

# Plan de Salud 2013-2018. Estrategia de salud mental

## 1. Impacto de Salud de los problemas de salud mental

### **Incidencia y Prevalencia de la enfermedad mental entre la población adulta**

A pesar de las dificultades metodológicas derivadas de la definición de “caso” y los diferentes criterios diagnósticos empleados, que se reflejan en una alta variabilidad de las cifras de prevalencia e incidencia encontradas, los estudios llevados a cabo en la población general confirman que los trastornos mentales son muy frecuentes y causan un alto grado de discapacidad. En los países de la Unión Europea, las estimaciones más conservadoras señalan que cada año un 27% de la población adulta (18-65 años) padece un trastorno mental, siendo los más frecuentes la ansiedad, la depresión, los trastornos somatomorfos y los relacionados con consumo de sustancias (1).

La Estrategia en Salud Mental del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España, del año 2006, señalaba que en nuestro país los datos epidemiológicos son incompletos y de muy limitada utilidad para valorar la prevalencia y el impacto de los trastornos mentales en la población general. Los escasos estudios de epidemiología psiquiátrica llevados a cabo se han centrado en áreas geográficas pequeñas, con muestras relativamente pequeñas poco representativas de la población española (2).

En Cantabria disponemos del estudio epidemiológico realizado por Vázquez-Barquero et al (3), con una prevalencia de trastornos mentales de 9,3% en hombres y 19,6% en mujeres. También en Cantabria se han realizado estudios epidemiológicos sobre determinadas enfermedades mentales, con una prevalencia puntual de depresión de 4,3% en varones y 7,8% en mujeres, siendo para los trastornos de ansiedad 8,1% en varones y 20,6% en mujeres (4). Posteriormente Ayuso et al. encontraron 2,6% de personas con depresión en una muestra de población urbana adulta (5).

Según el ESEMED–España (6), el estudio más reciente en una muestra de población adulta en España, el 19,5% de los españoles presentaron alguna vez en la vida algún trastorno mental (prevalencia-vida), siendo esta cifra más alta en mujeres (22,9%) que en 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). La relación entre prevalencia-año y prevalencia-vida puede considerarse un indicador indirecto de la duración o cronicidad de un trastorno.

### **Incidencia y Prevalencia de la Enfermedad Mental en la Infancia y Adolescencia**

La elevada prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes es un hallazgo constante en los diferentes estudios epidemiológicos realizados en varios países. Se ha descrito que entre el 7 y el 25% de los menores reúnen criterios para un diagnóstico psiquiátrico y que alrededor de la mitad presenta un significativo desajuste como consecuencia de ello (7, 8). Otros autores encuentran tasas del 10% para los chicos y del 6% para las chicas entre los 5-10 años de edad, y del 13 y del 10%, respectivamente, entre los 11-15 años (9). En España no se han llevado a cabo estudios de epidemiología descriptiva de los trastornos mentales de la infancia y adolescencia en población general y de ámbito nacional (2).

### **Mortalidad**

En el año 2009 se produjeron en España 384.933 defunciones, con un aumento de los fallecimientos relacionados con los trastornos mentales (10,9%), que constituyeron a séptima causa de muerte. En Cantabria se produjeron 5.513 fallecimientos, 226 debidos a trastornos mentales y del comportamiento (INE 2011).

### Morbilidad percibida

Las encuestas de salud son fundamentales para obtener información del estado de salud y morbilidad percibida de la población, completando la visión obtenida a través de los registros de información sanitaria, y permiten estudiar las relaciones entre las distintas dimensiones del estado de salud y variables tales como los hábitos de vida, las características sociodemográficas o la utilización de servicios sanitarios. En el contexto del sistema de información sanitario español la Encuesta Nacional de Salud (ENS) se realiza desde 1987 con una periodicidad regular. La salud mental de la población adulta (de 16 y más años) se ha valorado en la Encuesta Nacional de Salud para el año 2012 mediante el Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ-12), que permite hacer un cribado detectando la prevalencia de casos probables de morbilidad psiquiátrica o de malestar psicológico, explorando el estado del encuestado durante el último mes respecto a su estado habitual. En población infantil, la salud mental se valoró con el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ). Este instrumento detecta casos probables de trastornos mentales y del comportamiento en niños (p.ej., síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, etc.). A partir de la encuesta se puede conocer el porcentaje de personas en riesgo de padecer patología psiquiátrica y la prevalencia de problemas mentales autodeclarados.

A continuación se exponen los resultados para Cantabria de la ENS 2011/12 en relación con los trastornos depresivos, de ansiedad y otros trastornos mentales durante los últimos 12 meses.

<b>Trastornos mentales diagnosticados por un médico en los últimos 12 meses</b>						
	<b>HOMBRES</b> (238.635)		<b>MUJERES</b> (255.120)		<b>TOTAL</b> (493.755)	
	<b>Casos</b>	<b>(%)</b>	<b>Casos</b>	<b>(%)</b>	<b>Casos</b>	<b>(%)</b>
<b>Depresión Crónica</b>	6.238	2,6	16.327	6,4	22.565	4,6
<b>Ansiedad Crónica</b>	10.020	4,2	11.194	4,4	21.214	4,3
<b>Otros diagnósticos</b>	3.900	1,6	2.658	1,0	6.557	1,3

Se observa que la prevalencia del diagnóstico de depresión crónica en Cantabria (4,6%) es ligeramente inferior a la media nacional (5,9%), siendo los trastornos depresivos más frecuentemente diagnosticados en las mujeres (6,4% vs. 2,6%). La frecuencia de los trastornos de ansiedad en Cantabria (4,3%) diagnosticados en los últimos 12 meses también es más baja en Cantabria que la media nacional (6,7%). Finalmente, la frecuencia de diagnósticos de otros problemas mentales en Cantabria (1,3%) es ligeramente inferior a la media nacional (1,6%).

### Impacto social y sanitario

La importancia de los trastornos mentales en términos tanto de morbilidad como de afectación de la calidad de vida de los pacientes es muy elevada ya que, globalmente, constituyen la causa más frecuente de carga de la enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer (10). Por otro lado, la pérdida de calidad de vida es superior a la que producen enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias. En cuanto a la carga de la enfermedad, sólo la depresión unipolar explica el 6% de la carga causada por todas las enfermedades, teniendo sólo la isquemia coronaria y los accidentes cardiovasculares pesos mayores (11).

Una forma de cuantificar la cronicidad de los trastornos y la discapacidad que originan es la Carga Mundial de Morbilidad (Global Burden of Disease, GBD), donde se

propone la utilización de los “años de vida ajustados en función de la discapacidad” (AVAD). En su informe sobre la salud en el mundo, La OMS indicó que en las mujeres la depresión ocupa el primer lugar como causa de AVAD y el tercer lugar en hombres, tras la enfermedad isquémica cardiaca y el abuso de alcohol (12).

En el año 2001, la Organización Mundial de la Salud estimaba que un tercio de los AVAD se atribuían a los trastornos neuropsiquiátricos. Entre las principales causas de discapacidad se encuentran la depresión, los trastornos por uso de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. En un reciente trabajo sobre la carga de enfermedad en Europa, se señala que las tres causas más importantes de carga de enfermedad son la depresión (7,2%), demencias/enfermedad de Alzheimer (3,7%) y trastornos relacionados con el consumo de alcohol (3,4%) (13).

Según las estimaciones de la OMS, los trastornos mentales y neurológicos serán responsables en el año 2020 del 15% del total de AVAD perdidos por todas las enfermedades y lesiones. Estas cifras son superiores a las que se producirá en el resto de enfermedades en todo el mundo, incluyendo las enfermedades cardiovasculares.

El impacto en la utilización de servicios y en el sistema familiar de apoyo es muy elevado en el ámbito de la salud mental. Aproximadamente una de cada cinco personas atendidas en los Equipos de Atención Primaria padece algún tipo de trastorno mental. Estos trastornos generan una enorme carga económica y emocional en el sistema familiar de apoyo. Cuatro de cada diez familias dedican a su atención más de 8 horas al día. El 67% lo lleva haciendo, además, desde hace más de 8 años, con abandono de actividades laborales y de ocio. Se estima que los costes asociados, especialmente los indirectos, suponen en el conjunto de la UE entre un 3 y un 4% del PIB. Los trastornos mentales son la causa del 10,5% de días perdidos por incapacidad temporal, y en torno al 6,8% de los años de vida laboral perdidos por invalidez permanente. Sin embargo, en la mayoría de países existe una diferencia significativa entre la carga que conlleva la enfermedad mental y la correspondiente asignación en los presupuestos de salud.

Durante las últimas décadas se ha producido un incremento significativo en la atención prestada a la salud mental por parte de numerosos organismos internacionales, como la OMS, la Comisión Europea o el Consejo de Europa, con el compromiso reciente de los gobiernos europeos de asignar un nivel «justo y suficiente» de recursos a la salud mental. Actualmente existe la evidencia de que una mayor inversión en recursos en salud mental está más que justificada en función de la eliminación de las desigualdades, del elevado grado de exclusión social y de la discapacidad provocada por los trastornos mentales.

Los factores determinantes de la salud y la enfermedad mental son múltiples e interdependientes. Se trata de factores, biológicos, psicológicos y sociales, que están estrechamente interrelacionados e interactúan entre sí para originar la mayoría de los trastornos mentales. Es por ello que el abordaje de estos trastornos debe tener un carácter multidisciplinar dentro de los dispositivos de salud mental. Para la ejecución de su abordaje integral se precisa por tanto de la implicación de sectores sanitarios y sociales diversos, así como de las personas con enfermedad mental, sus propias familias y, por supuesto, las administraciones públicas y la sociedad en general. Este es el espíritu de la declaración de Helsinki (Declaración Europea, 2006), que insta a impulsar un giro desde la atención en los servicios de salud mental a una concepción de salud pública que implique a toda la sociedad.

Así, como consecuencia de lo anteriormente expuesto, existe una conciencia creciente por parte de gobiernos, y sociedad en general, de que la salud mental es esencial para el desarrollo humano, social y económico de los países. Por ello, la salud mental se considera cada vez más una condición generadora de bienestar y productividad. De acuerdo con esta nueva concepción, la mayoría de los países europeos consideran la salud mental como uno de los objetivos estratégicos de gobierno mediante el desarrollo e implementación progresiva de políticas específicas de salud mental.

### **Incapacidad Derivada**

Cuatro enfermedades neuropsiquiátricas (trastorno depresivo unipolar, trastornos por consumo de alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar) figuran entre las 10 primeras causas de discapacidad en el mundo. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre con la enfermedad física, la discapacidad debida a patología psiquiátrica ha recibido poca atención en el ámbito social y comunitario, y es raro encontrar evaluaciones sistemáticas y detalladas del estado funcional de los pacientes.

En relación al impacto en la calidad de vida y discapacidad de la patología mental, se pueden realizar las siguientes aseveraciones:

- El impacto de la patología mental sobre la discapacidad y la calidad de vida parece similar o superior al impacto de otras patologías físicas crónicas comunes (enfermedades neurológicas, artritis, patología cardíaca). Sin embargo, la patología física más incapacitante, la patología neurológica, tiene una prevalencia del 0.9%, mucho menor que cualquiera de las patologías mentales.
- Algunos trastornos mentales muestran un mayor impacto que otros. Ajustando por género, edad y la comorbilidad mental y/o física, los cinco trastornos mentales con un mayor impacto son: distimia, episodio de depresión mayor, trastornos por estrés post-traumático, por pánico y fobia social.
- Las condiciones generales de vida del enfermo mental son significativamente peores que en la población general, con bajos niveles de calidad de vida y dificultades importantes a la hora de realizar las actividades de la vida diaria.
- La enfermedad mental crónica, es la principal causa de que personas jóvenes pasen a ser consideradas población dependiente o económicamente inactiva.
- La patología psiquiátrica crónica y recurrente se asocia a mayor discapacidad y a mayores dificultades en el funcionamiento diario que la patología mental de carácter agudo o no recurrente. La discapacidad cursa más favorablemente con la mejoría del trastorno psiquiátrico, disminuyendo de manera paralela las dificultades para la vida diaria de la persona afectada.
- La familia es la principal fuente de ayuda para las personas con enfermedad mental crónica. Esto supone un claro impacto sobre los miembros del núcleo familiar, la llamada carga familiar, que puede cuantificarse en hasta 60 horas por semana de la persona cuidadora principal, con grave repercusión en su vida sociolaboral, en las actividades diarias e incluso en su salud física y mental. En España, el soporte de las familias a las personas con patología mental, supone el 88% del total de cuidados que reciben estas personas.
- Una de cada cuatro familias tiene, al menos, un miembro afectado por un trastorno mental o del comportamiento. Esta situación conlleva repercusiones económicas y emocionales, generando estrés en la convivencia familiar, restricción de actividades sociales y modificaciones en la rutina doméstica. Junto con estas

cargas directas habría que contabilizar las oportunidades perdidas para los familiares en el ámbito laboral y social.

Con respecto a las cifras relativas a Discapacidad y Dependencia, en nuestra Comunidad Autónoma los datos son los siguientes:

- Tasa de Discapacidad en Cantabria atribuida a Enfermedad Mental: 7380 personas, de las cuales 2138 se atribuyen a Discapacidad Intelectual
- Personas que han sido reconocidas en situación de Dependencia a través del Baremo de Valoración específico para enfermedad mental y discapacidad intelectual : 9607, de los cuales:
  - 413 tienen entre 3 y 17 años (D.I. en su mayoría). Representan el 4,29%.
  - 2326 tienen entre 18 y 64 años (Enfermedad Mental en su mayoría). Este grupo representa el 24,21%. De éstos, 1627 tienen reconocida Gran Dependencia o Dependencia Severa (70%) y 699 (30%) sufren Dependencia Moderada.
  - 6868 tienen más de 64 años (Deterioro Cognitivo/Demencia en su mayoría)

Con respecto a estas cifras, se calcula que aproximadamente el 50% de las personas con enfermedad mental no solicitan reconocimiento de su situación de dependencia por diversos motivos, fundamentalmente por los aspectos relacionados con la estigmatización social que produce este tipo de patologías.

### **Impacto económico**

A pesar de no existir suficientes datos para valorar el coste económico exacto que esta carga de enfermedad supone en Europa, diferentes estimaciones han puesto de manifiesto que éste es muy elevado. Así, en los países europeos se estima que su coste está entre el 3 y el 4% del PNB, superando los 182.000 millones de euros anuales. 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 (10). En general, se considera que los trastornos mentales son el grupo de enfermedades que supone el mayor coste directo y total para el sistema sanitario de los países occidentales (14).

En España no hay información oficial sobre el impacto económico de las enfermedades mentales. Salvador Carulla ha afirmado que España no pudo aportar datos sobre el gasto y la financiación en salud mental al Atlas de la Salud Mental en el Mundo de la Organización Mundial de la Salud (15).

En Cantabria no disponemos de información oficial sobre el impacto económico de las enfermedades mentales, pero podemos hacer una aproximación a partir de a) actividad asistencial que generan, b) gasto farmacéutico c) bajas laborales atribuibles a la enfermedad mental.

- a) Actividad asistencial en salud mental en Cantabria durante el año 2012. En Cantabria carecemos de un Sistema de Información de Salud Mental que nos permita conocer exactamente las características y diagnósticos de la población atendida en los dispositivos de salud mental. Las cifras que se presentan a continuación son las relacionadas con la actividad asistencial global.

<b>Consultas ambulatorias en las USM</b>		
	Nuevas	Sucesivas
USM Puerto Chico	2.124	10.083

USM López Albo I	2.127	7.375
USM López Albo II	837	2.665
USM López Albo III	1.813	8.201
USM Torrelavega	3.131	13.880
USM Laredo	1.847	7.400
USM. Infanto- Juvenil Santander	1.446	7.672
USM. Infanto- Juvenil Torrelavega	545	2.527
<b>Hospitalización Psiquiátrica a Tiempo Completo (HUMV)</b>		
Nº de Ingresos		<b>708</b>
Nº de Estancias		<b>10.726</b>
Estancia Media (días)		<b>15,1</b>
<b>Centro de Rehabilitación psiquiátrica de Parayas</b>		
Nº de Ingresos		<b>100</b>
Nº de Estancias		<b>17.615</b>
Estancia Media (días)		<b>130</b>
Consultas externas		<b>1.716</b>
<b>Centro de Media Estancia Psiquiátrica Hospital P. Menni (concertado)</b>		
Nº de Ingresos		<b>74</b>
Nº de Estancias		<b>7.374</b>
Estancia Media (días)		<b>99,65</b>
<b>Hospitalización Psiquiátrica a Tiempo Parcial</b>		
		<b>Ingresos (Nº total días de estancia)</b>
Hospital de Día de Psiquiatría (HPP) Santander		225
Hospital de Día de Psiquiatría (HPP) Torrelavega		2.399
Hospital de Día de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)		2.045

b) Gasto farmacéutico en Cantabria relacionado con la Salud Mental:

<b>AÑO</b>	<b>PVP grupo N05A, N05B, N05C y N06A</b>	<b>Nº ENVASES</b>	<b>GASTO TOTAL RECETA</b>	<b>% GASTO DE PSICOFARMACOS</b>
2011	16.811.993 €	1.523.098	146.593.033 €	9,70%
2012	14.214.477 €	1.537.466	131.160.554 €	12,8%

En el año 2012 se ha producido una disminución del gasto en psicofármacos en Cantabria (14.214.477 €), pero ha aumentado el porcentaje del gasto farmacéutico total destinado a estos tratamientos hasta la cifra del 12,8%.

- c) Bajas laborales atribuibles a la enfermedad mental durante 2012 en Cantabria. Por problemas relacionados con la salud mental en Cantabria se perdieron más de dos millones y medio de días de trabajo en el año 2011 y casi dos millones en el año 2012. Estas cifras constituyen el 13% y el 11% respectivamente de todos los días perdidos por incapacidad laboral en nuestra comunidad.

### Análisis GRDs

A continuación se presentan los GRDs con mayor impacto en la actividad asistencial del servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" en 2011.

<b>GRD Cod.</b>	<b>GRD Descripción</b>	<b>2011</b>		
		Nº	Est. Media	GRD Peso
430	Psicosis	231	17,9	1,52
428	Trastorno Personalidad & Control Impulsos	27	9,9	0,79
426	Neurosis Depresiva	10	10,4	0,72
427	Neurosis excepto depresiva	4	12,3	0,9
750	Abuso dependencia alcohol cc (con complicaciones)	5	4,0	0,85
751	Abuso dependencia alcohol sc (sin complicaciones)	18	3,8	0,58
753	Rehabilitación para trastorno compulsivo nutricional	5	59,0	2,6
449	Envenenamiento & Efecto tóxico Drogas edad +17 cc	4	4,5	0,94
450	Envenenamiento & Efecto tóxico Drogas edad +17 sc	1	7,0	0,5
<b>748</b>	Abuso dependencia cocaína sc	7	8,9	0,77

### Factores de Riesgo Implicados

Son varios los factores relacionados con la aparición de trastornos mentales.

**Sexo.** La prevalencia de trastornos mentales en las mujeres es casi el doble de la detectada en varones en casi todos los estudios. La mayor vulnerabilidad de las mujeres frente a los trastornos mentales no ocurre en todas las categorías diagnósticas, sino que se circunscribe a los trastornos depresivos y ansiosos, sin observarse diferencias significativas en los trastornos esquizofrénicos y bipolares. Finalmente, se ha observado una mayor vulnerabilidad de los hombres para sufrir trastornos de personalidad, consumo patológico de alcohol u otras sustancias y demencias.

**Presencia de patología somática.** Existe una gran comorbilidad entre problemas de salud física y los trastornos mentales (16, 17). También se observa elevada prevalencia de problemas de salud mental en personas que están limitadas en la realización de sus actividades cotidianas (18).

**Situación económica.** En situaciones de crisis económica prolongada existen tasas más altas de alcoholismo y drogadicción, depresión, suicidio y otros problemas de salud mental (19).

### **Prioridades y recomendaciones Nacionales-Internacionales**

#### 1) Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar.

El Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar constituye una declaración intersectorial sobre las acciones en salud mental en Europa. El Pacto atañe a cinco áreas prioritarias, apoyadas en cinco documentos de consenso, que son:

- La salud mental entre los jóvenes y en la educación.
- Prevención del suicidio y de la depresión.
- La salud mental en el entorno laboral.
- La salud mental de las personas mayores.
- Luchar contra el estigma y la exclusión social.

Los objetivos del Pacto son apoyar e informar a los Estados miembros y a otros actores interesados, promover las mejores prácticas, alentar el desarrollo de acciones para afrontar los principales desafíos que atañen a la salud mental y reducir las desigualdades sociales. El 18 de enero de 2009 el Parlamento Europeo adoptó la resolución 2008/2209 (Informe A6-0034/2009) en la que se asumen los postulados y propuestas del Pacto así como un conjunto de llamadas a desarrollar acciones relativas a la salud mental, tanto a nivel nacional como a nivel europeo.

#### 2) Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013

Consta de 5 líneas estratégicas principales:

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

## **2. Trastornos y problemas relevantes en Salud Mental**

Se establecen como áreas relevantes y prioritarias las siguientes:

- 1) Psicosis afectivas y no afectivas
- 2) Trastornos depresivos
- 3) Suicidio
- 4) Trastornos de la personalidad
- 5) Trastornos de la conducta alimentaria
- 6) Trastornos de ansiedad, por estrés y adaptativos
- 7) Psicogeriatría
- 8) Salud Mental infanto-juvenil
- 9) Cronicidad y apoyo a la persona con discapacidad por enfermedad mental
- 10) Organización de los dispositivos de atención a la salud mental

### **2.1. Psicosis afectivas y no afectivas**



Las psicosis son enfermedades mentales graves que se asocian con frecuencia a una alteración en el juicio de la realidad y alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones o la voluntad. Los síntomas característicos afectan a múltiples procesos psicológicos, como la percepción (alucinaciones), pensamiento (delirios), afectividad (aplanamiento afectivo), atención, concentración, motivación y juicio. En las psicosis afectivas los síntomas psicóticos se presentan de forma recurrente acompañando a episodios de manía o de depresión. Estas características psicológicas y conductuales se asocian a diversos tipos de deterioro, especialmente en el caso de las psicosis no afectivas. No todos los síntomas descritos están presentes en cada uno de los pacientes.

### **Epidemiología**

Entre siete y ocho personas por mil padecerán esquizofrenia a lo largo de su vida, situándose, en un momento concreto la prevalencia media para la enfermedad (Prevalencia puntual) en el 4,6 por 1.000. En España se estima que la padecen unas 400.000 personas y se cree que muchas otras están sin diagnosticar. Al mismo tiempo la incidencia de la enfermedad se sitúa en torno al 1 por diez mil/año. La tasa de incidencia de esquizofrenia es ligeramente mayor en hombres que en mujeres. La edad de presentación se sitúa entre los 15 y los 35 años (50% por debajo de los 25 años), siendo infrecuente después de los 40 años. Se presenta más frecuentemente entre individuos solteros, en grupos de bajo nivel socioeconómico y en emigrantes. Cuando utilizamos una definición amplia de psicosis (incluyendo psicosis afectivas y no afectivas) la prevalencia a lo largo de la vida se estima en un 3%. En estudios epidemiológicos realizados en los servicios de atención primaria destacan unas cifras relativamente altas de prevalencia (3,1% en población atendida a este nivel asistencial), siendo también digno de tenerse en cuenta la frecuentación elevada a los dispositivos sanitarios y el alto consumo de recursos que estos pacientes generan en dichos dispositivos. Asimismo, el GRD 430 (Psicosis) es el que tiene mayor impacto en la hospitalización psiquiátrica en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla".

### **Morbilidad y Mortalidad**

Los pacientes con psicosis sufren una reducción en su esperanza de vida de unos 20-25 años (aproximadamente un 20% menos que la de la población general) en el caso de la esquizofrenia, y entre 10-15 años en los pacientes con trastorno bipolar. Se ha estimado que la SMR (standardized mortality ratio) por cualquier causa de muerte es de 1,57-2,58 en esquizofrenia, con el suicidio con el mayor SMR de 12,86, muertes por causas cardiovasculares 1,79 y muertes por cáncer 1,37. El suicidio consumado se produce hasta en el 15 % en las formas más graves de trastorno bipolar.

La alta mortalidad de los trastornos psicóticos se ha relacionado con la alta prevalencia entre los pacientes de factores de riesgo cardiovascular: sedentarismo, obesidad, tabaquismo, hiperlipidemia, hipertensión; y la ausencia de hábitos saludables. La prevalencia del riesgo metabólico y cardiovascular en la esquizofrenia asciende al 37% frente al 24% de la población en general. Potenciar los factores generales que reducen la mortalidad en la población general incluyendo ejercicio físico, tensión arterial controlada, no fumar, controlar el peso y el colesterol debe ser un objetivo prioritario en esta población.

### **Comorbilidad con trastornos adictivos**

La presencia simultánea de un trastorno adictivo y un trastorno mental en un individuo es muy frecuente y se define como patología dual. Esta comorbilidad es altamente frecuente en la población que acude a los servicios de salud mental y se asocia con un mayor uso de servicios sanitarios, mayor gravedad del cuadro, mayor discapacidad

funcional y un peor curso evolutivo. En el estudio piloto sobre el estudio de la prevalencia de patología dual (PD) realizado por la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) se detectó un 34% de prevalencia de esta, siendo mayor en la red de atención al drogodependiente que en la de salud mental. Se han detectado cifras de prevalencia de trastorno mental entre el 65-85% entre adictos en tratamiento y un 45% de trastornos por uso de sustancias entre pacientes psiquiátricos. El curso y tratamiento de enfermedades mentales graves se suele complicar por la coexistencia de un trastorno por uso de sustancias. El conocimiento sobre la distribución y prevalencia de la patología dual y las características de estos sujetos puede ayudar a optimizar los recursos sanitarios. Un porcentaje importante de pacientes con patología dual no son detectados ni diagnosticados correctamente, lo que implica que no tienen la oportunidad de ser tratados adecuadamente.

Las consecuencias de este diagnóstico dual acompaña en muchos casos a complicaciones de manejo que incluye comorbilidad con enfermedades físicas, infección por VIH, VHC y otras, salud general y autocuidados más pobres, conductas sexuales de riesgo, aumento de los riesgos de suicidio y violencia, conductas criminales y pobre adherencia a los tratamientos. Todos estos factores contribuyen a aumentar la carga asistencial y reduce la capacidad del sistema para tratar adecuadamente a estos pacientes con patología dual complicada.

### **Impacto social y económico**

En el World Health Report las psicosis aparecen entre las grandes causas de discapacidad en el mundo, ocupando, en el grupo de edad comprendido entre los 15-44 años, la sexta posición el trastorno bipolar y la octava posición la esquizofrenia. El coste económico para la sociedad es especialmente alto, siendo los costes indirectos los principales responsables de este elevado gasto. Además, se sabe que también las familias de las personas afectadas por trastornos psicóticos sufren una considerable sobrecarga a causa de los síntomas de la enfermedad. Por todo ello la atención a esta patología se considera de máxima relevancia, debiéndose implicar en dicha actividad también los servicios de atención primaria.

Es importante destacar como el coste sanitario asociado al tratamiento de estas enfermedades psiquiátricas graves se eleva de manera considerable (aprox. 45%) cuando existe comorbilidad de patología física (hipertensión, obesidad, diabetes, etc.).

### **Situación de partida en Cantabria**

La asistencia a las personas con trastornos psicóticos y la investigación de estas patologías constituye una de las áreas de excelencia de la salud mental en nuestra comunidad, existiendo programas consolidados de asistencia a primeros episodios (PAFIP) y programas de detección precoz (P3), así como también programas específicos de rehabilitación y psicoeducación (INICIA) para personas con trastorno mental grave. En Cantabria existen dispositivos hospitalarios y ambulatorios que permiten el tratamiento de los pacientes y sus familias en las distintas etapas de la enfermedad. Estos programas y dispositivos se pueden beneficiar de la implementación de nuevas estrategias de acción que permitan afrontar nuevos retos asistenciales en el cuidado de las personas con enfermedades psicóticas.

El abordaje del manejo de la comorbilidad entre conductas adictivas y otros trastornos mentales graves es, sin embargo muy mejorable en Cantabria, existiendo descoordinación e incluso confusión derivada de la existencia de dos redes asistenciales (red de salud mental y de drogodependencias) con repercusión en muchos pacientes, que padecen el llamado «síndrome de la puerta equivocada». Los pacientes con patología dual no aciertan con la entrada correcta para su trastorno y

frecuentemente deambulan de una red a la otra, la mayor parte de las veces sin la respuesta más adecuada.

Con estos pacientes nos encontramos con una serie de dificultades para el tratamiento como son la escasa conciencia de enfermedad, la dificultad en obtener la abstinencia, la peor tolerancia y mayor sensibilidad a ciertos efectos secundarios como síntomas extrapiramidales, el frecuente incumplimiento con el tratamiento o la escasa adherencia al centro.

De esta manera esta población de pacientes requiere unas necesidades clínicas específicas, como son la mejora del diagnóstico, la mayor accesibilidad y permanencia en un tratamiento que debe ser integrado.

Está hoy en día aceptado que el abordaje terapéutico de esta población requiere el establecimiento de un modelo asistencial integrado, actuando simultáneamente sobre ambos tipos de patologías por parte de un mismo equipo terapéutico. Este modelo debe contemplar la asistencia hospitalaria completa y parcial, ambulatoria y dispositivos intermedios comunitarios, adecuado a los niveles de gravedad.

#### **Referentes nacionales y europeos:**

Se han puesto en marcha diversas estrategias orientadas al manejo global de los trastornos psicóticos, tanto en España como en los países de nuestro entorno y en organizaciones supranacionales, con la elaboración de diversos documentos guía que abordan las cuestiones comentadas y establecen prioridades en las actuaciones:

- Declaración Europea de Salud Mental (Conferencia Ministerial de la OMS, Helsinki, 2005).
- Libro Verde sobre Salud Mental (Unión Europea, 2005).
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2006).
- Pacto Europeo sobre Salud Mental y Bienestar (Unión Europea, 2008).
- Informe sobre la salud mental del Parlamento Europeo (18 de Enero de 2009; 2008/2209 (INI))

De acuerdo con estas estrategias propuestas, el pronóstico de estas enfermedades va a estar muy relacionado en la mayoría de los casos con la detección y tratamiento temprano de la enfermedad y un adecuado cumplimiento terapéutico. Los esfuerzos asistenciales dedicados a conseguir mejorar el pronóstico y reducir el grado de discapacidad asociado a la enfermedad se han centrado en el diseño e implementación de programas asistenciales específicos para el tratamiento de los síntomas y la atención a las necesidades de los pacientes, y de sus familiares, que debutan con una enfermedad psicótica. De esta manera se pretende hacer una prevención secundaria y terciaria de la enfermedad.

Mientras en las décadas pasadas ha existido un desarrollo de programas y unidades asistenciales centradas en el tratamiento de las secuelas o déficits ya establecidos en las personas con estas enfermedades, en la actualidad los esfuerzos asistenciales se deben centrar principalmente en evitar la aparición de dichos déficits, disminuir el riesgo de muerte temprana y desarrollar programas específicos que se adecuen a la realidad de la existencia simultánea de trastornos adictivos y psicóticos que empeoran claramente el pronóstico de estas patologías

Otro de los aspectos claves será el diseño de programas de atención a la salud física de estos pacientes que debido a efectos del tratamiento y/o al cambio en hábitos de vida constituyen un grupo de riesgo de ver reducida su expectativa de vida y aumentado el riesgo de padecer otras enfermedades. Los pacientes psicóticos

presentan muy frecuentemente factores de riesgo cardiovascular, como tabaquismo, sedentarismo y dieta rica en grasas; y padecen con mayor asiduidad trastornos metabólicos como la obesidad (dos y tres veces superior a la población general), diabetes mellitus tipo 2, dislipemias, hipertensión arterial y síndrome metabólico. Los estudios han demostrado que estos pacientes son tan sensibles como la población general a las medidas orientadas a mejorar la salud física.

Los pacientes que sufren una psicosis tienen una mayor probabilidad de permanecer inactivos (RR=3.3) comparado con aquellos que no sufren psicosis. La mayoría de las guías para el manejo del riesgo de salud física en pacientes con esquizofrenia recomiendan la relevancia de aumentar los niveles de actividad física y ejercicio. En una revisión de la literatura se muestra como la actividad física produce una disminución de peso, control de la presión sistólica y diastólica, y reduce los niveles plasmáticos de glucosa e insulina (25).

El aumento del número de pacientes afectados por una patología dual y la necesidad de optimizar la atención a este colectivo está provocando desde hace algunos años un creciente interés no solo técnico sino también político, dentro y fuera de nuestras fronteras. Dicha circunstancia se va concretando en el aumento de iniciativas de todo tipo para mejorar la atención a estos pacientes.

### **Propuesta de actuación para Cantabria**

Objetivo general: Mejorar la atención a las personas que sufren una psicosis y reducir el tiempo de psicosis sin tratar en Cantabria

Objetivos específicos:

1. Consolidar y potenciar los programas de intervención temprana en psicosis afectivas y no afectivas.
2. Aumentar la esperanza de vida y la calidad de vida de las personas con psicosis mediante el fomento de programas que mejoren la actividad física y salud física.
3. Desarrollo de una red asistencial específica para el mejorar la calidad de la atención a las personas con patología dual en Cantabria potenciando la integración funcional de los dispositivos de salud mental y los centro de atención a drogodependencias.

## **2.2. Trastornos depresivos**

Se estima que la depresión afecta a 350 millones de personas en el mundo. La depresión, actualmente, es la causa líder de discapacidad, en términos de años perdidos de vida debido a discapacidad. Para el año 2030, se espera que sea la enfermedad que más contribuya a la carga total por enfermedad en el mundo. España se sitúa a la cabeza de Europa en cuanto a prevalencia de este trastorno.

### **Mortalidad**

El riesgo relativo de muerte en deprimidos frente a no deprimidos resultó de 1,39 para Ensinnck et al. (2002) (44); de 1,61 para Angst et al. (2002) (45), llegando al 2,49 para Zheng et al (1997) y de 2,5 en el caso de Brodensen et al (2000). El estudio de Lawrence et al (2000), señala que entre los deprimidos, todas las causas de muerte se incrementaban en más de dos veces, salvo en el caso de infarto de miocardio y cáncer (riesgo relativo 1,59 y 1,5 respectivamente).

Las tasas de mortalidad por depresión evaluadas a partir de los informes de defunción son muy bajas, estimándose un riesgo medio anual de 3‰ (Harris y Barraclough,

1997) (46), si bien un 15% de los depresivos pueden llegar a fallecer por suicidio. Sin embargo, teniendo en cuenta que, en un 30-45% de los suicidios consumados (en algunos estudios llegan al 85%), la depresión es el antecedente principal, deberían contabilizarse como atribuibles a la depresión una gran parte de las muertes por suicidio.

### **Morbilidad percibida**

Según los datos del “Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe”, la puntuación más alta en depresión se registró en España, seguida de Francia, Italia y Grecia, y las puntuaciones más bajas en Austria, Alemania, Suecia, Dinamarca y Holanda. Las puntuaciones más altas en bienestar se obtuvieron en Dinamarca, Holanda, Suecia y Austria, y las más bajas en Italia, Grecia, Francia, Alemania y España. En general, las personas residentes en España, Italia y Grecia mostraron los peores resultados en salud mental.

### **Impacto Social-Sanitario**

Actualmente, se estima que la depresión afecta a 350 millones de personas en el mundo. El World Mental Health Survey, realizado en 17 países, señala que una de cada 20 personas había sufrido un episodio depresivo el año previo. La depresión, actualmente, es la causa líder de discapacidad en todo el mundo, en términos de años perdidos de vida debido a discapacidad. España, según las estadísticas previamente señaladas de morbilidad percibida y diagnóstico de depresión, se sitúa a la cabeza de Europa en cuanto a prevalencia de este trastorno.

Sin embargo, sólo el 57% de las personas que padecen depresión, el 30% de las que padecen ansiedad y el 71% de los que padecen ambos trastornos consultaron con los servicios de salud y el 31% de ellos no recibieron tratamiento.

### **Incapacidad derivada**

El grado de deterioro funcional con la depresión es similar al producido por otras enfermedades crónicas (diabetes, cáncer, infarto, ictus...) y equivalente a una edad doce años mayor que la real.

El estudio de la OMS sobre Carga global de la enfermedad en el año 2000 señala que los trastornos depresivos continúan siendo una de las principales causas de Años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) en el mundo. Globalmente suponen el 4,46% de los DALYs totales y el 12,1% de los Años de vida vividos con discapacidad. Las enfermedades perinatales, las infecciones respiratorias bajas, el sida y la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y la depresión unipolar constituyen las 4 principales causas de DALYs para ambos sexos considerados combinadamente.

Para el año 2020, la depresión se convertirá en la segunda causa mundial de discapacidad y se espera que sea la enfermedad que más contribuya a la carga total por enfermedad para el año 2030. Sin embargo, las cargas producidas por la depresión son un 50% más altas para la mujer que para el hombre.

Estas cifras señalan la importancia de la depresión para la salud pública, pero tras las mismas, existen seres humanos que sufren. El grado de sufrimiento psíquico de una persona con depresión sólo puede ser adecuadamente valorado si consideramos que muchos pacientes prefieren la muerte a seguir sufriendo de ese modo. Además, los supervivientes a pacientes depresivos suicidados, sufren igualmente trastornos mentales que precisan de tratamientos y asistencia médica adecuada y suponen muchas veces una espiral de enfermedad y discapacidad en el entorno del paciente deprimido.

## Factores de Riesgo Implicados

Se han descrito algunas variables que incrementan el riesgo de depresión:

- **Circunstancias socio-demográficas y laborales:** el sexo (mayor prevalencia en mujeres), estado civil (mayor prevalencia en separados, viudos y divorciados), edad (mayor prevalencia en el grupo de 50-64 años), pobreza, desempleo (o realización de actividades distintas a estar trabajando, como amas de casa, estudiantes o jubilados), discapacidad, baja laboral por enfermedad o por maternidad, estrés crónico y exposición a adversidades a lo largo de la vida.
- **Factores genéticos:** los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general.
- **Enfermedades crónicas:** tanto físicas (cardíacas, endocrinas -como la diabetes, hipo o hipertiroidismo, síndrome de Cushing, enfermedad de Addison y amenorrea hiperprolactinéica-), como mentales (comorbilidad con alcoholismo, tabaquismo, personalidad neurótica, ansiedad, distimia, ataques de pánico).

## Prioridades y recomendaciones Nacionales-Internacionales

En Europa, el Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar establece como una de sus cinco prioridades la prevención del suicidio y de la depresión. En España, la Estrategia en Salud mental del SNS 2009-2013, dentro de su objetivo general 2 (Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general), establece como objetivo 2.3: Realizar y evaluar acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y de suicidio en grupos de riesgo; y como objetivo 2.7: Incluir en los planes de prevención de la depresión y consumo de sustancias, acciones encaminadas a mejorar las condiciones sociales de género determinantes de vulnerabilidad diferencial de género de las mujeres y de los hombres. Como recomendaciones para este objetivo se propone: Desarrollar intervenciones preventivas, preferentemente talleres específicos y entrenamiento en habilidades para la prevención de la depresión y del suicidio, en cada uno de los siguientes entornos: 1) centros docentes; 2) instituciones penitenciarias, y 3) residencias geriátricas.

En Cantabria, no se ha incluido acción específica alguna en relación con estos objetivos.

La Federación Mundial para la Salud Mental y la OMS señalan tres prioridades fundamentales de actuación: prevención de la depresión, manejo de la depresión y reducción de la carga producida por la depresión:

1. **Prevención:** Respecto a la prevención primaria, los acercamientos preventivos comunitarios, incluyen programas en la escuela para prevenir el abuso escolar, y para mejorar las habilidades sociales y la resolución de problemas entre niños y adolescentes. También han resultado eficaces las intervenciones para padres de niños con alteraciones de conducta. Igualmente, los programas de ejercicio físico en ancianos también parecen prevenir la depresión.

En prevención secundaria, se han realizado programas de sensibilización entre la población para el reconocimiento de los síntomas de la depresión y son, igualmente prioritarios los programas entre médicos de atención primaria para conseguir un adecuado diagnóstico de este trastorno en sus fases más tempranas.

Además, debe de ofrecerse un acceso universal y gratuito por indicación médica a programas de rehabilitación psicosocial (Prevención terciaria), como está establecido en el catálogo de prestaciones del SNS.

2. **Manejo de la depresión:** Se deben seguir las guías de buena práctica clínica establecidas al respecto. En nuestro medio, dentro de las Guías de práctica clínica (GPC) del SNS, se encuentra GPC sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto, que establece las pautas generales para el tratamiento de la depresión y que debe de ser ampliamente difundida, sobre todo entre los profesionales de la Atención Primaria. El uso adecuado de fármacos y psicoterapia reduce de forma significativa la morbi-mortalidad por depresión.
3. **Reducción de la carga producida por la depresión:** Existen estrategias bien definidas y con suficiente evidencia científica a nivel tanto social como económico y clínico que pueden dirigirse efectivamente a combatir esta carga. Así, el abordaje inicial y general de la depresión en Atención Primaria, con intervenciones clave como el tratamiento con antidepresivos y la psicoterapia breve, suponen estrategias viables, asequibles y coste-efectivas.

#### **Prioridades para Cantabria:**

1. Establecer un plan de prevención integral de la depresión mediante actuaciones en diferentes niveles:
  - Prevención primaria: mediante el desarrollo de planes para la formación en desarrollo de estrategias de afrontamiento y manejo de estrés en jóvenes, el fomento de la vida saludable en ancianos, etc.
  - Prevención secundaria: mediante el desarrollo de programas de sensibilización entre la población general para el reconocimiento de síntomas de depresión y entre los MAPs para conseguir el diagnóstico precoz de estos trastornos.
  - Prevención terciaria: mediante la generalización en la aplicación de estrategias de rehabilitación psicosocial para la minimización de las secuelas tras episodios depresivos.
2. Mejorar el manejo de la depresión estableciendo guías clínicas únicas y comunes para Atención primaria y especializada, homogeneizando así los criterios diagnósticos y de tratamiento de la depresión.

### **2.3. Suicidio**

El suicidio en España es la primera causa de muerte por factores externos, incluso por delante de los accidentes de tráfico. En todo el mundo, el suicidio es una de las tres causas principales de muerte entre las personas que se encuentran en los grupos de edad más productivos (15-44 años) y la segunda causa de muerte en el grupo de edad de 15-19 años. En Cantabria en el año 2011 se registraron 37 muertes por esta causa. Los expertos estiman que los datos reales de fallecimientos por suicidio alcanzarían el doble de esta cifra al año, produciéndose entre 10 y 20 tentativas de suicidio por cada suicidio consumado. El suicidio es una causa de muerte totalmente prevenible que supone un auténtico drama humano y social tanto para el que lo sufre, como para todo su entorno de amigos y familiares.

#### **Mortalidad**

Se estima que por cada suicidio consumado se producen entre 10-20 intentos de suicidio. Los índices de intentos de suicidio son mayores en las mujeres y los suicidios consumados mayores en los varones. Del 15-30% de personas que realizan un intento de suicidio lo repiten al cabo de un año y entre un 1-2% realizarán un suicidio consumado en los siguientes 5-10 años tras la tentativa. El 80% de los que realizaron un suicidio consumado lo habían avisado previamente. El 50% de los suicidas habían comunicado esta ideación a un médico en el mes anterior; el 25% de ellos, hicieron la consulta en la semana anterior.

### **Impacto social y sanitario**

La OMS en su documento Public health action for the prevention of suicide (WHO, 2012) (52), señala que cada año, casi un millón de personas mueren en el mundo debido al suicidio. En 1998, el suicidio constituía el 1,8% del total de cargas producidas por la enfermedad. Se estima que alcance en 2,4% en el 2020 (Bertolote, 2009) (53). Los jóvenes son una población cada vez más vulnerable a las conductas suicidas. En todo el mundo, el suicidio es una de las tres causas principales de muerte entre las personas que se encuentran en los grupos de edad más productivos (15-44 años) y la segunda causa de muerte en el grupo de edad de 15-19 años (Patton et al, 2009) (54). En el otro extremo del espectro de edades, los ancianos son también un grupo de alto riesgo en muchos países.

Al inicio de la década de los 90, se evidenció en diversos países un aumento en la mortalidad y morbilidad por suicidio. Esta situación, en parte, se produjo por el control efectivo de otras causas de muerte y el incremento en la esperanza de vida, lo que creó un grupo mayor de personas en riesgo de conductas suicidas. Se comienza entonces por parte de las Naciones Unidas y la OMS a desarrollar un trabajo creciente por tratar de que se diseñen planes nacionales globales que afronten el problema de una forma coste-efectiva.

Cuando las Naciones Unidas elaboraron sus primeras guías en esta línea, sólo el gobierno de Finlandia tuvo un compromiso suficiente para financiar un plan nacional para la prevención del suicidio. Quince años después, más de 25 países, entre los que no se encuentra España, han desarrollado estrategias nacionales para la prevención del suicidio.

En 2008, el suicidio se identificó por la OMS como una acción prioritaria en el Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Esta organización señala que debido a la característica de problema de salud con un gran componente prevenible, resulta imperativo para los gobiernos de los distintos países, la dedicación de recursos financieros y humanos para la prevención del suicidio.

En España se producen más muertes por suicidio que por accidente de tráfico. Mientras que los fallecimientos en la carretera se van reduciendo gracias a políticas de prevención, la cifra de suicidas sigue su senda ascendente y aumenta cada año. Aunque la conducta suicida es pluricausal y compleja, interviniendo no sólo factores sanitarios, sino también psicosociológicos de muy diversa índole, se estima que en el 90%-95% de los suicidios existe un componente psicopatológico en su etiología. Solo hay escasos y puntuales programas de prevención para ayudar a enfermos mentales a canalizar las conductas suicidas, no existiendo, sin embargo, una política preventiva nacional en nuestro país con planes, programas y campañas como sí se han realizado para mejorar la seguridad vial y reducir la mortalidad en la carretera.

### **Factores de Riesgo Implicados**

Los siguientes factores incrementan el riesgo de suicidio:



1. Comorbilidad con otros trastornos mentales: estados depresivos, psicosis, trastornos de la personalidad y comorbilidad con trastornos por consumo de sustancias. Dentro de estos trastornos: Ideas de desesperanza, las ideas previas de suicidio, los parasuicidios previos, los contenidos suicidas en la psicopatología psicótica, así como la comunicación previa del intento.
2. Factores socio-demográficos: varón, joven, vivir solo, desempleo, permanecer soltero, estar divorciado o viudo.
3. Situaciones relacionadas con el episodio morboso actual: sufrir una recaída aguda, el hecho de permanecer ingresado o haber sido dado de alta hace poco tiempo, así como la existencia de cambios recientes de cuidadores/terapeutas, etc.
4. Determinadas situaciones de la atención al paciente en el servicio de urgencias o en relación con el personal sanitario que le trata: hostilidad de los profesionales hacia el paciente, un alto recambio de pacientes o personal, la existencia de dispositivos insuficientes de vigilancia o la experiencia inadecuada del personal.

### **Prioridades y recomendaciones Nacionales-Internacionales**

La OMS en 1999 lanza la iniciativa mundial para la prevención del suicidio SUPRE-WHO, con el objetivo global de reducir la mortalidad y morbilidad asociada a las conductas suicidas. Los objetivos planteados son los siguientes:

1. Conseguir una reducción en el número de suicidios y de tentativas de suicidio.
2. Identificar, evaluar y eliminar, tanto como sea posible y en etapas precoces, aquellos factores que puedan incidir en el suicidio juvenil.
3. Mejorar el conocimiento general sobre el suicidio y ofrecer apoyo psicosocial a las personas con ideas suicidas o con tentativas previas de suicidio y a los familiares y amigos de quienes han intentado o consumado el suicidio.

Operativamente se establecen como prioridades:

1. Organización de actividades multisectoriales a nivel global, regional y nacional, a fin de incrementar los conocimientos sobre las conductas suicidas y sus modos eficaces de prevención.
2. Mejorar la capacidad de las naciones para desarrollar y evaluar planes y políticas sobre prevención del suicidio. Se desarrollarán las siguientes actividades adaptadas a las necesidades particulares de las naciones:
3. Apoyo y tratamiento a la población de riesgo (p. ej. personas con depresión, ancianos, jóvenes, etc.)
4. Reducción de la accesibilidad a medios de suicidio
5. Apoyo y desarrollo de redes de trabajo de personas que sobreviven a un intento de suicidio
6. Entrenamiento de profesionales de Atención Primaria y de otros sectores.

En España, el pasado 11 de diciembre de 2012, se sometió a debate en el Congreso de los Diputados una Proposición No de Ley (PNL) que insta al Gobierno a mejorar las medidas de prevención del suicidio, mediante la "redefinición" de los objetivos y acciones contempladas dentro de la Estrategia de Salud Mental 2009-2013. Específicamente la Proposición No de Ley insta al Gobierno a:

1. Promover dentro de la Estrategia de Salud Mental una redefinición de los objetivos y acciones de prevención del suicidio, y en el mismo marco, desarrollar políticas transversales que incorporen la perspectiva de género y presten especial atención a los grupos más vulnerables (niños, adolescentes, ancianos y personas en riesgo de exclusión) en relación a la prevención del suicidio.

2. Promover campañas de visualización, sensibilización y concienciación.
3. Dar apoyo a la Red de Salud Mental, de acuerdo con los servicios de las Comunidades Autónomas, para poder mejorar las medidas preventivas de suicidio, poner en marcha protocolos de manejo de suicidio y asegurar la atención y el seguimiento inmediato de las personas que han cometido una tentativa de suicidio.

### **Prioridades para Cantabria:**

Desarrollo de un plan integral para la prevención del suicidio con los siguientes aspectos prioritarios:

1. Prevención primaria:
  - Desarrollo de programas para la formación en habilidades de afrontamiento y manejo de estrés en adolescentes y jóvenes.
  - Promoción de los planes de tratamiento de los trastornos mentales más relacionados con la aparición de conductas suicidas: trastornos afectivos, psicóticos, trastornos de la personalidad y dependencia de tóxicos.
2. Prevención secundaria:
  - Formación para el reconocimiento de signos precoces de riesgo suicida en figuras significativas cercanas al paciente (médicos de atención primaria, personal de comunidad educativa, etc.).
  - Desarrollo de protocolos específicos para la evaluación del riesgo suicida en pacientes identificados y para el manejo de las conductas parasuicidas.
3. Prevención terciaria:
  - Desarrollo de programas específicos para la atención a los familiares y relaciones de confianza de personas suicidadas.

## **2.4. Trastornos de la personalidad.**

Los trastornos de la personalidad constituyen patrones permanentes e inflexibles de comportamiento y de experimentar las propias vivencias, que se apartan de manera significativa de las expectativas de la cultura del sujeto, causando malestar o perjuicio para el propio sujeto o para los demás. A diferencia de otros trastornos mentales, que tienen un comienzo generalmente bien definido, los trastornos de la personalidad no suelen suponer una ruptura cualitativa con respecto a un estado psicológico anterior, y su inicio se remonta a la adolescencia o al principio de la edad adulta. Aunque se han descrito 10 tipos de trastorno de la personalidad, el denominado trastorno límite de la personalidad (patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad) constituye actualmente un problema con alta relevancia y necesidad de respuesta por parte de los servicios sanitarios y sociales.

### **Impacto de Salud de la población**

**Medidas de frecuencia de la enfermedad.** Al margen de cuestiones metodológicas, la prevalencia descrita de los trastornos de la personalidad en la población general avala su trascendencia, con cifras que van desde el 6,7 % (Coid, 2003) (58) hasta el 22,3% (Black et al 1993), con una prevalencia general en los estudios revisados en torno al 11,3 %. Aunque otros tipos de trastorno de la personalidad son igual o incluso más prevalentes, el trastorno límite (0,7-1,4%) presenta una elevada comorbilidad con otros trastornos y genera una mayor carga asistencial, con más ingresos en unidades psiquiátricas de corta y larga estancia (en torno a un 20% de los pacientes

ingresados), y mayor riesgo de suicidio. Se ha descrito (Aragonés, 2013) (59) que la detección y diagnóstico del trastorno límite de la personalidad en atención primaria es 82 veces inferior a su prevalencia estimada.

**Mortalidad.** La esperanza de vida es menor en los pacientes con trastornos de la personalidad en relación con el suicidio y las consecuencias de las conductas desadaptadas. En un estudio llevado a cabo en Inglaterra y Gales (Folk 2012), encontraron una esperanza de vida entre los enfermos de 63,3 años para las mujeres y 59,1 años para los hombres, 18,7 años y 17,7 años, respectivamente, menos que las mujeres y los hombres de la población general.

**Impacto económico.** La epidemiología y costes atribuidos a los trastornos de personalidad general en atención primaria y centros especializados es un tema escasamente estudiado, y sin información contrastada en nuestro país.

**Factores de Riesgo Implicados.** Aunque la investigación con trastornos de personalidad todavía está poco desarrollada, se pueden señalar algunos datos en relación con factores de riesgo.

La aparición de los trastornos de personalidad, tal y como ha sido recientemente consensuado para la elaboración del DSM V, se establece a partir de los 16 años, siendo frecuente la presencia de distintos tipos de trastornos de conducta en la infancia. A partir de esa edad, la evolución de los trastornos de personalidad sigue caminos diferentes para hombres y mujeres. Si bien en varones son más frecuentes los trastornos sociopáticos y narcisistas, en la mujer es mucho más frecuente el desarrollo del trastorno límite de la personalidad, con una prevalencia tres veces superior en relación al hombre.

Los antecedentes de malos tratos físicos y psíquicos, abusos sexuales, negligencia en el cuidado de los niños, y ambientes familiares desestructurados son factores de riesgo que facilitan la aparición del trastorno límite de la personalidad.

### **Situación actual y punto de partida**

Como se señalaba antes, la deficiente identificación de los trastornos de personalidad en atención primaria (Araones 2013), tiene también su expresión en un infradiagnóstico en los niveles especializados, que se acompaña de un deficiente registro del diagnóstico de trastornos de personalidad en los pacientes atendidos, lo que dificulta los estudios sobre esta población específica (Osakidetza 2007).

Persiste aún desconocimiento entre los profesionales sanitarios de los desarrollos actuales en el tratamiento especializado de los trastornos de personalidad, lo que mantiene una visión pesimista con respecto al abordaje terapéutico de dichos trastornos. Esto tiene consecuencias realmente graves, en la medida que el pesimismo de los profesionales se suma al de los pacientes, reforzándose una idea pesimista sobre la evolución del trastorno. Se ha demostrado recientemente que los programas terapéuticos estándar pueden resultar iatrogénicos en algunos casos de pacientes con trastornos graves de personalidad (Clarke 2013) (60).

Se dispone en nuestra región de escasos programas terapéuticos dirigidos específicamente a trastornos de la personalidad, siendo necesario un incremento de los mismos. Algunos intentos terapéuticos responden a iniciativas individuales de algunos profesionales en centros de salud mental o en algún otro dispositivo, existiendo una mala coordinación tanto intradispositivo como interdispositivo. También existe una total desconexión entre las iniciativas que se realizan en distintas agencias

extrasanitarias dirigidas a la identificación y medidas de corrección de posibles personas con trastornos de personalidad, tanto en el ámbito de las dependencias, como en los ámbitos educativo y judicial.

Al margen de la atención poco específica y no protocolizada en la red de salud mental, el dispositivo asistencial específicamente dirigido a trastornos de la personalidad en Cantabria se reduce al Centro de rehabilitación y psicoterapia "Universidad", en Santander, dependiente del ICASS, y el programa de intervención precoz en adolescentes y jóvenes con trastorno límite de la personalidad que durante el año 2012 fue financiado por la fundación la Caixa.

### **Prioridades y recomendaciones nacionales e internacionales**

El enfoque actual de los trastornos de la personalidad en el contexto nacional e internacional se refleja en documentos como los siguientes:

1. La recomendaciones del estudio comisionado del Gobierno Vasco
2. Las recomendaciones de la guía de práctica clínica para el trastorno límite de personalidad del Gobierno Catalán
3. La guía breve de práctica clínica del Instituto de excelencia clínica del Gobierno Británico NICE 2009.

En dichas recomendaciones se recoge la necesidad de implementar protocolos de abordaje que incorporen los desarrollos teóricos y técnicos actuales en el ámbito de los trastornos de la personalidad, y que permitan poner en funcionamiento un sistema de atención clínica de calidad y altos niveles de eficiencia, en los diferentes momentos evolutivos de los trastornos de personalidad, en las diferentes edades y en los diferentes dispositivos asistenciales.

Los desarrollos teóricos actuales se basan en una visión integradora (Livesley 2012) (61), que postula la integración de los programas terapéuticos a nivel intra-dispositivo, la integración de la continuidad de cuidados inter-dispositivo y la coordinación con otros programas en los que haya una implicación de agencias extrasanitarias.

Un programa especializado en el tratamiento de trastornos de personalidad tiene por su propia naturaleza dos ejes fundamentales:

- Una visión holística e integral de la personalidad del individuo, constructo que influye en la génesis y expresión de cualquier trastorno mental e incluso de cualquier enfermedad somática.
- La psicoterapia como tratamiento de primera elección.

Los programas deben incorporar estrategias de investigación sobre los resultados terapéuticos obtenidos, así como análisis de costes desde el inicio, de tal forma que sea posible evaluar los resultados terapéuticos no sólo en términos de mejoría de la calidad de vida del sujeto y su entorno, sino también en el ahorro de costes tal y como viene siendo defendido varias publicaciones científicas.

La evolución crónica de los trastornos límite de personalidad ha quedado recientemente demostrada (Skodol 2005, Van Luyn 2007) (62). De ahí surge la necesidad de que un programa de atención a trastornos de personalidad incluya intervenciones precoces en adolescentes y jóvenes, tratamiento de síntomas agudos con un alto coste individual y social, tratamiento de la sintomatología de desadaptación interpersonal y en la regulación emocional en las fases medias del tratamiento,

medidas dirigidas a la prevención del deterioro y tratamiento rehabilitador y de reinserción sociolaboral para aquellos pacientes que hayan evolucionado de forma crónica, persistiendo su deterioro y desadaptación tras largos años de enfermedad.

### **Propuesta de actuación para Cantabria**

1. Implementar programas de formación de los profesionales de salud mental en la identificación y alternativas terapéuticas en los trastornos de personalidad, fundamentalmente mediante cursos acreditados de especialización universitaria.
2. Creación de una Unidad piloto asistencial, docente e investigadora (UPADI-TP), dirigida a la puesta en funcionamiento de un programa altamente especializado en el tratamiento de los trastornos de personalidad más agudos y graves.
3. Desarrollo de programas básicos en los diferentes dispositivos asistenciales de la red de salud mental (atención primaria, centros de salud mental, hospital de día, unidades de agudos, centros de rehabilitación psicosocial y centros de hospitalización de larga estancia), cuyos componentes estén claramente especificados en cada dispositivo garantizando una frecuencia terapéutica semanal (Lana, González Torres y Mirapeix 2006) (63), con unos criterios claros y consensuados de derivación a cada dispositivo adscrito al programa.
4. Establecer programas de supervisión clínica de los profesionales que participen en los programas de atención a los trastornos de la personalidad.
5. Desarrollo de programas de detección de personas jóvenes con probables trastornos de la personalidad, intervención comunitaria y coordinación con agencias extrasanitarias (Consejería de Educación, Plan Regional de Drogas, Dirección General de Justicia, Servicios Sociales, etc.).
6. Desarrollo de intervenciones de prevención primaria, con programas educativos dirigidos a la mejora de una paternidad responsable y reflexiva, para la mejora de la salud mental infantil y la prevención del desarrollo de trastornos de conducta de la infancia que pueden evolucionar a trastornos de personalidad.

### **2.5. Trastornos de conducta alimentaria.**

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

Afectan mayoritariamente a mujeres, debutando fundamentalmente entre la adolescencia y la edad adulta joven y situándose en uno de los primeros lugares de causas de carga de enfermedad en términos de pérdida de años de vida, muerte o discapacidad para mujeres entre 15-24 años.

Debido a su curso crónico y la alta comorbilidad con enfermedades médicas y psiquiátricas es una patología de relevancia socio-sanitaria, siendo la anorexia nerviosa (AN) el trastorno con la mayor tasa de mortalidad de todos los trastornos mentales, multiplicando por 3 la producida por la depresión, esquizofrenia o alcoholismo.

La alta prevalencia, la cronicidad, la comorbilidad añadida y el alto porcentaje de secuelas médicas determinan una alta frecuentación de consultas especializadas, hospitalizaciones prolongadas y uso de medicaciones, lo que conlleva un alto gasto sanitario y social. Los TCA son, por tanto, un foco importante de estudio para la gestión sanitaria, siendo la detección y la intervención precoz un pilar importante para la eficiencia.

## **Impacto de Salud de la población**

### **Prevalencia.**

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

En España las cifras totales de prevalencia oscilan del 4,1% al 6,41%. En la franja de 12 a 21 años la prevalencia en mujeres para anorexia (AN) es del 0,14% al 0,9% , del 0,41% al 2,9% para la Bulimia (BN) y del 2,76% al 5,3% en Trastornos de conducta alimentaria no especificados (TCANE).

### **Incidencia.**

Se ha constatado un aumento en la incidencia de 5 a 6 veces en la década 1960-1970 tanto en EEUU como en Europa, con un pico de incidencia mayor en mujeres entre los 15 y los 19 años de edad (40% de los casos identificados). En USA la tasa de incidencia es de 74 por 100.000 personas/año en la población femenina de 15-19 años. En Europa, la incidencia de pacientes ingresados por AN es de 20 por 100.000 personas/año para mujeres entre 12 y 25 años de edad. La incidencia de los TCA en varones sería menor a 1 por 100.000 habitantes/año. En España, las cifras de incidencia descritas en niñas de 13 años son de 4,8% (0,3% AN; 0,3% BN 0,3% y 4,2% TCANE).

### **Mortalidad.**

La AN presenta la mayor tasa de mortalidad de todos los trastornos mentales, con una mortalidad tres veces mayor que la depresión, esquizofrenia o alcoholismo, y 12 veces superior a la población general. La muerte resulta de complicaciones infecciosas, arritmias cardíacas o suicidio. En los estudios de seguimiento a 6-12 años se han encontrado cifras de mortalidad estandarizada (TME) del 9% para la AN. Los estudios señalan diferentes tasas de mortalidad en función del grupo de edad, siendo las tasas mayores para la franja de edad de 20 a 40 años.

No hay evidencia de un aumento de mortalidad en BN y se sabe poco de la mortalidad asociada a los TCANE, aunque algunos estudios evidencian mayor tasa suicidio en la población con BN y TCANE. Dada la asociación del trastorno por atracón con obesidad también se puede sospechar un aumento del riesgo de mortalidad en este subgrupo.

### **Impacto Social-Sanitario.**

El impacto sociosanitario de los TCA deriva de su alta prevalencia en mujeres de edades jóvenes, su alta comorbilidad, su alta cronicidad e incapacidad derivada y su alta tasa de mortalidad.

Entre las causas de carga de enfermedad en términos de pérdida de años de vida, muerte o discapacidad, ocupa el lugar 22 para la población femenina en general, 10º

lugar para niñas de 0-14 años y 4º lugar para mujeres entre 15-24 años. En un 24% persiste la AN después de 10–15 años del debut de la enfermedad, así como un 20% de persistencia de BN después de 5–10 años, todo esto con altos costes directos e indirectos para el sistema sanitario.

### **Impacto económico**

**Costes directos:** Por la naturaleza crónica de los TCA, la alta comorbilidad y las complicaciones médicas se estima un alto consumo de recursos médicos y sociales:

- **Gasto derivado del uso de servicios de primaria**, por la alta frecuentación en los 5 años previos al diagnóstico, superior a la de la población general.
- **Gasto derivado de la hospitalización**, con coste 3,5 veces superior a la media general de hospitalización, debidos a la elevadas estancias medias (10-12 semanas).
- **Gastos derivados de la necesidad de mayor intensidad/especificidad en los tratamientos**, con una media de episodios ambulatorios mayor que para otros trastornos psiquiátricos graves.

**Costes Indirectos:** Elevado impacto en el funcionamiento social y educacional, así como en una pérdida significativa de productividad en el paciente y su familia, al debutar en un periodo crítico del desarrollo educativo y psicosocial de la persona. La familia suele ser el apoyo básico durante la duración de la enfermedad (6 años de media para AN).

### **Factores de Riesgo Implicados.**

Se trata de trastornos de etiología múltiple, donde están involucrados diversos factores biológico-genéticos, de vulnerabilidad, características psicológicas, aspectos socioculturales, y estresores. El peso específico de cada uno de ellos todavía no está bien determinado.

- a) Factores biológicos y genéticos: Sexo femenino; mayor frecuencia de TCA entre los familiares de personas con TCA que entre los controles.
- b) Factores socioculturales:
  - 1) Modelos familiares sobreprotectores, rígidos y exigentes y poco cohesionados, padres divorciados.
  - 2) antecedentes familiares de trastornos afectivos y sintomatología obsesivo-compulsiva y de TCA (especialmente en las madres).
  - 3) Dieta y/o conducta alimentaria atípica en la familia.
  - 4) Obesidad (especialmente en madres).
  - 5) Alcoholismo (especialmente en padres).
  - 6) Hábitos alimentarios poco regulares durante la infancia.
  - 7) Profesiones y/o actividades durante la infancia-adolescencia que valoran excesivamente la delgadez y/o el peso.
- c) Factores psicológicos: mayor riesgo si hay presencia de comorbilidad psiquiátrica (trastornos afectivos, trastornos de la personalidad, trastornos obsesivo-compulsivos y trastorno de control de impulsos); dietas anómalas y restrictivas; preocupación por el cuerpo; historia personal de dificultades alimentarias; rasgos de excesiva rigidez y perfeccionismo; retraimiento social y baja autoestima.
- d) Acontecimientos vitales estresantes: abusos sexuales y/o físicos en la infancia; críticas respecto al aspecto físico.

### **Prioridades y recomendaciones Nacionales-Internacionales**

El Pacto Social contra la Anorexia y Bulimia Nerviosa (2006) ha servido de marco de referencia para orientar las líneas de actuación en el ámbito de la asistencia de los

TCA. En España, la Estrategia en Salud mental del SNS 2009-2013, propone a los trastornos de conducta alimentaria como una de las áreas prioritarias de prevención. Los planes estratégicos de diferentes comunidades autónomas reflejan la necesidad de seguir mejorando la actividad asistencial para reducir la gravedad, la incapacitación y la carga familiar de la enfermedad.

En dichos planes estratégicos y consensos nacionales e internacionales la prevención es un punto prioritario, destacando la importancia de promocionar hábitos alimentarios saludables y el desarrollo de programas de prevención en el medio escolar y sanitario.

A nivel asistencial las prioridades fundamentales incluyen la coordinación entre recursos/ niveles de atención para lograr la continuidad de cuidados, la especialización de los profesionales, la instauración de programas de TCA específicos para infancia y adolescencia, la necesidad de recursos asistenciales de larga estancia para los TCA crónicos y actuar según las recomendaciones de las GPC.

Las principales recomendaciones de las GPC nacionales e internacionales en relación a la prevención primaria, diagnóstico y tratamiento son las siguientes:

- a) Prevención primaria: Instaurar programas preventivos con eficacia demostrada centrados en familias y adolescentes, que incidan en los factores protectores. Formación adecuada en detección, derivación precoz y estrategias motivacionales de los médicos de AP y de otros colectivos de profesionales en contacto con la población de riesgo. Información y educación a personas afectadas y personas cuidadoras.
- b) Diagnóstico: a cargo de psiquiatras y psicólogos clínicos. Explorar indicadores de abuso (emocional, físico y sexual) para ser atendidos precozmente.
- c) Tratamiento: atención en el nivel asistencial adecuado según criterios clínicos. Seguimiento e intervención adecuada de complicaciones orgánicas, con abordaje en AP de los casos crónicos que rechacen tratamientos en salud mental. Monitorización especial de casos de alto riesgo (diabetes mellitus y embarazo). Individualización, diferenciación y aplicación escalonada de los tratamientos médicos y psicológicos en función de la edad, el tipo de trastorno alimentario (AN, BN, TANE), el estadio clínico y la respuesta, y aplicándolos con una duración adecuada.

### **Propuesta de actuación para Cantabria**

En Cantabria la atención a los trastornos de la conducta alimentaria esta sectorizada por áreas sanitarias.

- Para las áreas sanitarias de Santander y Laredo existe una unidad específica (UTCA) sin diferenciación por grupos de edad. La atención ambulatoria, Hospitalización parcial y camas de Hospitalización total son atendidas por el equipo de profesionales de la UTCA consiguiéndose una continuidad de cuidados.
- En las AS de Torrelavega y Reinosa la atención ambulatoria de los TCA se realiza en los recursos de Salud mental por un equipo específico de profesionales con formación en TCA, en este caso con diferenciación de edad, atendándose en las Unidades de Salud Mental de adultos, los pacientes mayores de 18 años y en la USMIJ, los menores de 18 años. La hospitalización de día se hace en el marco de un hospital de día psiquiátrico que aborda diferentes patologías sin diferenciación por edad. Los pacientes de alta complejidad o con necesidad de hospitalización total se derivan a la unidad de TCA de Santander.



En los últimos años se ha realizado un esfuerzo dirigido a la mejora en la detección, derivación e intervención precoz de los TCA a través de actuaciones de prevención secundaria (PROGRAMA DETECTA), observándose un aumento en la demanda y un mayor número de derivaciones de forma directa. Los ingresos nuevos en hospitalización total se han reducido en los últimos dos años, observándose un porcentaje significativamente mayor de reingresos frente a ingresos nuevos. Aunque en este momento no se dispone de los datos existe un porcentaje (sobre un 10% de todos los pacientes atendidos) de pacientes con patología crónica y de larga duración que reingresan “en puerta giratoria”.

### **Estrategias de actuación propuestas:**

1. Reforzar y mejorar las estrategias de detección e intervención precoz a través de la coordinación con Educación, unidades de salud mental, unidades de salud mental infantojuvenil, Atención Primaria y otros servicios especializados de alta frecuentación por pacientes con TCA.
2. Instaurar programas/recursos de tratamiento específicos para niños y adolescentes con TCA :
  - 2.1. Dotación de camas de hospitalización para TCA <18 años.
  - 2.2. Desarrollo de programas específicos para TCA en niños y/adolescentes.
  - 2.3. Potenciar la formación e incorporación de psicólogos especialistas en Terapia Familiar en los programas de tratamiento para TCA de niños y adolescentes
3. Instaurar programas/recursos de tratamiento específicos para pacientes crónicos con TCA:
  - 3.1. Desarrollar programas de tratamiento para pacientes crónicas menos exigentes y con mayor apoyo de la AP para evitación de secuelas médicas y con programas que faciliten su reinserción social.
  - 3.2. Disponer de una red de pisos tutelados.
  - 3.3. Disponer de plazas de media y larga estancia para pacientes crónicas con TCA.
4. Instaurar programas y recursos de tratamiento específicos para pacientes con TCA y comorbilidad con otros trastornos mentales:
  - 4.1. Reforzar la coordinación con recursos especializados en TLP, abuso de sustancias y abuso sexual, para desarrollar intervenciones integrales más especializadas.
  - 4.2. Posibilitar la dedicación a tiempo parcial de profesionales expertos en TCA y comorbilidades asociadas para instauración de programas de patología dual.

### **2.6. Trastornos de ansiedad, por estrés y adaptativos.**

Los trastornos de ansiedad comprenden un conjunto relativamente heterogéneo de entidades clínicas que presentan como síntomas nucleares la presencia de miedo o temor excesivo o patológico, así como preocupaciones, tensión o activación, cuya

presencia provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo que la padece.

Hablamos de trastornos adaptativos y por estrés cuando el sufrimiento de la persona es la respuesta a un estresante psicosocial o a un cambio vital. La persona siente que las demandas del entorno exceden los recursos de afrontamiento. Los síntomas, algunos de ellos similares a los de un trastorno de ansiedad, interfieren con la actividad habitual del sujeto y suelen comenzar en los tres primeros meses posteriores al suceso. La intervención en este periodo es clave para encontrar soluciones.

### **Impacto de salud en la población**

**Prevalencia.** La prevalencia internacional de los trastornos de ansiedad varía ampliamente entre los diferentes estudios epidemiológicos publicados, aunque la variabilidad asociada con los trastornos de ansiedad considerados de manera global es bastante más pequeña que la asociada con los trastornos considerados individualmente. Uno de los estudios epidemiológicos más destacados, sobre la prevalencia de los trastornos mentales, realizados en población general española y utilizando una muestra representativa de las distintas comunidades españolas es el ESEMeD-España (dentro del proyecto European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Project) (6). En él se encuentra una prevalencia/año para “cualquier trastorno de ansiedad” del 6,20% (2,53% varones; 7,61% mujeres) y una prevalencia/vida del 9,36% (5,71% varones; 12,76% mujeres)

En cuanto a Cantabria, el grupo de Vázquez-Barquero en el Estudio de Salud de Cantabria (1987), encuentran cifras del 4,4% para la neurosis de ansiedad, un 3,4% para la neurosis fóbica y en la neurosis obsesiva una escasa proporción del 0,1% con clara preponderancia del sexo femenino en todos los diagnósticos (4).

**Mortalidad.** Las muertes causadas por los trastornos de ansiedad se deben, fundamentalmente, a suicidios. La depresión y los demás trastornos del estado de ánimo justifican el 40-70% de los suicidios; se estima que los trastornos de ansiedad explican el 10% de los suicidios

**Impacto socio-sanitario.** Dentro de los problemas de salud mental, los trastornos de ansiedad se asocian con sustanciales niveles de incapacidad, y son junto con los trastornos del ánimo, los que más contribuyen a la morbimortalidad a través del sufrimiento que generan y los que más repercuten en las economías nacionales (87). Se trata de pacientes que realizan un gran número de consultas en los servicios de urgencias y comportan un tercio del total de los gastos económicos derivados del tratamiento de los trastornos mentales.

Debemos considerar también los datos sobre el impacto de estos trastornos en la situación de incapacidad laboral, prescripción que representa un alto coste para el sistema sanitario. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los problemas de ansiedad y depresión constituyen las principales causas de incapacidad laboral temporal (IT) y permanente en los países desarrollados. En España los trastornos mentales son la segunda causa en frecuencia (por detrás de los diagnósticos de origen ósteo-muscular) de los procesos gestionados de IT por parte de los médicos de atención primaria (MAP). Además, en datos de Cantabria, más del 80% de los diagnósticos recogidos en los partes de IT por salud mental corresponden a trastornos “neuróticos” o “menores”.

### **Factores de riesgo.**

- **Sexo:** El riesgo de padecer un trastorno de ansiedad es mayor en mujeres. En población española se ha calculado una prevalencia anual para los trastornos de ansiedad del 7,6% para las mujeres y del 2,5% para los hombres; a su vez, la prevalencia a lo largo de la vida es del 12,8% en mujeres y del 5,7% en hombres.
- **Edad:** la edad característica de inicio se sitúa entre la infancia y la juventud. Se ha calculado que la edad media de aparición de las fobias específicas está en torno a los 7 años, 13 años para la ansiedad social y 24 años para el trastorno de pánico, y alrededor de los 30 años para el trastorno de ansiedad generalizada. Distintos estudios sugieren que los trastornos de ansiedad tienden a presentar una reducción de su incidencia a partir de la quinta década de la vida.
- **Comorbilidad psiquiátrica:** se destaca la comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo y el consumo de distintas sustancias. Del mismo modo, distintos estudios sugieren un riesgo elevado de conductas de tipo autolítico.
- **Comorbilidad médica:** los trastornos de ansiedad están asociados con una marcada repercusión funcional y con un incremento de las tasas de patologías crónicas como asma, EPOC, dispepsia, colon irritable, disfunción vestibular, hipotiroidismo, prolapso de válvula mitral y cefalea tensional.

### **Prioridades y recomendaciones Nacionales-Internacionales**

Las recomendaciones nacionales e internacionales recogidas en las distintas guías de práctica clínica para los trastornos de ansiedad (Guía NICE-ansiedad; Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria; Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales; Guía de Buena Práctica Clínica-OMC...) plantean un enfoque terapéutico integral con medidas tanto farmacológicas como psicoterapéuticas.

Las psicoterapias basadas en la evidencia pueden resolver un significativo porcentaje de los casos de ansiedad y de depresión. Son aplicables en pacientes que no desean o no toleran la medicación. Su coste es eficiente, sobretodo en los casos en los que el trastorno llevaría a incapacidad laboral. En estos casos el coste de la terapia compensa el ahorro que supone que la persona siga trabajando (89).

Por otra parte y teniendo en cuenta que los trastornos de ansiedad, en sí mismos o asociados a otras patologías, son una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria y representan uno de los principales problemas de salud en nuestro país, el trabajo conjunto entre los equipos de Atención Primaria y de Salud Mental, se presenta como prioritario.

En Cantabria, tomando como referencia el trabajo en otras comunidades autónomas (90), se están planificando medidas para la optimización de la incapacidad laboral por motivos de salud mental. Se propone homologar criterios para la IT por motivo de salud mental. Se plantea la derivación preferente a USM para los pacientes que requieren tratamiento promoviendo que se mantengan trabajando. Basado en datos de evidencia, se recomienda evitar la IT o acortarla en todos los casos en que sea posible. Se señala la necesidad de una comunicación directa e inmediata entre los profesionales para acortar la duración de la IT cuando se haya prescrito, y para suspenderla cuando no funcione como medida terapéutica.

### **Propuesta de actuación para Cantabria**

1. Implementar programas de recogida y análisis de los datos de asistencia y prevalencia que permita evaluar el resultado de las intervenciones, seleccionar las eficaces y mejorar la eficiencia de los servicios. Se propone para lograrlo:
  - 1.1. Recogida homogénea obligada de datos básicos en todas las USM.
  - 1.2. Recogida homogénea voluntaria de datos específicos por programas.
  - 1.3. Apoyo metodológico externo (técnico) para el diseño y el análisis de la recogida de datos
  - 1.4. Apoyo metodológico externo (técnico) para el seguimiento de los resultados de los tratamientos
2. Favorecer la coordinación directa y frecuente entre los profesionales de los equipos de Atención Primaria y de equipos de Salud Mental de cada área de salud, para mejorar la calidad y eficacia de las derivaciones y de las intervenciones, y generar sinergias que potencian los efectos terapéuticos.
3. Establecer programas de evaluación de la satisfacción de los usuarios, siendo esta una de las consideraciones finales sobre posibles áreas de mejorar en la salud mental de Cantabria recogidas en el Atlas de Salud Mental (81).
4. Protocolizar los abordajes terapéuticos con intervención de varios profesionales, incluyendo medidas que permitan la evaluación de su eficacia..
5. Empoderar al paciente, y al cuidador cuando sea necesario, estableciendo una relación de colaboración con el profesional para que el paciente asuma su responsabilidad en el éxito del tratamiento.

## **2.7. Psicogeriatría.**

La patología mental en el anciano es una causa importante de dependencia, lo que supone un alto coste asistencial. Se define la dependencia como el estado en que se encuentran las personas que por razón de su falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de ayuda y/o asistencia importante para la realización de la vida cotidiana (Consejo de Europa, 1997).

En Cantabria hay 17.519 personas mayores de 64 años con algún grado de dependencia reconocido (Marzo 2013). De ellas, entre las personas con dependencia por problemas de salud mental, 1.373 (7.8%) presentan con un grado de dependencia leve y 5.495 (31.37%) un grado de dependencia moderado/grave. Las necesidades de estas personas generan gastos importantes asistenciales (plazas sociosanitarias, plazas residenciales, ayuda económica, cuidadores y dispositivos de salud).

Uno de los problemas que se debe de tener en consideración en este contexto es el maltrato o abuso de las personas mayores, ya que puede conllevar mayor presencia de algún trastorno psicológico (trastorno afectivo, de ansiedad, consumo de tóxicos). Se estima en un 4% la prevalencia anual del maltrato o abuso en domicilio privado del anciano y de una incidencia del 30% en instituciones. Aproximadamente el 1% de los ancianos en España ha sido víctima de maltrato intrafamiliar, cifra que se duplica en los dependientes y cuadruplica en los dependientes graves.

### **Factores de riesgo**

- **Edad:** La edad superior a 65 años es un factor de riesgo en si mismo, dado que es reconocido como grupo de población de riesgo en salud mental, debido fundamentalmente a los cambios que se producen en esta etapa de la vida (económicos, sociales, personales, etc.).
- **Sexo:** Ser mujer es un factor de riesgo para padecer patología mental, mientras que en el hombre es mayor riesgo de consumir los intentos autolíticos.
- **Factores sociodemográficos:** vivir solo, problemas económicos, carencia de apoyos y sociales, son desencadenantes de patología psíquica.
- **Salud física:** Las enfermedades físicas incapacitantes representan otro factor de riesgo importante con impacto negativo en la salud mental de las personas mayores.

### **Prioridades y recomendaciones nacionales e internacionales**

La OMS se ha marcado como meta para el año 2020 respecto a las personas mayores de 65 años, que esta población deberá tener la posibilidad de gozar de todo su potencial de salud y jugar un papel activo en la sociedad. Esta meta se concreta en los objetivos:

- Incremento en la esperanza de vida y de la esperanza de vida libre de discapacidades a los 65 años
- Incremento de la proporción de población de 80 años que disfrute de un nivel sanitario en su entorno que le permita mantener su autonomía, su autoestima y su lugar en la sociedad.

Para determinar la contribución de los servicios sanitarios al logro de estos objetivos es necesario un enfoque estratégico que contemple distintas líneas de actuación desde el conjunto del Estado y de la sociedad.

El Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985), establecía el carácter prioritario de la actuación sobre la población anciana, entre otros grupos sociales con riesgo de exclusión. Con la Ley General de Sanidad se logra la integración de la atención a la salud mental en la red sanitaria, influyendo positivamente sobre la calidad de la atención y la propia percepción de la sociedad en general sobre la enfermedad mental. Sin embargo sigue pendiente la solución de la atención a grupos especialmente vulnerables como es el caso de las personas mayores.

El programa de psicogeriatría debe de ser entendido como un programa longitudinal que debe desarrollarse física y funcionalmente integrado con el resto de programas de salud mental, reconociendo que la psicogeriatría es una población con necesidades específicas y cuya demanda suele estar por debajo de la prevalencia real.

Dado que la puerta de entrada del paciente psicogeriátrico a los servicios sanitarios suele ser la atención primaria de salud, servicios sociales y servicios de urgencia, es resulta imprescindible una buena coordinación de los servicios de salud mental con este tipo de dispositivos. Para ello es necesario establecer un programa ambulatorio de atención de los mayores en los servicios de salud mental de las áreas sanitarias, con criterios claramente psicogeriátricos, donde haya un responsable del programa

psicogeriatrico en cada unidad de salud mental, que promueva la implicación de los profesionales en este área, punto clave para el desarrollo del programa.

Otro aspecto esencial en una adecuada atención integral en salud mental, es el relativo a la hospitalización, proporcionando las condiciones necesarias para ingresos de pacientes psicogeriatricos en unidades de agudos y hospitalización de media estancia, sin límites de edad.

La atención a los cuidadores, principal soporte comunitario de atención a esta población, es primordial, estableciendo estructuras de apoyo y descarga que se traduzca en una atención más eficiente y eficaz., facilitando el acceso a recursos intermedios como Centro de Día, Centro de Rehabilitación Psicosocial, Unidades de rehabilitación psiquiátrica u Hospital de Día.

La formación continuada de los profesionales y el establecimiento de programas específicos de investigación en esta área, deben adquirir un carácter prioritario en el avance y desarrollo de la atención al paciente psicogeriatrico, así como establecer sistemas de evaluación, no disponibles en nuestra comunidad autónoma, de carácter epidemiológico, socio-demográfico y de costes sanitarios.

La implicación en el desarrollo de los programas de atención psicogeriatrica de las diferentes asociaciones de enfermos y familiares de enfermos mentales se hace imprescindible, puesto que es parte fundamental de la atención y apoyo al paciente mayor, soportando gran parte de la carga asistencial.

En relación con el maltrato o abuso de las personas mayores, los programas de intervención psicogeriatrica deben garantizar buena coordinación con el entorno judicial, las fuerzas de orden público y los servicios sociosanitarios para un adecuado abordaje de este grave problema.

### **Propuesta de actuación para Cantabria**

En Cantabria se carece de un programa de atención psicogeriatrica que permita la accesibilidad a los servicios de salud mental, atención y coordinación con otros recursos asistenciales y sociosanitarios, y que garantice la atención integral adecuada a este grupo de población.

La situación actual de crisis económica y social que lleva a la elaboración de programas políticos de restricción del gasto, hace que las estrategias elaboradas persigan una mejor distribución y optimización de los recursos sanitarios públicos de salud mental existentes, por lo que se hace imprescindible la integración de los mismos dentro del sistema cántabro de salud, así como a una estrecha coordinación con los diferentes recursos sociosanitarios, dependientes del Gobierno de Cantabria, de los ayuntamientos y privados.

La distribución sociodemográfica de la población mayor de 65 años en nuestra comunidad, donde la mayor proporción se encuentra en la zona interior, aconseja establecer programas comunitarios de atención domiciliaria, con el objeto de permitir a personas con dificultades de movilidad o accesibilidad la atención en los servicios de salud mental. Otro aspecto importante en la atención comunitaria se centra en las residencias de mayores, en este caso con la misma consideración que los programas de enlace en los hospitales generales, es decir, atención directa a residentes que lo precisen, facilitando que el personal sanitario de la residencia asuma los casos de menor nivel de complejidad.

La población mayor de 65 años está considerada como una población vulnerable a los problemas de salud mental, siendo recogida como tal en las normas legales que regulan la atención en salud. Su baja demanda asistencial en relación a los datos de prevalencia de patología psicogerítrica y la escasa detección de la misma en los servicios sanitarios de atención primaria y urgencias, junto con los de servicios sociales, hacen necesario la intervención con programas dirigidos a la prevención de los trastornos mentales en el paciente mayor.

- Primaria: Estimular la creación desde el ámbito administrativo, político y social de programas específicos dirigidos a este grupo de población que ayuden a un mejor afrontamiento de los cambios que suceden en el último periodo de la vida y fomentar la participación en centros cívicos y educativos adecuados a esta edad, con el fin de promocionar hábitos y estrategias de afrontamiento que redunden en un mejor nivel de salud mental.
- Secundaria: Mejorar los métodos de diagnóstico que faciliten un tratamiento precoz de los problemas de salud mental de la población mayor de 65 años, facilitando la accesibilidad a los servicios de salud mental.
- Terciaria: Implementar los tratamientos rehabilitadores, no solo dirigidos a la demencia, sino también a otras patologías mentales, facilitando el acceso a centros de rehabilitación psicosocial sin límites de edad, fomentando así la permanencia del paciente en su medio natural. y a camas hospitalarias psiquiátricas.

Estrategias propuestas:

1. Mejorar los métodos de screening y diagnóstico precoz en los servicios de atención primaria y de urgencia de los trastornos de salud mental en el paciente mayor, así como programas de detección y abordaje del maltrato o abuso en las personas mayores que pueden conllevar mayor presencia de algún trastorno psicológico.
2. Facilitar la accesibilidad de las personas mayores con trastornos mentales, sin límite de edad, desde los servicios de urgencia, atención primaria y servicios sociales, a los dispositivos especializados (unidad de salud mental, centros de rehabilitación psicosocial, hospitalización, centros de día).
3. Integrar la asistencia psicogerítrica en los planes de atención de las Unidades de Salud Mental, nombrando un responsable de la misma y fomentando la participación de los diferentes profesionales de la Unidad.
4. Crear dispositivos de atención domiciliaria desde las Unidades de Salud Mental para evitar que los problemas de movilidad o impedimento físico sean motivo de exclusión. Estos dispositivos facilitarán también la atención a pacientes en residencias de mayores, mediante un programa de psiquiatría de enlace para la atención a los residentes que lo precisen, favoreciendo que los casos de menor nivel de complejidad puedan ser atendidos por el personal sanitario de la propia residencia.
5. Implementar la formación en psicogeriatría del personal de salud mental, así como de la investigación en esta área.

6. Establecer una ratio adecuada de plazas residenciales y en centros sociosanitarios, que mejore la atención integral al paciente y permita la existencia de recursos de respiro a los cuidadores.
7. Fomentar la elaboración de programas desde los centros sociales de atención a los mayores, para mejorar los niveles de educación y conciencia de los problemas de salud mental en este grupo de población.
8. Facilitar la participación de las asociaciones de familiares y enfermos mentales en la elaboración de programas de atención psicogerítrica.

## **2.8. Salud Mental infanto-juvenil.**

La salud mental infanto-juvenil debe ser abordada desde unos presupuestos básicos de especificidad respecto a la salud mental de la población adulta. En efecto, se trata de un periodo en que las capacidades del menor, se van desplegando evolutivamente y formándose en interacción con su ambiente y contexto. Dada esta situación formativa concurre una especial vulnerabilidad junto a una especial plasticidad.

Múltiples factores inciden sobre dicha vulnerabilidad, sean factores biológicos, psicológicos y/o sociales, y modelan, junto a las características del menor, la expresión concreta del trastorno en un contexto y momento dado. Complementariamente, la especial plasticidad impone abordajes marcados por su carácter decididamente preventivo, con actuaciones coordinadas en los diferentes entornos naturales del menor o adolescente, sean familiares, escolares y/o sociales.

Como resultado, el enfermar en estas etapas es un proceso complejo, permeable incluso al contexto social, y que debe ser abordado igualmente de forma compleja y multifactorial, con recursos específicos e intervenciones multimodales, implicando actuaciones coordinadas con familia y otras instancias de atención a la población infanto-juvenil.

### **Prevalencia**

En los estudios epidemiológicos en niños y adolescentes la heterogeneidad de la metodología y la variabilidad de los datos son la norma. La comorbilidad de los diagnósticos es muy frecuente y se incrementa con la edad de las muestras. Los estudios por debajo de los 6 años son raros excepto en el campo de los Trastornos del Espectro Autista.

Los estudios internacionales de tipo comunitario estiman una prevalencia para los trastornos mentales entre el 10 y el 20% de la población de edad infanto-juvenil. Entre un 4 y 6% padecería un trastorno mental grave -WHO, 2005 (91); AEN, 2008 (92); MSSSI, 2009 (93)-. En nuestro país se considera que las cifras de prevalencia son similares (AEN, MSSSI 2009), estimándose además que la mitad de los casos de trastorno mental crónico en el adulto comenzaron alrededor de los 14 años de edad (Kessler y cols, 1995, citado en AEN).

Uno de cada tres niños y adolescentes cumplen criterios para un diagnóstico DSM IV o CIE10, y uno de cada diez con suficiente gravedad y repercusión en su vida para requerir tratamiento. A nivel internacional los trastornos más prevalentes son los de ansiedad (8%, más en chicas), trastorno por déficit de atención -TDHA- (3-4%, más en chicos), trastornos de conducta (6%, también más en chicos, incluyendo el trastorno



oposicionista desafiante –TOD- y el disocial), depresión mayor (4%, más en chicas y por encima de los 11 años). Menos prevalentes son el trastorno bipolar (0,4-0,9%), trastornos psicóticos (0,5%), trastornos del espectro autista –TEA- (0,5%). El uso de drogas es también un problema prevalente que se incrementa con la edad, a partir de los 12-13 años hasta cifras del 7% a los 16 años. Además se da una pauta de incremento de frecuencia, tanto de los trastornos de conducta como de los emocionales según la edad de la población.

La Encuesta Nacional de Salud (ENSE, 2011-2012) (94) constituye en nuestro país una aproximación razonable al problema de la prevalencia de los trastornos mentales en la población infanto-juvenil entre 0 y 14 años para un periodo de ocurrencia de los últimos 12 meses. Recoge solamente dos grandes agrupaciones diagnósticas: trastornos de la conducta (incluyendo la hiperactividad) y trastornos mentales (ansiedad, depresión, otros). Según esta encuesta los trastornos mentales están entre los seis problemas o enfermedades crónicas y diagnosticados por un médico para dicha población, después de la alergia crónica, el asma, y -en el caso de Cantabria- la epilepsia. En Cantabria los trastornos de la conducta (incluyendo hiperactividad) muestran una prevalencia de 2,5% para población de 0 a 14 años (frente a un 2,2% para la muestra nacional) y de 0,7% para los trastornos mentales (ansiedad, depresión), frente a un 1% en la población nacional. El uso de drogas es también un problema relevante que se incrementa a partir de los 12-13 años alcanzando una prevalencia del 7% a los 16 años.

En esta población infanto-juvenil, se observa una pauta de incremento de la frecuencia, tanto de los trastornos de conducta como de las emociones, en función de la edad. La citada [Encuesta Nacional de Salud muestra que, para ambos sexos, el porcentaje de trastornos de conducta \(incluyendo hiperactividad\) aumenta desde 0,5% entre 0 y 4 años, a 2,7% entre 5 y 9 años, y hasta 3,4% entre 10 y 14 años. Una pauta similar se observa respecto a los trastornos mentales \(ansiedad, depresión\), con un 0,4% entre 0 y 4 años, 0,8% entre 5 y 9 años, y 2,6% para edades entre 10 y 14 años. Esta pauta es más acusada en los varones.](#)

Estudios recientes en España indican que un 4% de las mujeres adolescentes entre 12 y 18 años sufre algún tipo de trastorno alimentario, como la anorexia y la bulimia, y que el 20% de los jóvenes se encuentra en riesgo de padecerla (PENIA-II) (95).

[En cuanto a los trastornos y problemas relacionados con sustancias, contamos con dos encuestas promovidas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las comunidades autónomas: La Encuesta sobre Drogas en la Población Escolar, que trata de medir situación actual y tendencias de consumo de drogas en estudiantes de educación secundaria obligatoria, Bachillerato y Ciclos Formativos de Grado Medio -12 a 18 años-, \(ESTUDES\), y la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas \(EDADES\), con una muestra de edades de 15 a 65 años.](#)

La Encuesta ESTUDES-2008 concluye que el alcohol y el tabaco siguen siendo las sustancias más consumidas por los y las estudiantes de Cantabria, seguidas del cánnabis. El consumo del resto de las sustancias analizadas (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, inhalables volátiles, heroína, etc.) es mucho más minoritario, no superando el 4% el consumo más habitual. El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida alguna vez en la vida (84,5%), últimos 12 meses (76,2%) y últimos 30 días (66,2%). En el análisis por edad se establecen diferencias en el consumo, observándose un aumento del consumo con la edad y alcanzándose el máximo nivel a los 18 años, patrón ya encontrado en las encuestas anteriores. El mayor incremento en el consumo se da en el paso de los 14 a los 15 años. [La edad media de inicio al consumo de bebidas alcohólicas se sitúa en los 13,7 años para el](#)

consumo por primera vez (similar a los datos nacionales) y en los 14,6 años para el comienzo del consumo semanal. La edad de inicio de los hombres es ligeramente menor que la de las mujeres, tanto del primer consumo (13,6 y 13,8 años, respectivamente), como para el inicio del consumo diario (14,5 años para ellas frente a 14,7 años para ellos).

Entre las drogas ilegales, el cánnabis presenta las prevalencias más elevadas en todas las frecuencias de consumo estudiadas: alguna vez en la vida (38,3%), último año (34,7%) y últimos 30 días (24,9%). La cocaína ocupa la segunda posición, con un 6,2% de estudiantes que la ha probado y un 4% que mantiene el consumo en los últimos 12 meses. El resto de las sustancias ilegales están poco extendidas entre la población de estudiantes.

### **Morbilidad percibida.**

La Encuesta Nacional de Salud 2011-1012 en población de 4 a 14 años, a través de preguntas a sus padres o tutores, advierte la presencia de los siguientes síntomas durante los últimos 6 meses, puntuándose de 0 (mejor salud mental) a 10 (peor salud mental) y arrojando las siguientes medias: síntomas emocionales (1,8 nacional y 0,9 en Cantabria), problemas de conducta (1,7 nacional y 0,8 Cantabria), hiperactividad (4,0 nacional y 3,1 Cantabria), y problemas con compañeros (1,1 nacional y 0,7 Cantabria).

### **Morbilidad atendida**

Entre los datos asistenciales de las unidades de salud mental infanto-juvenil recogidos en el primer capítulo (“Impacto de Salud de los problemas de salud mental”) se pueden reseñar los pacientes atendidos en el programa de Atención a Patología Grave y Trastornos del Espectro Autista (103 pacientes y 584 consultas) y en el programa de Atención a Adolescentes con Conductas de Riesgo de Consumo de Drogas (121 pacientes y 660 consultas) durante 2012 en la unidad de salud mental infanto-juvenil de Santander. Asimismo, la interconsulta de pacientes ingresados en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla” ha generado un total de 34 interconsultas a lo largo de 2012.

Las categorías diagnósticas más frecuentemente atendidas en Cantabria son los trastornos adaptativos (13%), los trastornos de ansiedad –incluidos la ansiedad de separación, fobias y pánico- (9,5%), los trastornos de conducta –incluyendo TDAH (5%) y los trastornos disociales (3,7%). El porcentaje de pacientes que no cumplen criterios diagnósticos para ningún trastorno es el 32,5%.

### **Impacto Social y Sanitario**

Dada la aparición de la patología en edades tempranas, el impacto cobra mayor trascendencia por su proyección en el desarrollo del niño o del adolescente, el número de áreas de funcionamiento personal a las que afecta, y por sus repercusiones en el ámbito familiar. En esta época tan importante de la vida se verán afectadas principalmente actividades como el aprendizaje y rendimiento escolar, manejo del estrés y otras demandas psicológicas. También se verán afectadas las relaciones interpersonales, especialmente las familiares, las relaciones entre iguales, y las relaciones con educadores, cuidadores y otros adultos de referencia.

Si nos centramos en los trastornos mentales más incapacitantes, como la discapacidad intelectual, los trastornos del espectro autista y cualquier otro trastorno mental grave, también se producirán limitaciones graves en la comunicación (receptiva, productiva), la capacidad de realizar demandas generales, tareas complejas y rutinas de autocuidado (higiene, vestido, desplazamientos por entornos complejos, capacidad de utilización de medios de transporte, cuidado de la propia

salud, etc.). Las limitaciones en dichas actividades comportarán restricciones en áreas tan determinantes para el desarrollo como la educación, aprendizaje y preparación para el empleo, así como en la participación en la vida social y comunitaria (participación en juegos, deportes, socialización informal con iguales, etc.).

Los factores ambientales, actuando bien como facilitadores o como barreras, tendrán su impacto en la aparición de mayor o menor discapacidad derivada, destacando el entorno de apoyo y relaciones del menor (familia, cuidadores, profesionales de la salud y de otros servicios educativos o sociales), las actitudes de la población hacia los problemas de salud mental, así como los servicios, sistemas y políticas sanitarias, educativas, sociales e incluso laborales, al tener esta última impacto en sus cuidadores adultos.

### **Factores de Riesgo Implicados**

Se han descrito factores de riesgo y factores de protección, en los ámbitos biológico, psicológico y social.

a) **Biológicos:** la predisposición genética, la exposición a tóxicos en embarazo, traumatismos, complicaciones intrauterinas y/o perinatales, infecciones, malnutrición y otras enfermedades. Entre los factores de protección se incluyen el desarrollo físico adecuado, buen estado general de salud y el adecuado desarrollo intelectual.

b) **Psicológicos:** Entre los factores de riesgo se incluyen la presencia de trastorno mental en progenitores, abuso, maltrato y/o negligencia infantil (físico, emocional, sexual, etc.), problemas de aprendizaje, rasgos de personalidad o temperamentales inadaptativos y elevado nivel de estrés. Entre los factores psicológicos de protección destacan la adecuada autoestima, las habilidades adecuadas para aprender de la experiencia, la asertividad, la capacidad de resolución de problemas y las habilidades de relación interpersonal.

c) **Sociales:** Se distinguen factores de tipo familiar, académico y comunitario.

Entre los factores de riesgo familiar se incluyen el bajo nivel socioeconómico, pautas alteradas de relación familiar, pautas inconsistentes de cuidado y crianza, conflictos maritales o familiares, pobre disciplina, déficits de habilidades de manejo y control, o pérdida de algún familiar. El vínculo de apego familiar, las habilidades parentales, el apoyo familiar, o las oportunidades de implicación y participación familiar funcionarían como factores familiares de protección.

Entre los factores escolares y académicos se consideran de riesgo el fracaso escolar, inadecuadas condiciones para promover el aprendizaje, inasistencia a la escuela, inadecuada provisión de servicios educativos y la incorrecta atención a la diversidad o diferencias individuales. Como factores de protección se consideran las oportunidades para la implicación en las actividades escolares, o la búsqueda y refuerzo del logro académico.

Entre los factores comunitarios, la pérdida de roles de apoyo en la comunidad o su desorganización, la presencia de discriminación y marginalidad, la exposición a la violencia y los cambios sociodemográficos intensos funcionan como factores de riesgo de mala salud mental infanto-juvenil. Los sentimientos de pertenencia a la comunidad, participación social gratificante, medio cultural no empobrecido, pautas constructivas de ocio o los modelos sociales positivos actúan como de factores de protección.

A la hora de atribuir un peso específico de cada uno de los factores enumerados, se considera que los factores de riesgo más consistentes son la presencia de problemas durante el embarazo y período perinatal asociados a patología de tipo conductual. Factores como bajo nivel socioeconómico, elevado estrés, conflicto marital, historia familiar de psicopatología, y relaciones disfuncionales padres-hijos aparecen de forma consistente asociadas a alteraciones sociales y académicas en la adolescencia y a la presencia de patología conductual y emocional. La evidencia de patología mental previa en la infancia es incuestionable para los trastornos más graves detectados en tanto en los primeros años, como los trastornos del espectro autista, como en adultos (trastornos afectivos, esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo).

La identificación y las intervenciones precoces con los niños y sus familias pueden reducir el impacto de los factores de riesgo y el impacto de la patología mental a lo largo de la vida (Essex MJ et al 2006) (96).

### **Prioridades y recomendaciones nacionales e internacionales**

Las recomendaciones y guías nacionales e internacionales en este contexto están recogidas, además de referencias científicas, en algunos documentos de consenso:

- CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH POLICIES AND PLANS. World Health Organization, 2005 (91).
- MHP: Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention A policy for Europe (97).
- AEN, 2008: Asociación Española de Neuropsiquiatría. INFORME SOBRE LA SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES. Abril 2008 (92).
- MSSSI 2009: Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011 (93).
- PACTO: Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar (98).
- LV: Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental (99).
- PENIA-II: II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013 (95).

La priorización de las necesidades en este ámbito ha de tener en cuenta tres dimensiones: la severidad de la patología, su impacto conductual y social, y el beneficio potencial de las intervenciones disponibles (Cawthorpe et al. 2007) (100).

El impacto de la patología en estas edades tiene además un efecto negativo añadido en relación con el inicio temprano. A este respecto, es reconocida en todos los ámbitos científicos la trascendental importancia de las actividades de promoción de la salud y prevención en el campo de la salud mental infanto-juvenil, tanto por su especial vulnerabilidad e impacto, como por su efectividad y especial proyección, habida cuenta que una gran proporción de trastornos mentales adultos se originaron en estas etapas -Tsuang et al., 1995 (101); (Kessler et al, 2005 (102); WHO, 2005 (91); AEN, 2008 (92)-.

En cuanto a la priorización, las recomendaciones internacionales aconsejan actuar en distintos niveles, siendo las intervenciones siguientes son las más adecuadas teniendo en cuenta nuestro nivel de recursos (Funk, 2005) (97):

- a) En el nivel comunitario-informal es necesario potenciar la promoción y la prevención de la salud mental en niños y familias.

- b) En el nivel primario de salud hay que potenciar las actividades de selección de posibles casos y la identificación temprana de los problemas de salud mental. A este nivel también se deben implementar estrategias sencillas de tipo conductual y de psicoeducación para padres. La potenciación de dispositivos de aconsejamiento (Pediatria de Atención Primaria), ya existentes, de máxima accesibilidad para niños y sobre todo adolescentes son también una prioridad en esta área.
- c) En el nivel secundario de Salud Mental Comunitaria es necesario potenciar los recursos para cubrir una demanda creciente, favoreciendo investigación y la formación y supervisión de los profesionales de primer nivel, así como la coordinación con los departamentos de Educación y Servicios Sociales.
- d) A nivel terciario se establecen acciones en tres direcciones. En primer lugar colaborando con la pediatría hospitalaria para el abordaje conjunto de pacientes que lo precisen, clarificando los canales de interconsulta y derivación bidireccional entre servicios. En segundo lugar, creando unidades especiales de Psiquiatría infantil de Hospitalización a tiempo parcial y completo. Finalmente, logrando la coordinación con las unidades de adolescentes, centros de menores o centros de ingreso crónico existentes en la CCAA.

Estas actuaciones en varios niveles comparten unas mismas líneas de actuación:

1. Tener en cuenta la etapa evolutiva en la que aparecen los trastornos, así como los contextos y condicionantes de dicho ciclo (WHO, 2005) (91).
2. Las actuaciones de promoción y prevención deben ser intersectoriales y abordarse de forma estable, sistemática, planificada y susceptible de evaluación dentro del sistema de salud, tanto de atención primaria y especializada como a nivel de Salud Pública, e interviniendo en los contextos clave del desarrollo infanto-juvenil (familiar, educativo, social). Un entorno privilegiado para ello es y debe seguir siendo el marco educativo, con el impulso de la integración de habilidades socio-emocionales en las actividades curriculares y extracurriculares y en los centros preescolares y escolares, tal y como se refleja en el Pacto Europeo (PACTO) (98).
3. De cara a la promoción de la salud y prevención en todos sus niveles, incluido el manejo de indicadores para detección precoz, se debe fomentar la información y formación entre profesionales de otros ámbitos sanitarios, educación, servicios sociales de atención primaria y especializada, ocio juvenil y otros sectores relevantes. Como lugar de confluencia privilegiado tanto de factores de riesgo como de protección se deben implementar actuaciones de apoyo a la paternidad positiva, con inicio desde el embarazo en aquellas habilidades que prevengan la aparición de problemas y trastornos de salud mental infanto-juvenil. Como complemento posterior de la familia, se debe igualmente impulsar la participación de los jóvenes en la educación, la cultura, el deporte y el empleo.
4. Las actividades de promoción de la salud han de implementarse en programas basados en la evidencia y dirigirse a aumentar la resiliencia y competencia de las personas en edades infanto-juveniles mediante la alfabetización emocional, la información y las habilidades en el funcionamiento psicosocial. Contenidos prioritarios serán la autoestima, asertividad, resolución de conflictos, aprendizaje emocional, tolerancia a la frustración, autoconocimiento y capacidad crítica, así como el fomento del apoyo, participación e integración social. Los contenidos y actividades de promoción de la salud mental y prevención deben incluirse en los programas de formación especializada de los profesionales de Salud Mental.

5. Las actuaciones dirigidas a la prevención de la enfermedad se deben planificar atendiendo a grupos específicos de población, en función de su exposición a determinados factores de riesgo y protección. En este sentido destacamos intervenciones prioritarias con hijos de progenitores con trastorno mental o adicciones e hijos víctimas de abusos, malos tratos o negligencia. Igualmente se debe atender a la etapa evolutiva en que diferentes trastornos suelen aparecer. Así, entre los 0 y 6 años, se actuará sobre los problemas de vínculo, y los trastornos del desarrollo; a partir de los 6 años, sobre las alteraciones del comportamiento, los trastornos por déficit de atención e impulsividad, la inadaptación escolar y los problemas emocionales (ansiedad y depresión); a partir de los 10 años, el abuso de sustancias; a partir de los 14 años, los trastornos disociales y los indicadores precursores de psicosis.
6. En cuanto a áreas prioritarias de la actuación preventiva frente a trastornos y problemas psicosociales son de especial relevancia en dichas edades el consumo de sustancias de abuso, trastornos de la conducta alimentaria, acoso, abuso y violencia en diferentes contextos (educativo y familiar especialmente), suicidio y depresión, aislamiento y dependencia, y prevención de la discriminación y exclusión social.
7. Se debe considerar el estigma y la exclusión social tanto como causa (factor de riesgo) como consecuencia de los trastornos mentales, implementando actuaciones que prevengan la estigmatización y exclusión social (medios de comunicación, escuela, normalización de servicios de salud mental a nivel comunitario).
8. Es preciso adecuar las demandas sociales y profesionales a los dispositivos de Salud Mental Infanto-Juvenil, con optimización de los recursos y con una planificación diferenciada respecto a los servicios de salud mental para adultos. Especialmente relevantes son las unidades de hospitalización infanto-juvenil, hospitales y centros de día, cuando se requiere una intensidad y encuadre terapéutico diferente al ambulatorio.
9. Se deber avanzar en la integración y/o coordinación de redes asistenciales, tales como la de atención temprana, drogodependencias, o salud mental de adultos, garantizando la continuidad de cuidados y la adecuada transición entre dispositivos en casos con patologías crónicas, comorbilidad y aquellas que requieren respuestas integradas y coordinadas (por ejemplo, trastornos disociales y trastornos por consumo de sustancias).
10. Hay que establecer canales y estructuras de coordinación con otras redes de atención psicosocial al menor, tales como el sistema educativo, los servicios sociales especializados y de atención primaria, o los recursos de justicia juvenil. Siendo las situaciones de negligencia, abuso, maltrato y abandono del menor factores de riesgo de primera magnitud, se deben establecer actuaciones conjuntas con los servicios sociales especializados de infancia mediante protocolos de actuación que incluyan elaboración de instrumentos de despistaje, actividades formativas, y canales adecuados de derivación y coordinación.
11. En cuanto a patologías graves con gran incapacidad derivada, han de desarrollarse recursos de acompañamiento familiar y dispositivos de atención domiciliaria.
12. Se advierte igualmente de la importancia de evitar la sobre medicación, y el mayor acceso a intervenciones psicológicas y sociales. Respecto a estas últimas se hace

necesario incrementar sus estándares de calidad tanto en el número de sesiones, como en su duración o periodicidad, y tanto en sus encuadres individuales, como grupales y familiares.

13. Los Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil deben participar en el desarrollo de mejora del abordaje del dolor crónico en población infanto-juvenil, en colaboración con otras especialidades.
14. Se debe implementar un adecuado sistema de registro sobre el estado de salud en la infancia y adolescencia, para avanzar de forma sistemática en el conocimiento de medidas de frecuencia, determinantes de los trastornos y el impacto de las actuaciones preventivas, terapéuticas, y rehabilitadoras, confeccionando un paquete básico de indicadores comunes que permita además el análisis comparado entre CCAA y a nivel internacional.
15. Hay que promover la investigación específica en el campo de la Salud Mental Infanto-Juvenil, desarrollando programas de investigación para determinados trastornos, habitualmente menos presentes en la investigación psiquiátrica en este grupo de edad, tales como los trastornos externalizantes (trastornos por déficit de atención, hiperactividad, trastorno disocial, negativista desafiante, etc.) en sus aspectos diagnósticos, determinantes etiopatogénicos y tipos de intervención terapéutica.

### **Recomendaciones para Cantabria.**

Las recomendaciones para nuestra comunidad autónoma parten de un análisis de la situación actual en este ámbito destacando una serie de carencias:

1. Inexistencia de adecuados sistemas de evaluación y registro para el conocimiento sistematizado de los problemas de salud mental infanto-juveniles en Cantabria, homologables con resto de Comunidades Autónomas y estándares internacionales, tanto en sus aspectos epidemiológicos como de indicadores de atención.
2. Desarrollo claramente incompleto de la red de recursos de atención a los problemas de salud mental de la población infanto-juvenil, careciéndose tanto de unidad de ingreso hospitalario específica, como de recursos intermedios para tratamientos intensivos y/o de larga duración para niños y adolescentes.
3. Carencia de estructuras objetivas de coordinación interinstitucional con otras redes de atención a población infanto-juvenil, servicios sociales y educación.
4. Bajos estándares de calidad en la atención de problemas y trastornos de salud mental infanto-juvenil, con especial mención de la atención psicoterapéutica, en sus aspectos de frecuencia, duración y variedad de enfoques (individual, grupal, familiar).
5. Escasez de actuaciones formativas para los profesionales de la salud mental y de otros circuitos sanitarios y sociales, tanto en los aspectos técnicos específicos (prevención, detección, diagnóstico y tratamiento) como en la coordinación intra e interinstitucional.

Objetivos generales:

1. **Potenciar** la asistencia a los trastornos graves en salud mental infanto-juvenil.
2. Dotar a la Comunidad Autónoma de una red completa de recursos asistenciales específicos para este grupo de edad.
3. Mejorar la accesibilidad a los recursos asistenciales.
4. Mejorar la coordinación con los Servicios de atención primaria, especialmente con los equipos de Atención Temprana, mediante la creación de grupos de trabajo para formación y coordinación de intervenciones y supervisión de casos
5. Mejorar la Coordinación con los dispositivos dependientes de Servicios Sociales y de Educación, tanto públicos como privados.
6. Garantizar la continuidad de cuidados de los pacientes y sus familias.
7. Potenciar el carácter preventivo de las actuaciones.
8. Disponer de adecuados sistemas de evaluación y registro de la información epidemiológica y asistencial.

Objetivos específicos:

1. Implantar en Cantabria un sistema de evaluación y registro epidemiológico y de indicadores de atención a salud mental infanto-juvenil homologable con otros organismos autonómicos, nacionales e internacionales.
2. Completar el desarrollo de la red de recursos de atención a los problemas de salud mental de la población infanto-juvenil de Cantabria, mediante la creación y desarrollo de las siguientes actuaciones:
  - 2.1. Creación de una Unidad de Hospitalización a tiempo completo y una Unidad de Hospitalización a tiempo Parcial en el Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla".
  - 2.2. Creación de un Programa de Asistencia a Patología Grave con un equipo específico de asistencia en Salud Mental Infanto-Juvenil.
  - 2.3. Implantación de nueva Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil en la zona oriental de Cantabria.
  - 2.4. Desarrollo de recursos y abordajes especializados de problemas externalizantes en población infanto-juvenil (trastornos disociales, negativistas, rasgos patológicos de personalidad, etc.) en coordinación con otras redes de atención a población infanto-juvenil.
3. Promover actuaciones de promoción de la salud mental, prevención de problemas y trastornos de salud mental infanto-juvenil, favoreciendo la integración social y la erradicación del estigma. Para ello se llevarán a cabo las siguientes actuaciones:
  - 3.1. Desarrollo de actuaciones formativas para profesionales y agentes de otras redes de atención infanto-juvenil, tales como servicios sociales y educación, en cuanto a promoción de la salud mental.



- 3.2. Elaboración de instrumentos y procedimientos para la detección precoz y derivación de posibles casos y menores expuestos a importantes factores de riesgo, de forma coordinada con otras redes de atención a menores (servicios sociales, servicios educativos).
4. Mejorar los estándares de calidad de la atención psicoterapéutica, dentro de un enfoque multimodal, en sus aspectos de frecuencia, duración y tipos de intervención (individual, grupal, familiar).
5. Mejorar la coordinación con otras redes de atención a población infanto-juvenil, tales como Servicios Sanitarios, Servicios Sociales y Educación. Para ello se llevarán a cabo las siguientes actuaciones:
- 5.1. Creación de estructuras objetivas de coordinación con otros dispositivos sanitarios, Servicios Sociales y Educación.
- 5.2. Creación de protocolos de derivación dentro de la red sanitaria, (Atención Primaria, Atención Temprana y dispositivos de Salud Mental de Adultos) y no sanitaria (Servicios Sociales y Educativos), garantizándose la continuidad de cuidados y el abordaje integral de las patologías crónicas

## **2.9 Cronicidad y apoyo a la persona con discapacidad por enfermedad mental.**

La definición de trastorno mental grave (TMG) con mayor consenso internacional es la que en 1987 formuló el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH), que define a este colectivo como “un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”.

Se trata por tanto de un colectivo que precisa de un abordaje complejo y prolongado en el tiempo, que incluye aspectos tales como:

- Atención sanitaria directa con intervenciones biológicas, psicosociales y de rehabilitación.
- Intervenciones sobre el medio social y de apoyo a la familia.
- Atención interdisciplinar que incluya aspectos sociales, laborales, educativos, judiciales, etc.

A la hora de abordar los objetivos que proponemos como estratégicos en la atención a la Enfermedad Mental Crónica y Grave, debemos tener presentes aquellas recomendaciones, declaraciones y peticiones que las distintas autoridades científicas y representantes de los ciudadanos han venido emitiendo en los últimos años, que han sido fecundos en cuanto a la producción de estrategias para abordar el importante problema de la atención integral a las personas afectadas por estas patologías. Entre ellas, es obligado el referirnos a:

- Declaración Europea de Salud Mental de Helsinki en 2005.

- Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas 2005.
- Resolución de 6 de septiembre de 2006: “Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la U.E. en materia de salud mental.
- Pacto Europeo para la Salud y el Bienestar. Bruselas 2008
- Conclusiones del Consejo de la U.E. sobre el Pacto Europeo para la Salud y el Bienestar. 2011.
- Informe sobre la salud mental de la Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria del Parlamento Europeo. Inf. 2008/2029.

Centrándonos en el ámbito del Estado Español, es necesario hacer referencia a publicaciones promovidas desde el propio ámbito ministerial tales como:

- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009/2013, del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006/2008. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con trastornos mentales graves. Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad 2011

### **Propuesta de actuación para Cantabria**

Las conclusiones y recomendaciones aceptadas tanto a nivel nacional como internacional que aparecen en la anterior propuesta, admiten que los Trastornos Mentales Graves que se mantienen en el tiempo son la principal causa de carga de enfermedad, tanto en el plano asistencial como en el familiar y social. Son también la principal causa de discapacidad, dependencia y de exclusión social en los aspectos sociales, laborales o de equidad, y que suponen una importante causa de sufrimiento para las personas que los padecen y para sus familias.

Por ello, se hace necesario el afrontar estrategias y líneas de actuación que permitan atender de manera global y eficiente a las personas afectadas de T.M.G. a través de actuaciones dirigidas a asegurar la correcta atención sanitaria y a la coordinación real con los otros sectores conectados con la realidad asistencial y social de estas personas y sus familias, como prestadores de cuidados en su entorno.

Proponemos el desarrollo de actuaciones encaminadas a conseguir la mejora real de la situación expuesta, orientadas tanto a mejorar la atención sanitaria a la cronicidad de los Trastornos Mentales Graves, como al entorno de las personas afectadas:

1. Elaboración de un Plan Individualizado de Atención para cada persona afectada por T.M.G., desde la atención psiquiátrica que se despliegue hacia los otros niveles de atención, especialmente hacia los Servicios Sociales y la Atención Primaria.
2. Asegurar a aquellas personas que lo necesiten la rehabilitación psicosocial como prevención terciaria, tal como recoge la Cartera Común Básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud
3. Promover la creación de dispositivos especializados de atención en la comunidad y de atención en domicilio, que fomenten la plena integración y permanencia de la persona afectada de T.M.G. en el entorno donde reside, evitando en lo posible la separación de su entorno sociofamiliar.

4. Establecer un sistema de acceso a los diferentes dispositivos de atención que , en base a criterios profesionales , permita la incorporación rápida y eficaz a los mismos.
5. Creación de una Unidad de coordinación psiquiátrica con el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que ocupe el espacio de interacción entre ambos sistemas, y propicie la promoción de la autonomía personal y la prevención de la dependencia.
6. Elaboración de Programas en Salud Comunitaria dirigidos a la atención de la cronicidad en T.M.G., que incluyan el censo y monitorización de personas afectadas para asegurar la adherencia y evitar pérdidas, continuidad asistencial en este nivel y actividades de apoyo y formación a familias y cuidadores.
7. Avanzar hacia la definición e implantación del módulo de Historia Clínica Electrónica para salud mental, informatizada y accesible por los distintos niveles asistenciales, que sería de utilización por todos los niveles de atención y dispositivos implicados en el proceso.
8. Promover a través de programas multisectoriales, campañas de información, sensibilización y divulgación, la lucha contra la estigmatización de las personas afectadas de T.M.G., con especial incidencia en los ámbitos educativo, laboral y judicial.
9. Establecer e implantar vías de participación efectiva de las personas con trastorno mental, y de sus familias, cuidadores y representantes, para la planificación y evaluación de aquellos aspectos de la atención a la salud mental que sean procedentes.

## **2.10. Organización de los dispositivos de atención a la salud mental**

El Mapa Sanitario Autonómico de Cantabria está compuesto por 4 Áreas de Salud (AS) y 42 Zonas Básicas de Salud (ZBS). Las Áreas de Salud son: Santander con 20 ZBS, Laredo con 8 ZBS, Torrelavega con 12 ZBS y Reinosa con 2 ZBS. Los servicios asistenciales de Salud Mental en Cantabria se estructuran en los siguientes dispositivos (ver Tabla I):

- Unidades de Salud Mental (USM).
- Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil (USMIJ).
- Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA)
- Hospitalización Psiquiátrica de Corta Estancia
- Centro de Rehabilitación Psiquiátrica
- Hospitalización de Media y Larga Estancia

### **a) Unidades de Salud Mental**

Las Unidades de Salud Mental (USM) son los dispositivos básicos de la red de atención especializada de salud mental de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Ofrecen una atención de tipo ambulatoria a personas con enfermedad mental derivadas por los equipos de atención primaria o desde otros dispositivos de salud mental. También ofrecen atención a las urgencias psiquiátricas y a pacientes y grupos de crisis durante su horario de apertura. La Red de Salud Mental de Cantabria cuenta

con seis Unidades de Salud Mental que atienden a población adulta. El Área de Salud de Santander, la de mayor población, es atendida por cuatro USM: USM Antonio López, USM Pas-Miera, USM Puerto Chico y USM Vargas. El Área de Salud de Laredo tiene asignada la USM de Laredo. Por último, las Áreas de Salud de Torrelavega y Reinosa son cubiertas por la USM de Torrelavega.

b) Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil

Las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) son dispositivos que prestan una atención de tipo ambulatoria especializada a población menor de 18 años. Sus pacientes son remitidos desde Atención Primaria y pueden atender casos urgentes durante su horario de apertura. El personal de la USMIJ Santander realiza además labores de interconsulta en otros servicios de Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla” y la atención a las urgencias. Cantabria no dispone de camas de hospitalización a tiempo completo o parcial para este tipo de pacientes, por lo que cuando la hospitalización es necesaria se realiza en el Servicio de Pediatría o en camas de hospitalización de adultos del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla” o en otras Comunidades Autónomas.

Cantabria cuenta con 2 USMIJ que se ubican en Santander y Torrelavega. La USMIJ Santander presta cobertura a las Áreas de Salud Mental de Antonio López, Pas-Miera, Puerto Chico, Vargas y Laredo; mientras que la USMIJ Torrelavega tiene asignada la misma Área que la USM de adultos.

c) Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Las Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) son dispositivos especializados en trastornos relacionados con la alimentación para todos los grupos de edad. Ofrecen atención ambulatoria, atención a urgencias, interconsulta en el hospital y atención hospitalaria de día y completa. Existen 2 UTCA en Cantabria, una ubicada en Santander que atiende las Áreas de USM de Antonio López, Pas-Miera, Puerto Chico, Vargas y Laredo; y otra en Torrelavega que atiende el mismo Área que la USM. Precizando las funciones anteriormente señaladas, la UTCA de Santander realiza la hospitalización de los casos de TCA de toda Cantabria a tiempo completo.

d) Hospitalización Psiquiátrica de Corta Estancia.

En la ciudad de Santander se encuentra localizado el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla” que cuenta en la actualidad con disponer en el momento actual de 32 camas (4 destinadas a los TCAs). Proporciona cobertura para toda la población de Cantabria en:

- Urgencias psiquiátricas
- Hospitalización psiquiátrica con distintos niveles de intensidad de cuidados
- Interconsulta psiquiátrica en el HUMV

e) Centro de Rehabilitación Psiquiátrica.

El Centro de Rehabilitación Psiquiátrica (CRP) de Parayas ubicado en la localidad de Maliaño de Camargo presta atención a población adulta de toda la Comunidad de Cantabria con perfiles específicos de enfermedad crónica. El CRP de Parayas ofrece atención de hospitalización de día y completa, de media y larga estancia por tiempo indefinido, para adultos con enfermedad mental crónica y cuenta con una dotación de 100 camas. No se trata de un centro perteneciente al SCS sino que depende administrativamente de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria.

e) Hospitalización de Media y Larga Estancia.

La Comunidad de Cantabria completa sus recursos de salud mental con el concierto de 20 camas de atención hospitalaria de media y larga estancia (UHMyLE) con el Centro Hospitalario Padre Menni.

Tabla I. Oferta asistencial en salud mental en Cantabria

Área de Salud	Área de Salud Mental	Zona Básica de Salud	Dispositivos Red Salud Mental		
AS Santander	ASM Antonio López	Cazoña Centro El Alisal Montaña Puerto	USM Antonio López (López Albo III)	USMIJ Santander -0- UTCA Santander	Servicio Psiquiatría HUMV: UHP Santander Urgencias 24 h Hospitalización TCA
	ASM Pas-Miera	Bajo Pas Cudeyo Miera Pisueña I Pisueña II	USM Pas-Miera (López Albo II)		
	ASM Puerto Chico	Alto Pas Dávila Puerto Chico Sardinero	USM Puerto Chico		
	ASM Vargas	Astillero Bezana Camargo Costa Camargo Interior Maruca Vargas	USM Vargas (López Albo I)		
AS Laredo	ASM Laredo	Agüera Alto Asón Bajo Asón Colindres Gama Laredo Meruelo Santoña	USM Laredo	-0-	UHPMyLE Padre Menni
AS Torrelavega	ASM Torrelavega	Altamira Besaya Liébana Nansa Polanco Saja San Vicente Suances Torrelavega- Cartes Torrelavega- Dobra Torrelavega- Covadonga Torrelavega Zapatón	USM Torrelavega	USMIJ Torrelavega -0- UTCA Torrelavega	-0- CRP Parayas
AS Reinosa		Campoo Los Valles			

## Bibliografía

1. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*. 2005 Aug;15(4):357-76. PubMed PMID: 15961293.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
3. Vázquez-Barquero JL, Diez-Manrique JF, Pena C, Quintanal RG, Labrador López M. Twostagedesign in a communitysurvey. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1986 Jul;149:88-97. PubMed PMID: 3779318.
4. Vázquez-Barquero JL, Diez-Manrique JF, Pena C, Aldama J, Samaniego Rodríguez C, Menéndez Arango J, et al. A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychological medicine*. 1987 Feb;17(1):227-41. PubMed PMID: 3495013.
5. Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2001 Oct;179:308-16. PubMed PMID: 11581110.
6. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*. 2006 Apr 1;126(12):445-51. PubMed PMID: 16620730. [Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study].
7. Weller WE, Minkovitz CS, Anderson GF. Utilization of medical and health-related services among school-age children and adolescents with special health care needs (1994 National Health Interview Survey on Disability [NHIS-D] Baseline Data). *Pediatrics*. 2003 Sep;112(3 Pt 1):593-603. PubMed PMID: 12949290.
8. Juszczak L, Melinkovich P, Kaplan D. Use of health and mental health services by adolescents across multiple delivery sites. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2003 Jun;32(6 Suppl):108-18. PubMed PMID: 12782449.
9. Meltzer H, Gatward R, Goodman R, Ford T. Mental health of children and adolescents in Great Britain. *International review of psychiatry*. 2003 Feb-May;15(1-2):185-7. PubMed PMID: 12745331.
10. Andlin-Sobocki P, Rossler W. Cost of psychotic disorders in Europe. *European journal of neurology : the official journal of the European Federation of Neurological Societies*. 2005 Jun;12Suppl 1:74-7. PubMed PMID: 15877784.
11. Olesen J, Leonardi M. The burden of brain diseases in Europe. *European journal of neurology : the official journal of the European Federation of Neurological Societies*. 2003 Sep;10(5):471-7. PubMed PMID: 12940825.
12. World Health Organization. The World Health Report 2001.Mental Health.New understanding, new hope. Geneve: WHO; 2001.
13. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jonsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*. 2011 Sep;21(9):655-79. PubMed PMID: 21896369.
14. Hu TW. Perspectives: an international review of the national cost estimates of mental illness, 1990-2003. *The journal of mental health policy and economics*. 2006 Mar;9(1):3-13. PubMed PMID: 16733267.
15. Salvador-Carulla L. [Comment. The economics of mental health in Spain. An unsolved issue?]. *Gaceta sanitaria / SESPAS*. 2007 Jul-Aug;21(4):314-5. PubMed PMID: 17663874. Comentario. La economía de la salud mental en España. ¿Una asignatura pendiente?
16. Alonso J, Lepine JP, Committee ESMS. Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD).*The Journal of clinical psychiatry*. 2007;68Suppl 2:3-9. PubMed PMID: 17288501.

17. Das-Munshi J, Stewart R, Ismail K, Bebbington PE, Jenkins R, Prince MJ. Diabetes, common mental disorders, and disability: findings from the UK National Psychiatric Morbidity Survey. *Psychosomatic medicine*. 2007 Jul-Aug;69(6):543-50. PubMed PMID: 17636148.
18. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007 Sep 8;370 (9590):859-77. PubMed PMID: 17804063.
19. Levy BS, Sidel VW. Crisis económica y salud pública. *Medicina Social*. 2009;4 (2):92-8.
20. Declaración Europea de Salud Mental (Conferencia Ministerial de la OMS, Helsinki, 2005).
21. Libro Verde sobre Salud Mental (Unión Europea, 2005).
22. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2006).
23. Pacto Europeo sobre Salud Mental y Bienestar (Unión Europea, 2008).
24. Informe sobre la salud mental del Parlamento Europeo (18 de Enero de 2009; 2008/2209 (INI).
25. De Hert M, Schreurs V, Vancampfort D, Van Winkel R. Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. [World Psychiatry](#). 2009 Feb;8(1):15-22. Sáiz Ruiz et al. 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.
26. Bobes, Julio et al. Consenso Español de Salud Física del Paciente con Trastorno Bipolar. *RevPsiquiatr Salud Ment*. 2008;01:26-37.
27. Physical health in mental health. Royal College of Psychiatrists. London. Jané-Llopis, E. & Braddick, F. (Eds). (2008) *Mental Health in Youth and Education*. Consensus paper. Luxembourg: European Communities.
28. Max J. Birchwood, David Fowler, Chris Jackson. *Early Intervention in Psychosis: A Guide to Concepts, Evidence and Interventions*. Wiley. 2000. ISBN: 9780471978664.
29. *Psychosis with Coexisting Substance Misuse: Assessment and Management in Adults and Young People*. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Leicester (UK): British Psychological Society; 2011.
30. National Institute for Clinical Excellence (2002) *Clinical Guideline 1. Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care*. London: NICE.
31. Singh, S. P., Wright, C., Burns, T., et al (2003) Developing early intervention services in the NHS: a survey to guide workforce and training needs. *Psychiatric Bulletin*, 27, 254–258.
32. Singleton, N., Bumpstead, N., O'Brien, M., et al (2001) *Psychiatric Morbidity among Adults Living in Private Households, 2000*. London: Office for National Statistics.
33. Edwards J & McGorry PD: (2002). *Implementing early intervention in psychosis*. London: Martin Dunizt.
34. Pelayo-Terán, J.M., et al. 2008. Epidemiological factors associated with treated incidence of first-episode non-affective psychosis in Cantabria: insights from the Clinical Programme on Early Phases of Psychosis. *Early Interv Psychiatry* 2(3), 178-187.
35. Consenso de la SEP sobre patología dual. Sociedad Española de Psiquiatría, 2003.
36. Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E., & Fox, M. (2003). *Integrated Treatment for Dual Disorders: A Guide to Effective Practice*. New York: The Guilford Press.
37. Mueser, K.T., & Lewis, S. (2000). Treatment of substance misuse in schizophrenia. In P. Buckley & J. Waddington (Eds.), *Schizophrenia and Mood Disorders: The New Drug Therapies in Clinical Practice* (pp. 286-296). Oxford: Butterworth & Heinemann.
38. National Collaborating Centre for Mental Health. *Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care*. National Institute for Health and Clinical Excellence - Clinical Guidelines (UK). 2002. (NICE).

39. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, McGlashan TH, Miller AL, Perkins DO, Kreyenbuhl J; American Psychiatric Association; Steering Committee on Practice Guidelines. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *Am J Psychiatry*. 2004 Feb;161 (2 Suppl):1-56. (APA).
40. Canadian Psychiatric Association. Clinical practice guidelines. Treatment of schizophrenia (CPA). *Can J Psychiatry*. 2005 Nov;50(13 Suppl 1):7S-57S.
41. Psychosocial Interventions in the Management of Schizophrenia. SIGN Publication N°. 30. October 1998. (SIGN).
42. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines. Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005 Jan-Feb;39 (1-2):1-30.(RANZCP).
43. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia. Versión extensa. Barcelona, noviembre de 2003. (AETRM).
44. Ensink KT, Schuurman AG, et al. (2002). Is there an increased risk of dying after depression? *American Journal of Epidemiology*. 156:1043-8.
45. F. Angst, H.H. Stassen et al. (2002). Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34–38 years. *Journal of Affective Disorders*, 68: 167–181.
46. Harris E C, Barraclough B (1998). Excess mortality of mental disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 173: 11-53.
47. Mathers C, Stein C, et al. *Global Burden of Disease 2000: Version 2 methods and results*. Geneva: WHO, 2002.
48. Ministerio de sanidad, política social e igualdad (2011). Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud. 2009-2013.
49. Ploubidis, GB; Grundy, E. (2009) *Personality and all cause mortality: Evidence for indirect links*. *Personality and individual differences*, 47 (3). pp. 203-208
50. World Federation for Mental Health (2012). Depression: a global crisis.
51. Zheng, D; Macera, C.A. et al. (1997). Major depression and all-cause mortality among white adults in the United States. *Annals of Epidemiology*, 7: 213-218.
52. World Health Organization (2012). Public health action for the prevention of suicide. A framework.
53. Bertolote JM, Fleischmann A (2009). A global perspective on the magnitude of suicide mortality. En: D Wasserman and C Wasserman (eds.). *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: a global perspective*. Oxford: Oxford University Press. p.91-98.
54. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, et al (2009). Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 374: 881-892.
55. Appleby I (1992). Suicide in psychiatric patients: risk and prevention. *The British Journal of Psychiatry* 161: 749-758.
56. United Nations (1996). *Prevention of Suicide: Guidelines for the Formulation and Implementation of National Strategies*. New York: U.N. Department of Policy Coordination and Sustainable Development, ST/ESA/245.
57. World Health Organization (2008). MH GAP Mental Health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. ([http://www.who.int/mental\\_health/evidence/mhGAP](http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP)).
58. Coid J. Epidemiology, public health and the problem of personality disorder. *Br J Psychiatry Suppl* 2003 Feb;44:S3-10.
59. Aragonés, E., Salvador-Carulla, L., López-Muntaner, J., Ferrer, M., & Pinol, J.L. 2013. Registered prevalence of borderline personality disorder in primary care databases. *Gac.Sanit.*, 27, (2) 171-174.
60. Clarke, S., Thomas, P., & James, K. 2013. Cognitive analytic therapy for personality disorder: randomised controlled trial. *Br.J.Psychiatry*, 202, 129-134.



61. Livesley, W.J. 2012. Moving beyond specialized therapies for borderline personality disorder: the importance of integrated domain-focused treatment. *Psychodyn.Psychiatry*, 40, (1) 47-74.
62. Skodol, A.E. 2005. Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years 61.
63. Lana Moliner F, González Torres M, Mirapéix C. Niveles asistenciales y requisitos organizativos en el tratamiento de los trastornos de personalidad. *Revista electrónica psiquiatría.com* 200610,1 Marzo.
64. Bateman A, Fonagy P. Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *Am J Psychiatry* 2003 Feb;160(1):169-71.
65. Bateman AW, Fonagy P. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *Br J Psychiatry* 2000 Sep;177:138-43.
66. Clarkin JFP, Levy KNP, Lenzenweger MFP, Kernberg OFM. Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *American Journal of Psychiatry* 2007 Jun;164(6):922-8.
67. Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry* 2006 May;188:423-31.
68. Fonagy P, Bateman A. Progress in the treatment of borderline personality disorder. *Br J Psychiatry* 2006 Jan;188:1-3.
69. Giesen-Bloo JM, van Dyck RMP, Spinhoven PP, van Tilburg WMP, Dirksen CP, van Asselt TM, et al. Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Psychotherapy. [Article]. *Archives of General Psychiatry* 2006 Jun;63(6):649-58.
70. González Torres, M A; Mirapéix, C: Una experiencia de formación integradora. Psicoterapia multicomponente para los trastornos de la personalidad. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría.
71. Kate D, John N, Peter T, Andrew G. The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *Journal of Personality Disorders* 2006 Oct;20(5):450.
72. Livesley WJ. Progress in the treatment of borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 2005 Jul;50(8):433-4.
73. NIMH (E). Personality disorders: no longer a diagnostic of exclusion. <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/05/42/30/04054230.pdf.2003>. Ref Type: Serial (Book, Monograph)
74. Mirapéix C. El tratamiento psicoterapéutico. In: Vázquez-Barquero J, editor. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Grupo Aula Medica.; 2007.
75. Mirapéix C. Psicoterapia Cognitivo Analítica. In: Caro I, editor. *Psicoterapias Cognitivas*. Paidós; 2003.
76. Mirapéix C, Urízar-Aldaca M, Landín S, Nieto A. Tratamiento multicomponente, de orientación cognitivo analítica del TLP. *Revista electrónica: Psiquiatría.com* 200610-1. Marzo.
77. Mirapéix C. Tratamiento ambulatorio intensivo de los trastornos límite de la personalidad. V Congreso Nacional y VI Congreso Europeo de Trastornos de la Personalidad. 16-19 de Junio 2004. Zaragoza 2004. Ref Type: Abstract
78. Ryle A. The contribution of cognitive analytic therapy to the treatment of borderline personality disorder. *J Personal Disord* 2004 Mar;18(1):3-35.
79. Ryle A, Golyunkina K. Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: factors associated with outcome. *Br J Med Psychol* 2000 Jul;73 ( Pt 2):197-210.
80. Tyrer P, Bateman AW. Drug treatment for personality disorders. *Adv Psychiatr Treat* 2004 Sep 1;10(5):389-98.
81. Atlas de la Salud Mental en Cantabria. Gobierno de Cantabria . CONSEJERÍA DE SANIDAD. Depósito Legal: SA-280-2010. ISBN: 978-84-693-6768-1.

82. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD.
83. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
84. The health service use and cost of eating disorders; *Psychological Medicine*, 2005, 35, 1543–1551.
85. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders (Review . *Current Opinion in Psychiatry* 2006, 19:389–394.
86. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project; *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109 (Suppl. 420): 38–46.
87. Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
88. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Comité de consenso de Cataluña en terapéutica de los trastornos mentales. 4ª edición, 2012.
89. A new deal for depression and anxiety disorders. The depression report by London School of Economics, 2006.
90. [Juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/servicios/empleo/SaludMental\\_Empleo\\_GuiaProfesionalesSanitarios.pdf](http://Juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/servicios/empleo/SaludMental_Empleo_GuiaProfesionalesSanitarios.pdf).
91. WHO, 2005. Child and adolescent mental health policies and plans. World Health Organization, 2005.
92. AEN, 2008. Asociación Española de Neuropsiquiatría. INFORME SOBRE LA SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES. Abril 2008.
93. MSSSI. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011.
94. ENSE 2011-2012. Encuesta Nacional de Salud. 2011-2012. Disponible en <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
95. PENIA-II: II Plan Estretegico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016 (II Penia). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013.
96. Marilyn J. Essex, PhD; Helena C. Kraemer, PhD; Jeffrey M. Armstrong, MS; W. Thomas Boyce, MD; H. Hill Goldsmith, PhD; Marjorie H. Klein, PhD; Hermi Woodward, BS; David J. Kupfer, MD Exploring Risk Factors for the Emergence of Children's Mental Health Problems *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:1246-1256).
97. Michelle Funk. (MHP) Mental Health Policy and Service Guidance Package: Child and Adolescent: Mental Health Policies and Plans. ISBN 92 4 154657 3(NLM classification: WM 34). 2005.
98. PACTO. Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar. Disponible en: [http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/docs/mhpact\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_es.pdf).
99. LV, Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Disponible en: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf).
100. David Cawthorpe, PhD, T. Chris R. Wilkes, MB, Abdul Rahman, MB, Derryck H. Smith, MD, Barbara Conner-Spady, PhD, John J. McGurran, MSc, and Tom W. Noseworthy, MD. Priority-Setting for Children's Mental Health: Clinical Usefulness and Validity of the Priority Criteria Score. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 February; 16(1): 18–26). PMID: PMC2276170.).
101. Tsuang et al. (eds.) *Textbook of Psychiatric Epidemiology*. New York, Wiley, 1995.
102. Kessler, RC. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in The National Comorbidity Study Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 2005, 62, pp.593-602.
103. XXVII Jornadas de Coordinación de Defensores del Pueblo. Protección de las Personas con Enfermedad mental. Zaragoza 19 y 20 de Junio de 2012. Taller III.