (PROTEGE). Consultado en:
http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/chs/12471430384ba8c2343ecf9.pdf

[75] Unión Europea. De la exclusión a la inclusión. El camino hacia la promoción de la inclusión social de las personas con problemas de Salud Mental en Europa. Un análisis basado en los informes nacionales de los miembros de la Mental Health Europe en los 27 países de la UE. Traducción parcial de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). 2008. Consultado en:
https://consaludmental.org/publicaciones/Delaexclusionalainclusion.pdf

[76] Unión Europea. Comisión de Salud Pública. Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for better Mental Health and Well-being. Lisboa. 2010. Consultado en:
https://ec.europa.eu/health/mental_health/events/ev_20101108_es

[77] Huber, C. G., Sowislo, J. F., Schneeberger, A. R., Bodenmann, B., Lang, U. E. Flury Empowerment—a new pathway toward de-stigmatising mental illness and psychiatry. Rev. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*: 2015; 166:224–232.

[78] Dewa, C., Dobson, K., Kirsh,B., Krupa, T., Lauria-Horner, B., Patten, S., Stuart, H., Whitley, R. Opening Minds. Anti-Stigma Initiative. The Mental Health Commission of Canada's. Rev. *The Canadian Journal of Psychiatry*: 2014; 59 SR:10(1).

[79] Henderson, C., Thornicroft, G. Reducing stigma and discrimination: Evaluation of England's Time to Change programme. Editorial. Rev. *The British Journal of Psychiatry*: 2013; 202: 45-48.

[80] Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud y Área de dirección de gestión sanitaria de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Grupo de trabajo sobre mejora del ambiente terapéutico. Ambiente terapéutico en Salud Mental. Programa de Salud Mental. Análisis de situación y recomendaciones para unidades de hospitalización y comunidades terapéuticas en Andalucía. Sevilla: 2010. Consultado en:
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/Listadodeterminado.asp?idp=409

[81] Holloman, N., Garland, H., Zeller, S., Overview of Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation. Rev. *West J Emerg Med*: 2012; 13(1):1–2.

[82] Megías-Lizancos, F., Vila Gimeno, C., Carretero, J., Rodríguez Monje, A., Salas Rubio J.M., Sánchez Alfonso, J., Silva García, MC. Abordaje y cuidados del paciente agitado. Documento de consenso ANESM y SEEUE. Rev. *Española de Enfermería de Salud Mental*: 2016; 1(1).

[83] Busquets Alibés, E., Busquets Surribas M., Cuxart Ainaud N., Gasull Vilella, M., Lizarralde Bandi, J., Muñoz Gimeno, M. Comisión Deontológica. Consideraciones ante las contenciones físicas y/o mecánicas: aspectos éticos y legales. Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona: Noviembre 2006. Consultado en:
http://seegg.es/Documentos/doc_int/contencion_colg_barc.pdf

[84] Negro González, E., García Manso, M. El paciente agitado: Planificación de cuidados. Rev. *Nure Investigación*: junio 2004; 6.

[85] Stucchi-Portocarrer, S., Cruzado, L., Fernández-Ygreda, R., Bernuy-Mayta, M., Vargas-Murga, H., Alvarado-Sánchez, F., et al. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta agresiva del Departamento de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi de Lima. Perú: Rev Neuropsiquiatr: 2014; 77(1):19-30.

[86] Muller, M. J., Schlosser, R., Kapp-Steen, G., Schanz, B., Benkert, O. Psychiatr, Q. Patients' satisfaction with psychiatric treatment: comparison between an open and a closed ward. Rev. *Psychiatr Q.*: 2002; 73:93–107.

[87] Huber, C. G., Schneeberger, A. R., Kowalinski, Lang, U. E., Von Felten, S., E., Walter, M., Zinkler, et al. Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study. *The Lancet Psychiatry*: julio 2016; 3(9).

[88] Funk, M. Ivbijaro, G. Integrating mental health intoprimarycare. A global perspective. World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca). WHO Library Cataloguing-in-Publicatio Ginebra: 2008. Consultado en: http://www.who.int/mental_health/policy/Integratingmhintoprimarycare2008_lastversion.pdf

[89] Buitrago, F., Ciurana, R., Alonso, M. C., Campayo, J. Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la Salud Mental en AP. Rev. *Aten Primaria*: 2014; 46 (4):59–74.

[90] Camps Garcia, C. et al. Los médicos de AP ante la Salud Mental. Rev. A*sociación Española de Neuropsiquiatra*: 1995, XV(53):217–222.

[91] Pettinati, H. M., O'Brien, C. P., Dundon, W. D. Current status of co-occurring mood and substance use disorders: a new therapeutic target. Rev. *The American Journal of Psychiatry*: 2013;170:23–30.

[92] Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., Kaplan, K. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Rev. *Archives of General Psychiatry*: 2001; 61(8):807–816.

[93] Oller-Canet, S., Fernandez-San Martin, M., Garcia-Lecina, R., Font-Canal, T., Lacasta-Tintorer, D. Do depressed patients comply with treatments prescribed? A cross-sectional study of adherence to the antidepressant treatment. Rev. *Actas Españolas de Psiquiatria*: 2011; 39:288–293.

[94] Leal Rubio, J., Escudero, A. La continuidad de cuidados y el trabajo en red en Salud Mental. Rev. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*: 2006; 4:145–16.

[95] Ricci-Cabello, I., Ruíz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Montero-Piñar, I. Morbilidad psíquica existencia de diagnóstico y consumo de psicofármacos Diferencias por comunidades autónomas según la encuesta nacional de salud 2006. Rev. *Española de Salud Pública*: 2010; 84:29–4.

[96] Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias Grupo de Trabajo de Salud Mental y Drogodependencias. Protocolo de Actuación Conjunta entre Equipos de Salud Mental de Distrito y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias. 2ª edición; Sevilla: abril 2012. Consultado en: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Protocolo_Salud_Mental_Drogodependencias_Andalucia_2012.pdf

[97] Jungfer, H. A., Schneeberger, A. R., Borgwardt, S. Reduction of seclusion on a hospital-wide level: successful implementation of a less restrictive policy. Rev. *J Psychosom Res*: 2014; 54:94–99.

[98] Lang, U. E., Hartmann, S., Schulz-Hartmann, S. Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding? Rev. *Eur J Psychiatry*:2010; 24: 199–204.

[99] Van der Merwe, M., Bowers, L., Jones, J., Simpson, A., Haglund, K. Locked doors in acute inpatient psychiatry: a literature review. Rev. *J Psychiatr Ment Health Nurs*: 2009; 16:293–299.

[100] Blaesi, S., Gairing, S. K., Walter, M., Lang, U. E., & Huber, C. G. Safety, therapeutic hold, and patient's cohesion on closed, recently opened, and open psychiatric wards. Rev. *Psychiatr Prax*: 2015; 42:76–81.

[101] Carricaburu Ripa, A. Intervención enfermera, contención mecánica en la agitación psicomotriz. Escuela Universitaria de Enfermería Antonio Coello Cuadrado. Trabajo fin de grado. Universidad de la Rioja. Logroño: 2015. Consultado en: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001088.pdf

[102] Janet S., Berlin, Jon S., Fishkind, Avrim B., H. Holloman., Garland Jr. Zeller, Scott L. et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup FAPA. Rev. *West J Emerg Med*: febrero 2012; XIII (1):17-25.

[103] Bowers, L., Jarrett, M., Clark, N., J. Absconding: a literature review. REV. *J. Psychiatr Ment Health Nurs*: 1998; 5:343–353

[104] Organización Mundial de la Salud. Atlas. Child and adolescent mental health resources. Global concerns: implications for the future. Ginebra: 2005. Consultado en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43307/9241563044_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[105] Organización Mundial de la Salud. Health for the World's Adolescents A second chance in the second decade. Ginebra: 2014. http://apps.who.int/adolescent/second-decade/

[106] Huber, C. G., Schottle, D., Lambert, M. Brief Psychiatric Rating Scale—Excited Component (BPRS-EC) and neuropsychological dysfunction predict aggression, suicidality, and involuntary treatment in first-episode psychosis. Rev. *Schizophr Res*: 2012; 134:273–278.

[107] Volkow, N. Drug abuse and mental illness: progress in understanding comorbidity. Rev. *American Journal of Psychiatry*: 2001; 158:1181–1183.

[108] Pulay, A. J., Stinson, F. S., Ruan, W. J., Smith, S. M., Pickering, R. P., Dawson, D. A., Gant, B. F. The relationship of DSM-IV personality disorders to nicotine dependence-results from a national survey. Rev. *Drug and Alcohol Dependence*: 2010; 108:141–145.

[109] Adamson, S. J., Todd, F. C., Sellman, J. D., Huriwai, T., Porter, J. Co-existing psychiatric disorders in a New Zealand outpatient alcohol and other drug clinical population. Australian New Zealand. Rev. *Journal of Psychiatry*: 2006; 40:164–170.

[110] Organización Mundial de la Salud. Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva : 2008. Consultado en:
http://apps.who.int/iris/handle/10665/43809

[111] Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., Kaplan, K. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Rev. *Archives of General Psychiatry*: 2001; 61(8): 807–816.

[112] Kessler, R. C. The epidemiology of dual diagnosis. Rev. *Biological Psychiatry*: 2004; 56:730–777.

[113] Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S. Epidemiological Catchment Area study, Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological catchment Area (ECA) study. Rev. *Jama*: 1990 264:2511–2518.

[114] Grant, BF., Goldstein, R.B., Saha, T.D., Chou, S.P., Jung, J., Zhang H., et al. Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. Rev. *Jama Psychiatry*: agosto 2015; 72(8):757-66.

[115] Bahorik, A. L., Newhill, C. E., Queen, C. C., Eack, S. M. Under-reporting of drug use among individuals with schizophrenia: prevalence and predictors. Rev. *Psychological Medicine*: 2014; 44:61–69.

[116] Martínez Sande, G. Intervención en el marco de la interconsulta y el enlace hospitalario. Perspectivas atlánticas. Rev. Norte de Salud Mental: 2001; 4:69-82.

[117] Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Grupo de Trabajo de Psicólogos Hospitales. Planificación y estrategia para la creación y puesta en marcha de un servicio de psicología clínica y de la salud, una oportunidad de mejora: mayo, 2005. Consultado en: http://www.copmadrid.org/pdf/hospitales.pdf

[118] Richards, D. A., Suckling, R., Phase, I. V. Improving access to psychological therapies: prospective cohort study. Rev. *British Journal of Clinical Psychology*: 2009; 48:377–396.

[119] Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R., Wright, B. Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. Behaviour Research and Therapy: 2009; 47:910–920.

[120] Albarracín, D., De Vicente, A. Entrevista: La labor del psicólogo en una unidad de psicología de un hospital público. Rev. *Infocop on-line*: nov.-dic. 2008; 40:21–24

[121] Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas. Psicoterapia en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Aprobado en Asamblea General Ordinaria de 9 de junio sobre la psicoterapia como prestación básica incluida en la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS). Madrid. 2007. Consultado en: http://feap.es/images/feap/documentos/psicoterapia_en_el_sistema_nacional_de_salud.pdf

[122] Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R., Ford, T. Mental health of children and adolescents in Great Britain. Rev. International Review of Psychiatry 2003; 15(1–2):185–187.

[123] Florez Fernández, M. Problemas conductuales y emocionales en niños inmigrantes latinos entre 6 y 12 años en Palma de Mallorca. Tesis doctoral. Programa de doctorado de ciencias médicas básicas. Universitat de les Islas Baleares. 2012 Consultado en: http://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/2631/Florez_Fernandez_Misabel.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[124] Cawthorpe, D., Wilkes, T. C. R., Rahman, A., Smith, D. H., Conner-Spady, B., McGurran, J. J., Noseworthy, T. W. Priority-Setting for Children's Mental Health: Clinical Usefulness and Validity of the Priority Criteria Score. Rev. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*: 2007; 16(1):8–26.

[125] Essex, M. J., Kraemer, H. C., Armstrong, J. M., Boyce, W. T., Hill, H., Klein, M. H. Exploring Risk Factors for the Emergence of Children's Mental Health Problems. Rev. *Arch Gen Psychiatry*: 2006; 63:1246–1256.

[126] Juszczak, L., Melinkovich, P., Kaplan, D. Use of health and mental health services by adolescent's macross multiple delivery sites. Rev. *The Journal of Adolescent Health*: 2003; 32:108–118.

[127] Arlington, V. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Asociación Americana de Psiquiatría. 2013

[128] Oono, I., Honey, E., McConachie, H. Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders, (ASD) (Review). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley y Sons, Ltd. Rev. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013; 4.

[129] Consejería de Salud. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Centro Coordinador de Atención Primaria para el Desarrollo Infantil. Consultado en:
http://www.ibsalut.es/ibsalut/es/profesionales/capdi

[130] Consejería de Servicios Sociales y Cooperación. Dirección General de la Dependencia de las Islas Baleares. Valoración y Atención Temprana (SVAP). Consultado en:
http://www.caib.es/govern/organigrama/area.do?lang=ca&coduo=3095469

[131] Consejería de Educación y Universidad. Dirección General de Innovación y Comunidad Educativa. Servicio de Atención a la Diversidad. Centros con educación especial. Consultado en:
http://www.caib.es/sites/diversitat/ca/relacio_cee_ueeco_i_asce/

[132] Consejería de Salud. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Instituto para la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia. Consultado en:
http://www.hospitalsonespases.es/microsites/IBSMIA/index.php?lang=es&Itemid=123

[133] Martínez-Raga, J., Szerman, N., Knecht, C., de Alvaro, R. Attention deficit hyperactivity disorder and dual disorders. Educational needs for an underdiagnosed condition. Rev. *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 2013; 25:231–243.

[134] National Institute for Health and Clinical Excellence. Psychosis with Coexisting Substance Misuse Assessment and Management in Adults and Young People. London. UK. 2011.

[135] Ensinck, K. T., Schuurman, A. G., Akker, M., Metsemakers, J. F., Kester, A. D., Knottherus, J. A. Is there an increased risk of dying after depression? Rev. *American Journal of Epidemiology*; 2002; 156:1043–1048.

[136] Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia Laín Entralgo. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: 2008

[137] Black, D. W., Noyes, R., Pfohl, B., Goldstein, R. B., Blum, N. Personality disorders in obsessivecompulsive volunteers, well comparison subjects and first degree relatives. Rev. *American Journal of Psychiatry*: 1993; 150:1226–1232.

[138] Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBER). Programa ATRAPA. Acciones para el Tratamiento de la Personalidad en la Adolescencia. 2015. Consultado en:
http://www.cibersam.es/media/503666/manual-atrapa.pdf

[139] Guimón, J. La necesidad de nuevas soluciones arquitectónicas para la futura asistencia psiquiátrica. Rev. *Avances En Salud Mental Relacional*: 2016; 5(1).

[140] Coid, J. Epidemiology, public health and the problem of personality disorder. Rev. *British Journal of Psychiatry*: 2003; 182:3–10.

[141] González Aguado, F., González Cases, J. C., López Gironés, M.L., Polo Usaola, C., Rullas Trincado, M. Guía de atención a mujeres maltratadas con trastorno mental grave. Servicio Madrileño de la Salud. Madrid: diciembre 2010.

[142] López, M., Laviana, M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave: Propuestas desde Andalucía. Rev. *Asoc. Esp. Neuropsiq*: 2007; XXVII (99):187–223.

[143] Velligan, D. I., Leiden, P. J., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R., Docherty, J. P. Assessment of adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: Recommendations from the Expert Consensus Guidelines. Rev. *Journal of Psychiatric Practice*: 2010; 16(1):34–45.

[144] Parabiaghi, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Lasalvia, A., Leese, M. Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. Rev. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*: 2006; 41:457–463.

[145] Livesley, W. J. Moving Beyond Specialized Therapies for Borderline Personality Disorder: The Importance of Integrated Domain-Focused Treatment. Rev. *Psychodynamic Psychiatry*: 2012; 40(1):47–74.

[146] Coll-Vinent, B., Echeverría, T., Farràs, U., Rodríguez, D., Millá, J., Santiñà, M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. Comisión de Violencia Intrafamiliar y de Género del Hospital Clínico de Barcelona. Rev. *Gaceta Sanitaria*: 2008; 22:7–10.

[147] Vega, P., Szerman, N., Roncero, C., Grau-López, L., Mesías, B., Barral, C., et al. Libro blanco sobre los recursos para pacientes con patología dual en España. Sanidad y Salud ediciones. Barcelona. 2015. Consultado en: http://www.patologiadual.es/docs/libro-blanco-recursos-asistenciales-pdual2015.pdf

[148] Szerman, N., Raga, J. Editorial: Dual disorders: two different mental disorders? Rev. *Advances in Dual Diagnosis*: 2015; 8:(2)

[149] Roncero, C., Daigre, C., Miquel, L., Barral, C., Collazos, F., Casas, M. Observation study of pharmacotherapy in a dual diagnosis program. Rev. *Journal of Addition Medicine*: 2014; 488(1):74–75.

[150] Szerman, N., Castroman, J., Arias, F., Morant, C. Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample. Rev. *Substance Use Misuse*: 2012; 47:383–389.

[151] Vázquez, J., Fos, C., López-García, F., Pérez-Antón, F. Prevalencia de Patología Dual en nuevos pacientes admitidos a tratamiento en un centro ambulatorio de asistencia a las Drogodependencias. XIV Congreso Nacional de Psiquiatría. PO-161-AS. Rev. *de Psiquiatra y Salud Mental:* 2010; 3:152

[152] Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F. Madrid study on the prevalence and characteristics of outpatients with dual pathology in community mental health and substance misuse services. Rev. *Adicciones*: 2013; 25:118–127.

[153] Casas, M., Arranz, F. J., Roncero, C. Grupo de estudio sobre intervenciones clínicas en conductas adictivas: (GICCA): Documento de conclusiones. Barcelona Drug Farma. 2009.

[154] Roncero, C., Vega, P., Raga, J., Barral, C., Basurte-Villamor, I., Casas, M., Szerman, N. Professionals perceptions about healthcare resources for co-occuring disorders in Spain. Rev. *International Journal of Mental Health Systems*: 2014; 8(35):2-10

[155] Hawkins, E. H. A tale of two systems: Co-occurring mental health and substance abuse disorders treatment for adolescents. Rev. *Annual Review of Psychology*: 2009; 60:197–227.

[156] Szerman, N., Raga, J., Peris, L., Roncero, C., Basurte, I., Vega, P., Casas, M. Rethinking Dual Disorders/Pathology. Rev. Addictive Disorders & Their Treatment: 2013; 12:1–10.

[157] Rodríguez-Llera, M. C., Domingo-Salvany, A., Brugal, M. T., Hayes, N., Torrens, M., Alonso, J. Prevalencia de patología dual en jóvenes consumidores de heroína: resultados preliminares. XX Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Poster nº 246 Rev. *Gac Sanit*: 2002; 16(1):33-132.

[158] Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Bienestar Social. Grupo II PISMA. Atención a las personas con Trastorno Límite de la Personalidad en Andalucía. Documento Técnico. 2012. Consultado en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/Listadodeterminado.asp?idp=549

[159] Generalitat de Cataluña. Servicio Catalán de la Salud. Departamento de Salud. Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad. Plan Director de Salud Mental y Adiciones: Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Barcelona. 2011. Consultado en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_482_Trastorno_Limite_Personalidad.pdf

[160] Melendo Granados, J. J., Cabrera Ortega, C., Azcárate Benedit, J, C., Bayón Pérez, C., Costi Goyeneche, C., Díaz Marsá, M. et al. Guía del Trastorno Límite de la Personalidad, guía para el profesional. Oficina regional de Salud Mental. Servicio Madrileño de Salud. 2009. Consultado en:
http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009921.pdf

[161] Lana, F., Fernández San Martín, M., Gil, C., Bonet, E.. Study of personality disorders and the use of services in the clinical population attended in the mental health network of a community area. Rev. *Actas Españolas de Psiquiatría*: 2008; 36:331–336.

[162] Quiroga Romá, E., Errasti Pérez, J. Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. Rev. *Psicothema*. 2001; 13:393–406.

[163] Folk, M. L., Hayes, R. D., Chang, C. K., Stewart, R., Callard, F. J., Moran, P. Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder. Rev. *J Psychosom Res*: 2012; 73(2):104–107.

[164] Giner, J., Olivares, J. M., Morales, A., Roca, M. Treatment adherence in schizophrenia. A comparison between patients relatives and psychiatrist's opinions. Rev. A*ctas Españolas de Psiquiatra*: 2006; 34:386–392.

[165] Ayuso-Mateos, J. L., Haro, J. M., Gutierrez-Recacha, P., Chisholm, D. Estimating the prevalence of schizophrenia in Spain using a disease model. Rev. *Schizophrenia Research*: 2006; 86:194–201.

[166] Aragones, E., Salvador-Carulla, L., Lopez-Muntaner, J.,Ferrer, M., Pinol, J. L. Registered prevalence of borderline personality disorder in primary care databases. Rev. *Gac Sanit*: 2013; 27(2):171–174.

[167] Green, A. I. Treatment of schizophrenia and comorbid substance abuse: Pharmacologic approaches. Rev. *Journal of Clinical Psychiatry*: 2006; 6:31–35.

[168] Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Evaluación de Tecnologías e Investigaciones Medicas de Cataluña. . Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria 2009. Consultado en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alim_compl_(4_jun).pdf

[169] Ruiz, P. M., Alonso, J. P., Velilla, J. M., Lobo, A., Paumard, C. Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. Rev. *Psiquiatr InfantoJuv*: 1998; 3:148–162.

[170] Morande, G., Casas, J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa bulimia y cuadros afines. Rev. *Pediatr Integral*: 1997; 2:243–260.

[171] Simon, J., Schmidt, U., Pilling, S. The health service use and cost of eating disorders. Rev. *Psychological Medicine*: 2005; 35:1543–1551.

[172] Hoek, H. W. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. Rev. *Current Opinion in Psychiatry*: 2006;19: 389–394.

[173] Smink, F., Van Hoeken, D., Hoek, H. W. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. Rev. *Curr. Psychiatry Rep.*: 2012; 14:406–414.

[174] Roncero, C., Barral, C., Bachiller, D., Szerman, N., Casas, M., Ruiz, P., Judge, C. A. Epidemiology and risk factors of eating disorders: a two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. Rev. *Int J Eat Disord*: 2003; 34:281–291.

[175] Jané-Llopis, E., Gabilondo, A. Mental Health in Older People. Consensus Paper Luxembourg European Communities. 2008. Consultado en:
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_older_en.pdf

[176] Organización Mundial de la Salud. Mental health of older adults. Ginebra. 2017.
http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults

[177] Daigre, C., Roncero, C., Luna, N., Prat, G., Valero, S., Tejedor, R., Casas, M. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Cocaine-Dependent Adults: Comorbidity Analysis. Rev. *The American Journal on Addictions*: 2013; 22 SRC:466–473.

[178] Pérez Madera, D. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales de Madrid. SAMUR Social. Modelo de respuesta en la ciudad de Madrid con las personas sin hogar con trastorno mental. Noviembre 2012.

[179] Lamarca, I., Hernández, J., López de Foronda, F., Martínez-Acha, V., Barceló, F. Barrenkua, I. Informe extraordinario de la institución del Defensor del Pueblo (Ararteko) al Parlamento Vasco. Respuesta a las necesidades básicas de las personas sin hogar y en exclusión grave. Mayo, 2006.

[180] Muñoz, M., Vazquez, J., Panadero, S. Características de las personas sin hogar en España 30 años de estudios empíricos. Rev. *Cuadernos Psiquiatría Comunitaria*: 2003; 3:100–116.

[181] Lopez-Arostegi. R., Castillo R., y Aritza., B. Equipo Observatorio del Tercer Sector de Bizkaia. Intervención con personas en situación o proceso de exclusión y con enfermedad mental severa. Diciembre, 2010. Consultado en:
http://www.3sbizkaia.org/archivos/documentos/enlaces/369_cast-3sinnovacion3.pdf

[182] Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The Prevalence of Mental Disorders among the Homeless in Western Countries: Systematic Review and Meta-Regression Analysis. McGrath J, ed. PLoS Medicine: 2008; 5(12):e225

[183] Muñoz, M., Vazquez, C., Bermejo, M., Sanz, J. Trastornos mentales (DSM-III-R) de las personas sin hogar en Madrid: un estudio utilizando la CIDI. Rev. *Archivos de Neurobiologia*: 1996; 59:270–282.

[184] Tronchoni Ramos, M., Basauri, V. Salud Mental y Población sin Hogar. Rev. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria: 2013; 3(2). Consultado en:
http://aen.es/wp-content/uploads/2009/04/Cuadernos3.2.pdf

[185] Jiménez Ramirez, M. Aproximación teórica de la exclusión social: complejidad e imprecisión del término. consecuencias para el ámbito educativo. Rev. *Estudios Pedagógicos*: 2008; XXXIV(1)173–186.

[186] Consejería de Servicios Sociales y Cooperación. Dirección General de Planificación y Servicios Sociales de las Islas Baleares. Observatorio Balear de la Cooperación y las Migraciones. Boletín informativo: OBACOM 8/2016. Consultado en:
https://intranet.caib.es/sites/obacom/ca/butlletins_informatius_de_lobacom-83165/?campa=yes

[187] Levy, B. S., Sidel, V. W. Crisis económica y salud pública. Rev. *Medicina Social*: 2009; 4:928.

[188] World Health Organization. Regional Office for Europe, Conference on Health Information Systems, and World Health Organization. Health information systems: Report on a conference convened by the Regional Office for Europe of the World Health Organization, Copenhagen: 18-22 June 1973.

[189] Das-Munshi, J., Stewart, R., Ismail, K., Bebbington, P. E., Jenkins, R., Prince, M. Diabetes, common mental disorders, and disability: findings from the UK National Psychiatric Morbidity Survey. Rev. *Psychosomatic Medicine*: 2007; 69(6):543–550.

[190] De Hert, M., Schreurs, V., Vancampfort, D., Winkel, R. Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. Rev. *World Psychiatry*: 2009; 8:15–22.

[191] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Manual de Codificación. CIE-10. Diagnósticos. Trastornos mentales y del comportamiento. Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES. Cap. 5. Categorias: F01-F99: 93-102. Consultado en:
https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1.pdf

[192] Vázquez-Barquero, J. L., Díez-Manrique, J. F., Peña, C., Aldama, J., Samaniego, C. A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. Rev. *Psychological Medicine*: 1987; 17(1):227–241.

[193] Gualtero, R., Turek, L. Salud Mental: encuesta a los médicos de AP. , *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*: 1999; XIX(70):225–234.

[194] Insel, T. Translating scientific opportunity into public health impact. Rev. *Archives of General Psychiatry*: 2009; 66:128–133.

11. Otra bibliografía consultada

• Libros

American Psychiatric Association. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Quinta edición. Médica Panamericana;2014.

Albaigès i Sans. L., Ramos i Montes, J. Atención Primaria y Salud Mental: factores de la relación. Monografías Clínicas En Atención Primaria: Salud Mental. 1992.

Amigo, I. Manual de psicología de la salud. Madrid: Pirámide; 2012.

Bake, E. K. Caring for Ourselves: A Therapist's Guide to Personal and Professional Well-Being. American Psychological Association. 2003.

Ballester, R. Introducción a la psicología de la salud. Valencia: Promolibro; 1997.

Barraquer, L. El sistema nervioso como un todo. Barcelona: Paidós; 1995.

Barudy, J. Maltrato infantil. Ecología social: Prevención y Reparación. Santiago. Galdoc..1999.

Birchwood, M. J., Fowler, D., Jackson, C., A. Early (Eds.). Intervention in Psychosis: A guide to Concepts, Evidence and Interventions. Wiley Chichester. United Kingdom ; 2000.

Blanco Picabia, A. Apuntes de intervención psicológica en medicina. Valencia: Promolibro; 1993.

Blech, J. Medicina enferma. Barcelona: Destino; 2005.

Brannon, L. Psicología de la salud. Madrid: Paraninfo; 2000.

Buceta, J. M. Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo. Madrid: Dykinson; 2001.

Doka, K. Psicoterapia para enfermos en riesgo vital. Bilbao: Descle de Brouwer. 2010.

Callard, F., Stigma: A guidebook for Action. Tackling the discrimination stigma and social exclusion experienced by people with mental health problems and those close to them. Health Scotland, University of London. Institute of Psychiatry. Health Scotland; 2008.

Fornes, J., Carballal, M. A. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Madrid: Panamerica; 2001.

Gallar, M. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. Madrid: Paraninfo; 1998.

Kessler, R. C., Ustun, T. B (eds.). The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders. New York: Cambridge University Press; November 2008.

Lameiras, M. La psicología clínica y de la salud en el siglo XXI. Madrid: Dykinson; 2000.

Martos Medina, J. Guía para la prevención del estrés; 1997.

Molina, P., Noya Arnaiz, B., Moruno Miralles, P. Terapia Ocupacional en Salud Mental. Barcelona: Masson; 2003.

Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., Fox, M. Integrated Treatment for Dual Disorders: to Effective Practice. New York: The Guilford Press; 2003.

Muñoz, M., Vazquez, C., Vazquez, J. Los límites de la Exclusión. Estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid. Madrid: Tempera; 2003.

Palmer, S. Suicide: Strategies and Interventions for Reduction and Prevention. New York: Routledge; 2007.

Remor, E., Arranz, S., Ulla, P. (Eds.) El psicólogo en el ámbito hospitalario. Madrid: DDB; 2003.

Soler, I., Pere, A., Gascón Barrachina, J. Comité de consenso de Catalunya en terapéutica de los trastornos mentales. RTM III: Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación; 2005.

Stuart, H., Arboleda-Florez, J., Sartorius, N. Paradigms lost: fighting stigma and the lessons learned. Oxford University Press. New York; 2012.

Torrico, E., Remesal, R., Villas, M. A. El suicidio en la Población Adulta. Séptima Edición. Formación Continuada a distancia. Colegio Oficial de Psicólogos; Diciembre 2009.

Tsuang, Ming T., Tohen, M., Jones, P. (Eds.) Textbook of Psychiatric Epidemiology. Third edition. Wiley-Blaqckwell; 1960.

Department for Policy Coordination and Sustainable Development. Prevention of suicide : guidelines for the formulation and implementation of national strategies. New York: United Nations; 1996.

Van Luyn, B., Akhtar, S., Livesley, J. (Eds.). Severe Personality Disorders. London: Cambridge University Press; Septiembre 2007.

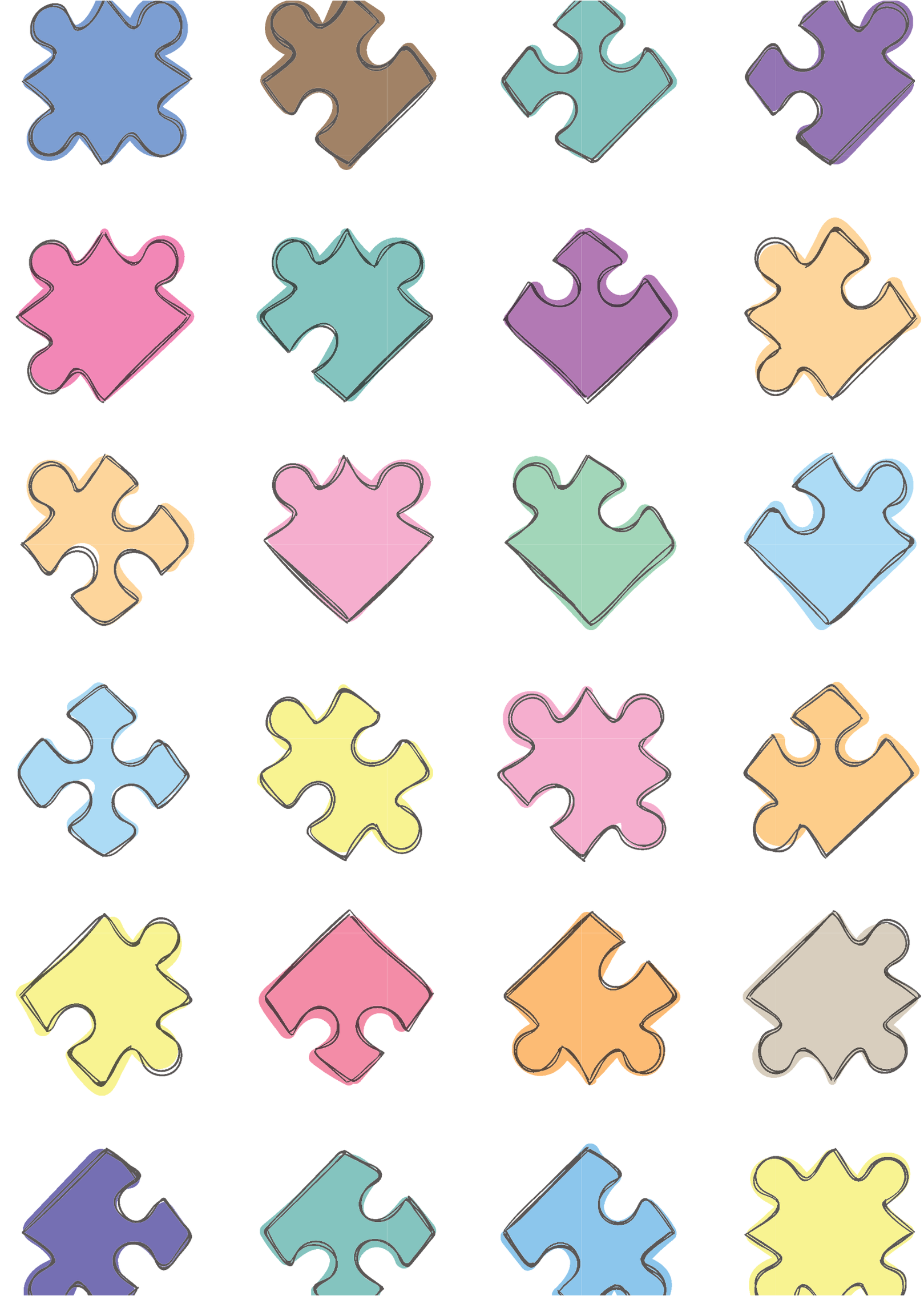
• Páginas Web

Centers for Disease Control and Prevention. Mental Health.
https://www.cdc.gov/mentalhealth/index.htm

American Psychologics Association:
http://www.apa.org/monitor/julaug02/normalizing.aspx

American Counseling Association.
http://www.creatingjoy.com/taskforce/tf_wellness_strategies.htm

Hospital Universitario de Álava. Programa “Sócrates” para el Trastorno Límite de la Personalidad. Borrador Propuesta.
http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_3602_3.pdf



GOIB

CONSELLERIA
SALUT
SERVEI SALUT
ILLES BALEARS