



IV PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL DE LA RIOJA

2021-2025



La Rioja
larioja.org



Contenido

PRESENTACIÓN.....	4
OBJETIVOS GENERALES	12
Objetivos específicos.....	13
MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DE LA RED DE SALUD MENTAL DE LA RIOJA	14
MISIÓN	15
VISIÓN.....	15
VALORES.....	15
1.METODOLOGÍA.....	17
1.1.Procesos de elaboración del Plan.....	18
1.2.Miembros del grupo de trabajo técnico.....	21
2.MARCO NORMATIVO Y TÉCNICO	24
3.ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN	28
3.1.Evolución de la Salud Mental en La Rioja.....	29
3.2.Demografía	31
3.3.Estado de salud	41
3.4.Consumo de psicofármacos.....	63
3.5.Conducta suicida.....	68
3.6.Reingresos.....	77
4.OFERTA DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL.....	78
4.1.Dotación de la oferta de Atención - Dispositivos de Atención.....	79
4.2.Recursos del sistema riojano para la autonomía personal y la dependencia.....	93
4.3.Recursos materiales.....	96
4.4.Recursos Humanos.....	98
4.5.Flujo y derivaciones	105
5.LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE SALUD MENTAL EN LA RIOJA.....	106
LÍNEA 1.- Promoción de la Salud Mental.....	108
LÍNEA 2.- Prevención del Trastorno Mental	112
LÍNEA 3.- Asistencia a los Trastornos Mentales.....	115
3.1. Salud Mental en Atención Primaria	116
3.2. Asistencia al Trastorno Mental Grave y Persistente	120
3.3. Prevención de la Conducta Suicida.....	126
3.4. Asistencia a los trastornos relacionados con abuso de alcohol y conductas adictivas.....	130
3.5. Asistencia a la Salud Mental en la edad Infanto-Juvenil	133
3.6. Asistencia en la Salud Mental Geriátrica.....	139
LÍNEA 4.- Coordinación Interinstitucional y con Asociaciones de Pacientes y Familiares.....	142
LÍNEA 5.- Actuaciones frente a la discriminación y lucha contra el estigma social de las personas con problemas de salud mental..	146
LÍNEA 6.- Profesionales y Salud Mental, formación e investigación	151
LÍNEA 7.- Calidad y Evaluación en los Servicios de Salud Mental.....	157
6.CALIDAD, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	161
REFERENCIAS.....	163



Presentación

La **Salud Mental** abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar incluido en la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La Salud Mental está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos .

En los últimos años, existe un reconocimiento creciente del papel que desempeña la Salud Mental en la consecución de los objetivos de desarrollo mundial. Como muestra de ello, la Salud Mental ha sido incluida en los **Objetivos de Desarrollo Sostenible**², acordados estos 17 objetivos en 2015 por todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas como parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en la cual se establece un plan para alcanzar los Objetivos en 15 años.

La Organización Mundial de la Salud, indica que, en 2030, la salud mental será el primer problema de salud pública en el mundo³.

Según la Confederación Salud Mental España⁴, **algunas cifras a nivel mundial** indican que el 12,5% de todos los problemas de salud está representado por los trastornos mentales, una cifra mayor a la del cáncer y los problemas cardiovasculares. El 50% de los problemas de salud mental en adultos comienzan antes de los 14 años, y el 75% antes de los 18⁵. Entre el 35% y el 50% no reciben ningún tratamiento o no es el adecuado. 450 millones de personas en todo el mundo se ven afectadas por un problema de salud mental que dificulta gravemente su vida y cerca de 800.000 personas se suicidan cada año, siendo la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años.

Los trastornos mentales ya se encuentran entre las primeras causas de discapacidad asociada y de carga de enfermedad en el grupo de edad de 10 a 24 años⁶. En España, un estudio que analizó la carga de enfermedad expresada en Años de Vida Ajustados por Discapacidad en jóvenes (de 15 a 29 años) mostró que las principales causas de pérdida de salud fueron: la depresión, el abuso de alcohol, las migrañas, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, los accidentes de circulación y la adicción a drogas⁷. De hecho, el suicidio en adolescentes ya se encuentra entre una de las principales causas de muerte a nivel mundial⁸. En la esfera económica, los trastornos mentales suponen un enorme gasto a nivel mundial⁹, suponiendo en nuestro país un coste aproximado de 84.000 millones de euros anuales¹⁰.

La depresión es una de las principales causas de discapacidad. La muerte por suicidio representa el 8,5% de las muertes entre los adolescentes y adultos jóvenes (15-29 años) de todo el mundo, lo que la convierte en la segunda causa de muerte en esta franja de edad⁸. Las personas con afecciones mentales graves mueren prematuramente, hasta dos décadas antes, debido a afecciones físicas prevenibles.

En los últimos años, diversos estudios internacionales están poniendo de manifiesto la existencia de importantes desigualdades de género en el ámbito de la salud mental, siendo las mujeres diagnosticadas más frecuentemente de ciertos trastornos psicopatológicos^{11, 12}. Estas diferencias están marcadas por múltiples y muy diferentes factores e incluyen diferencias

relevantes en la prevalencia de trastornos como la depresión y la ansiedad, malestares psicosociales, trastornos límites de la personalidad y de trastornos de la alimentación, más frecuentes en mujeres que en hombres. En conducta suicida, en general, los varones adolescentes se suicidan tres veces más que las mujeres de su misma edad. Sin embargo, la tasa de intentos de suicidio es tres veces mayor en las mujeres. Estas diferencias se reflejan también en desigualdades de género en la medicalización. Según datos para la población española de 2017, las desigualdades de género en la salud mental tienden a aumentar entre la población de mayor edad, de menor clase social y de menor nivel educativo, lo que indica la existencia correlaciones entre diferentes ejes de desigualdad.

Por tanto, dada la magnitud de los trastornos de la Salud Mental, se requiere una mayor inversión en varios aspectos: concienciación y conocimiento de la salud mental, aumentando la comprensión y reduciendo el estigma; mejora del acceso a una atención de salud mental de calidad y tratamientos eficaces, efectivos y eficientes; líneas de trabajo que den respuesta a las desigualdades existentes entre la atención a la salud mental en hombres y mujeres, investigación para identificar nuevos tratamientos y mejorar los tratamientos existentes para todos los trastornos mentales y programas preventivos desde edades tempranas relacionados con educación y bienestar emocional.

En la actualidad, muy condicionada por la **pandemia por Covid-19**, se ha registrado un incremento alarmante de trastornos depresivos, de ansiedad, alimentarios, del sueño, fobias, etc., así como de casos de suicidio. Por este motivo, el desarrollo de políticas públicas eficientes con relación a la salud mental debe ser prioritario.

La **pandemia causada por el COVID-19** ha interrumpido o detenido los servicios críticos de salud mental en el 93% de los países de todo el mundo, mientras que la demanda de salud mental está aumentando, según una encuesta desarrollada por la OMS¹³. La encuesta, realizada en 130 países entre junio y agosto de 2020, proporciona los primeros datos globales que muestran el **impacto de la pandemia en el acceso a los servicios de salud mental y subraya la necesidad urgente de una mayor financiación**. El duelo, el aislamiento, la pérdida de ingresos y el miedo, entre otros, están desencadenando problemas de salud mental o agravando los existentes. Muchas personas pueden estar experimentando mayores niveles de consumo de alcohol y drogas, insomnio y ansiedad. Además, el propio COVID-19 puede provocar complicaciones neurológicas y mentales, como delirio, agitación y accidente cerebrovascular. Las personas con trastornos mentales, neurológicos o por uso de sustancias preexistentes también son más vulnerables a la infección por SARS-CoV-2, ya que pueden tener un mayor riesgo de sufrir resultados graves e incluso de morir. En España, según datos facilitados por CIBERSAM, el 65% de la población española ha manifestado síntomas de ansiedad y depresión desde el comienzo de la pandemia¹⁴.

Según la organización Mental Health Europe¹⁵, la pandemia de COVID-19 ha afectado a nuestras vidas, tanto la salud, como la riqueza y el bienestar y apenas se ha comenzado a sentir los efectos psicológicos y sociales de esto. Sin embargo, el estado de la salud mental en Europa era motivo de grave preocupación ya antes de la pandemia. Según el informe *Health at a Glance: Europe 2018*, **una de cada seis personas en los países de la UE** (unos 84 millones de personas) tuvo un problema de salud mental en 2016. Los estudios y encuestas^{13, 15} más

recientes indican claramente que la pandemia ha tenido un impacto generalizado sobre la salud mental y el bienestar de la población en general, siendo algunos grupos específicos los más afectados. Las consecuencias incluyen sentimientos de miedo, ansiedad, estrés y depresión. Las tasas de autolesiones, abuso de sustancias y suicidios han aumentado, así como los abusos y la violencia en los hogares.

Tras el estallido de la pandemia COVID-19, el acceso a los servicios de salud mental se vio gravemente interrumpido. Durante la **primera ola en Europa**, el 93% de los países encuestados por la OMS sufrieron parálisis en uno o más servicios para personas con problemas mentales, neurológicos y de abuso de sustancias. Casi el 40% de los países europeos participantes informaron de un empeoramiento en la prestación de servicios de salud mental. Entre los grupos más afectados hay personas con problemas de salud mental preexistentes y con discapacidades psicosociales. Una consecuencia de la pandemia ha sido una reducción sustancial en el acceso y la disponibilidad de servicios basados en instalaciones y apoyo basado en la comunidad. Las citas presenciales tuvieron que cancelarse por completo, o suspenderse parcialmente, y la prestación se trasladó rápidamente en línea (incluidas las teleconsultas y las líneas directas). Como consecuencia del acceso restringido al apoyo normal, las condiciones preexistentes a menudo empeoraron.

La Organización Mundial de la Salud, con motivo del Día Mundial de la Salud Mental 2020¹⁶ (10 de octubre), solicitó a la población que requiriese a los distintos países una mayor inversión para solucionar los problemas de salud mental, un tema que la mayoría de los países, el 89%, integra la salud mental en sus planes nacionales de respuesta a la COVID-19.

En **España, cifras** de la Confederación Salud Mental España⁴ indican que el 6,7% de la población nacional está afectada por ansiedad y en torno a la misma cifra de personas con depresión. En ambas, es más del doble en mujeres (9,2%) que en hombres (4%). Entre el 2,5% y el 3% de la población adulta tiene un trastorno mental grave. Esto supone más de un millón de personas. Según el barómetro juvenil de salud y bienestar del país, 7,3 millones, casi la mitad de los jóvenes españoles de entre 15 y 29 años (48,9%) considera que ha tenido algún problema de salud mental. El 88% de las labores de atención y apoyo las realizan personas cuidadoras informales (familia, amigos/as, etc.) Además, parece que más de la mitad de las personas con trastorno mental que necesitan tratamiento no lo reciben, y un porcentaje significativo no recibe el adecuado. Y, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) de 2019, 8 de cada 10 personas con problemas de salud mental no tienen empleo (83,1%).

El cuidado de la salud mental de los propios profesionales sanitarios en general y en particular de aquellos que trabajan en el ámbito de la salud mental es claramente una necesidad que se ha hecho especialmente patente ante situaciones excepcionales como la vivida con la pandemia por COVID-19.

Varias publicaciones recientes han evidenciado la importancia del autocuidado de los profesionales sanitarios y el desgaste y el agotamiento que esta situación ha generado, prolongándose en el tiempo y aumentando la carga laboral de los trabajadores de la salud, lo que ha provocado un impacto en la salud mental y en la vida personal de los profesionales de salud; incluyendo ámbitos laboral, social y mental¹⁷.

De los efectos analizados en profesionales sanitarios por varios estudios recientes se concluye que la pandemia ha traído consigo un gran desafío para el personal de salud, principalmente para el personal de enfermería de primera línea, ya que el trabajar en un entorno aislado con una alta carga de trabajo, sumado a la falta de experiencia en relación a cómo enfrentar emergencias de salud pública, aumentan el riesgo para la salud mental. Estos estudios valoran la estabilidad de la salud mental en los profesionales como algo esencial y fundamental para ofrecer una atención de calidad a los pacientes, siendo así el autoajuste psicológico una de las habilidades fundamentales para mejorar su autoeficacia¹⁸.

Como ejemplo, el I Foro Latinoamericano de Salud Mental en la Pandemia, celebrado en diciembre de 2020, concluyó que se ha producido un aumento de los síntomas de estrés, ansiedad y depresión en la población general, y específicamente en niños, mujeres embarazadas y durante el puerperio, entre los profesionales de la salud y la población inmigrante. Se puso de manifiesto la necesidad de tomar medidas de salud pública para reducir los impactos negativos de la pandemia en salud mental¹⁹.

Desde el Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR), el Servicio Riojano de Salud y la Universidad de **La Rioja**, entre otros centros, se realizó un estudio²⁰ observacional y descriptivo transversal. 605 miembros del personal de enfermería del Servicio Riojano de Salud respondieron un cuestionario entre junio y agosto de 2020. El 91,9% eran mujeres, el 63,14% eran enfermeras y el 36,28% eran auxiliares de enfermería. Se identificaron factores de riesgo para los profesionales de la salud mental en más del 90% de las enfermeras, afectando su estado psicológico con sentimientos de agotamiento, sobrecarga emocional y menor uso de estrategias de afrontamiento entre las mujeres. Los profesionales más jóvenes con menos experiencia tuvieron mayores niveles de estrés en comparación con aquellos con más de cinco años de experiencia, que mostraron una reducción progresiva en el impacto de los factores estresantes. Los profesionales con familiares dependientes presentaron mayores niveles de sobrecarga emocional y problemas de afrontamiento.

Este estudio ha demostrado que la pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto psicológico significativo en los profesionales de la salud, tanto en términos de estrés, bienestar emocional y el uso de estrategias de afrontamiento. En este contexto, las profesionales de la salud con dependientes, un contrato temporal y menos experiencia laboral se vieron más afectadas psicológicamente que otras.

En cuanto al análisis de los componentes organizacionales a nivel de recursos humanos, materiales y de coordinación, la percepción de la muestra en un alto porcentaje refiere durante la pandemia de un trabajo coordinado, con la disponibilidad de recursos materiales y personal adecuados según las necesidades. Estos elementos pueden entenderse como factores protectores frente a los riesgos psicológicos de los profesionales. La preocupación de los gestores de los sistemas de salud por mantener la integridad psicofísica de los profesionales de la salud durante la pandemia se refleja como factor protector en diferentes estudios²¹.

La nueva **Estrategia Nacional de Salud Mental**²², aprobada el 2 diciembre de 2021 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud con el voto favorable de todas las comunidades autónomas, se ha desarrollado de la mano de sociedades científicas, comunidades

autónomas, familiares y pacientes. El plan tendrá vigencia de 2022 a 2026, contará con un presupuesto de 100 millones de euros para este periodo y pondrá en marcha un teléfono de atención al suicidio activo 24 horas al día.

Entre sus novedades se ha avanzado la constitución de un grupo de trabajo con UNICEF con el objetivo de abordar, de forma específica e integral, la línea estratégica de salud mental infantil.

Además, la prevención y el abordaje de la conducta suicida continuarán siendo una línea específica dentro de la estrategia. En particular también abordará la asistencia al personal sanitario como un colectivo sensible dada su respuesta a la pandemia desde primera línea.

Todas Comunidades Autónomas disponían de planes de salud mental vigentes en 2020. Tres de ellas, Castilla y León, Cataluña y País Vasco tienen planes vigentes en sus redes de salud mental provinciales.

El Servicio Riojano de Salud ha venido desarrollando su **III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja para el periodo 2016-2020**²³. En consecuencia, el marco temporal para el que fue concebido ya ha finalizado. Además, por motivos obvios, no contemplaba los efectos sobre la salud mental derivados de la pandemia por coronavirus.

El III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja²³ fue elaborado por un **grupo de trabajo multidisciplinar**, integrado por profesionales sanitarios del ámbito de la Salud Mental del Servicio Riojano de Salud, Servicios Sociales y Asociaciones que atienden a pacientes y familiares de pacientes con trastornos de salud mental en la región. Además de un análisis de situación y de los recursos para la Atención a la Salud Mental existentes en la Comunidad, se definieron un total de 7 líneas estratégicas y un sistema de Calidad, Evaluación y Seguimiento del Plan Estratégico.

Para cada una de las Líneas Estratégicas se definió el objetivo general y los objetivos específicos, recomendaciones e indicadores.

La Misión del Servicio Riojano de Salud (SERIS) es dar respuesta a las necesidades de salud de la ciudadanía en todos los ámbitos de actuación: promoción, prevención, asistencia, cuidado, rehabilitación y mejora de la salud a las personas aplicando criterios de accesibilidad, equidad, seguridad, eficacia y sostenibilidad.

Para desarrollar dicha Misión el SERIS desarrolla e implanta diferentes Planes y Estrategias de Salud. El nuevo Plan Estratégico de Salud Mental deberá estar especialmente coordinado y alineado con los diferentes planes y estrategias vigentes y en desarrollo. En concreto, en el III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja²³ se priorizan las siguientes líneas en el ámbito de la Salud Mental:

1. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos de salud mental.
2. Salud mental en Atención Primaria.
3. Atención al Trastorno Mental Grave y Persistente.
4. Prevención de la conducta suicida.
5. Atención a los trastornos relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias ilegales.

6. La atención a la salud mental en la edad infanto-juvenil.
7. La atención a la salud mental en la edad geriátrica.
8. Coordinación con instituciones y asociaciones de pacientes y sus familiares.
9. Actuaciones frente a la discriminación social y del estigma de las personas que padecen un Trastorno Mental.
10. Formación a profesionales e investigación.
11. Calidad y Evaluación de los servicios de salud mental.

El Servicio Riojano de Salud es un bien social a preservar y mejorar, y precisamente la cualidad que más lo legitima es que continúe siendo sostenible, ya que de ello depende que pueda continuar siendo universal y accesible para todos los riojanos. Por tanto, el Servicio Riojano de Salud apuesta por el **desarrollo de una actuación estratégica en Salud Mental de carácter innovador**, como un modo de impactar positivamente en su sostenibilidad.

Conclusiones y consideraciones:

- 1.** La atención en la Salud Mental en La Rioja se encuentra ya integrada en la atención sanitaria como cualquier otro proceso de enfermedad. Lo mismo ocurre con la asistencia a las adicciones, la cual, en su segundo nivel de atención, se integra en la Red de Salud Mental.
- 2.** La Atención Primaria de Salud debe tomar mayor protagonismo tanto en la detección y derivación precoz de los procesos que precisen atención especializada como en el abordaje terapéutico de las patologías que puedan atenderse en su nivel, incluyéndose las conductas y trastornos adictivos.
- 3.** Es preciso continuar avanzando en la implantación y desarrollo de actuaciones que promuevan la Salud Mental de la población e intervenciones de prevención en grupos de riesgo, especialmente adaptadas al actual contexto post pandemia COVID 19 y con acciones particulares dirigidas a profesionales sanitarios.
- 4.** Reconocimiento del esfuerzo realizado por las familias para mantener a los pacientes con trastorno mental grave en la Comunidad.
- 5.** Necesidad de coordinar los distintos dispositivos para definir los límites de las actuaciones, en aras a lograr la continuidad de cuidados.
- 6.** La presión de la demanda ejercida por los trastornos mentales comunes y el insuficiente número de especialistas repercuten negativamente en la atención ambulatoria prestada a los trastornos graves y una presión adicional para la Atención Primaria. Se planifica un refuerzo y creación de nuevos dispositivos y unidades y de los recursos humanos, así como el reconocimiento de plazas y progresiva incorporación de enfermera especialista en Enfermería de Salud Mental en dispositivos clave y la protocolización de acciones con Atención Primaria.
- 7.** En esta línea, se reforzarán especialmente la atención a la salud mental de niños y adolescentes, de la psicogeriatría y las figuras de coordinación, incluyendo una figura de coordinación en el ámbito de la Salud Mental y una estructura técnica y de gestión dependiente y adscrita a la Dirección de Asistencia Sanitaria del Servicio Riojano de Salud.
- 8.** Se debe continuar avanzando en optimizar la atención a pacientes con trastornos adictivos a través del diseño y puesta en marcha de protocolos para el diagnóstico y tratamiento de la patología dual, la prescripción y dispensación de sustitutivos opiáceos, así como de derivación para

ingreso en centros de carácter residencial para el tratamiento de la deshabitación por consumo de alcohol y otras drogas. Del mismo modo, el tratamiento de menores con problemas de abuso y dependencia de drogas requiere abordaje específico.

9. Debe continuar incrementándose las intervenciones psicoterapéuticas específicas y avanzar en el uso racional de prescripciones farmacológicas.

10. Optimizar la utilización de herramientas informáticas para la gestión, planificación e investigación que deben actualizarse y avanzar en la integración con el resto de los sistemas que en este campo dispone el Sistema Riojano de Salud. En particular se optimizará su utilización para el seguimiento de los objetivos y acciones del presente Plan

11. La planificación asistencial debe tener en cuenta que es en la fase prodrómica o incluso antes de que empiece esta donde se tienen las mejores opciones de intervención y el mayor impacto sanitario público (índices de prevalencia y mortalidad).

12. Se profundizará en la prestación de una atención integral potenciando las acciones de coordinación y complementariedad entre el sistema sanitario de servicios de salud mental y el sistema de servicios sociales, especialmente del sistema de atención a las personas con discapacidad y dependencia y asistencia a menores. Igualmente se potenciará las relaciones interinstitucionales con el sector educativo, judicial y el movimiento asociativo en el ámbito de las personas con problemas de Salud Mental en La Rioja. Se debe avanzar especialmente en el desarrollo de servicios residenciales y en la promoción de la atención comunitaria y en el domicilio.



Objetivos generales

Objetivos generales

- Promocionar la salud mental y el bienestar emocional en la población general y en grupos específicos de edad.
- Prevenir la enfermedad y los problemas de salud mental, drogodependencias y conductas adictivas en la comunidad.
- Promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos e instituciones involucradas en la mejora de la salud mental.
- Diagnosticar, tratar y rehabilitar a las personas con problemas de salud mental.
- Mejorar el funcionamiento personal y social y la calidad de vida de las personas que sufren un Trastorno Mental Grave (TMG), así como apoyar su integración promoviendo que el paciente pueda definir sus propios objetivos y encuentre en los profesionales ayuda para desarrollarlos.
- Prevenir la conducta suicida, disminuir la tasa de suicidios consumados y de tentativas de suicidios en La Rioja y luchar contra el estigma asociado.
- Favorecer la coordinación directa y frecuente entre profesionales de los equipos de Atención Primaria y de salud mental de cada zona de salud para mejorar la calidad, la eficacia de las intervenciones y las derivaciones, generando sinergias que potencien los efectos terapéuticos.
- Mejorar el conocimiento sobre la salud mental y sus trastornos de la sociedad en su conjunto, modificando actitudes e implementando políticas y actuaciones que disminuyan la discriminación asociada al estigma.
- Orientar la atención a la salud mental desde un enfoque centrado en la persona, donde el protagonista del proceso de prevención, mantenimiento y recuperación de la salud mental es el individuo. La persona es concebida como un agente activo en el mantenimiento y la recuperación de su salud mental, y no como un agente pasivo que recibe tratamientos en salud mental.

Objetivos específicos

- Realizar un abordaje integral que proporcione apoyo psicosocial a personas con ideas o con tentativas previas de suicidio y a familiares y amigos de personas que han intentado o consumado el suicidio.
- Establecer un modelo integral de tratamiento para personas con trastorno por abuso de drogas y otras conductas adictivas.
- Impulsar la mejora de la atención a los problemas de salud mental infanto-juvenil completando la red de recursos asistenciales específicos para este grupo de edad.
- Mejorar la atención integral e integrada de las personas mayores con trastornos psicogerátricos.
- Promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos e instituciones involucradas en la mejora de la salud mental.
- Luchar contra el estigma y la discriminación, previniendo y/o disminuyendo el impacto y las consecuencias negativas que tiene en la vida de las personas con problemas de salud mental y en sus familiares y tomando medidas que fomenten la integración social de personas con problemas de salud mental.
- Desarrollar la formación, docencia e investigación en Salud Mental.
- Mejorar la calidad de los servicios orientados a la ciudadanía.
- Mejorar la coordinación directa entre profesionales de los equipos de Atención Primaria y los de Salud Mental, así como los de Educación y Servicios Sociales de cada zona de salud.
- Avanzar en la coordinación intra e interinstitucional.
- Mejorar la efectividad y resolución.
- Implementar programas para la prevención de los problemas psicológicos o la conducta suicida en población infanto-juvenil.
- Realizar estudios de salud mental de carácter epidemiológico sobre la población general y sobre grupos específicos, en centros educativos, en el SERIS, etc.
- Contar con profesionales especializados y formados en salud mental para dar un servicio de calidad.



Misión, visión y valores de la red de Salud Mental de La Rioja

Misión

- La Red de Salud Mental de La Rioja, tiene como misión prestar atención integral en salud mental, basada en un modelo comunitario y de participación sociosanitaria.

Visión

- Alcanzar una organización excelente y referente en la mejora de resultados en salud mental, ejerciendo un liderazgo compartido con el resto de los agentes sociosanitarios y atendiendo a la seguridad, la eficacia y la sostenibilidad.

Valores

- Vocación de servicio público: Compromiso con una sanidad basada en los principios de universalidad, equidad, solidaridad, seguridad y calidad y en satisfacer las necesidades de salud y generar valor a la sociedad riojana, desde una ética de lo público y de corresponsabilidad, impulsando el trabajo en red con el resto de los agentes sanitarios y sociales.
- Atención centrada en la persona: Respeto por la dignidad y el proyecto de vida de la persona y facilitación de su autonomía. Búsqueda de la calidad de vida de las personas contando con la participación ciudadana y luchando activamente contra el estigma del trastorno mental.
- Profesionalidad, responsabilidad y humanismo: Valoración de la excelencia en el trabajo, a través del compromiso y la implicación de los y las profesionales, manteniendo una actitud y un comportamiento de respeto hacia las necesidades de las personas, humanizando tanto el trato hacia nuestros pacientes como hacia otras instituciones.
- Liderazgo y trabajo en equipo: Trabajo con un estilo de liderazgo compartido con objetivos y proyectos comunes, dirigido a la construcción de equipos, aportando nuestro trabajo para crear desde la colaboración, con una cultura corporativa, actitud positiva y sentido del humor.
- Innovación y cultura participativa: Valoración de la disposición al cambio, la visión crítica de nuestro trabajo, el conocimiento y la innovación, desde la participación, como motor de crecimiento para mejorar nuestros resultados de manera eficiente y sostenible.
- Transparencia y buen gobierno: Compromiso con el entorno social, respetando las normas y principios éticos de la sociedad, generando confianza desde la transparencia y la rendición de cuentas.
- Aplicación de los principios básicos de actuación frente a la detección de situaciones de vulnerabilidad²⁴.

Por otro lado, deben abordarse los factores críticos de éxito de este Plan:

1. Atención personalizada y empática, prestando atención a las preferencias de los pacientes y sus familias.
2. Ambiente laboral que fomente la comunicación y la participación, facilitando la generación de conocimiento, la innovación, la creatividad, el talento y el emprendimiento.
3. Asegurar la continuidad de cuidados del paciente con una adecuada coordinación y colaboración intra e interinstitucional.
4. Desarrollo efectivo del espacio sociosanitario.
5. Realizar una adecuada gestión de la crisis, incluyendo la gestión de la actual crisis socio-sanitaria por COVID-19 y sus consecuencias a corto, medio y largo plazo.
6. Desarrollo de políticas globales de promoción y prevención en Salud Mental.
7. Existencia de recursos sociales y sociosanitarios necesarios para los pacientes con patología mental.
8. Mantener la motivación de nuestros profesionales en el actual contexto socioeconómico.



1. Metodología

1.1. Proceso de elaboración del Plan

Tras la finalización del periodo de vigencia del III Plan de Salud Mental de La Rioja²³ y en respuesta a los cambios sufridos en la población durante el transcurso de la pandemia por COVID-19 a principios de 2020, se hace notablemente necesaria la actualización del anterior Plan Estratégico en Salud Mental en la región.

El Sistema Riojano de Salud procedió a la puesta en marcha del proceso de elaboración del nuevo Plan Estratégico de Salud Mental para el periodo 2021-2025. Dicho proceso ha consistido en 3 fases de trabajo, precedidas de una fase de organización y planificación:

Fase 0. Organización y planificación

Se establecieron las pautas para guiar al equipo del proyecto en las actividades a realizar.

Se conformó un grupo de trabajo multidisciplinar del Plan Estratégico, un Comité de Dirección y seguimiento de los trabajos y un nuevo Comité de Salud Mental de La Rioja encargado del seguimiento y evaluación del nuevo Plan Estratégico.

Fase 1. Análisis o diagnóstico de situación

Se llevó a cabo un análisis de la situación de partida y el contexto estratégico y normativo de la Salud Mental en la Rioja. La información generada en esta fase de análisis permitió el desarrollo del análisis DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades).

Se analizaron diversas fuentes bibliográficas de actualidad:

- Iniciativas internacionales de promoción de la Salud Mental, especialmente las estrategias y planes desarrollados a nivel europeo.
- Marco normativo general y de aplicación en La Rioja en el ámbito de la Salud Mental.
- Estrategias de Salud Mental de ámbito nacional (últimas actualizaciones disponibles).
- Estrategias de Salud Mental en las Comunidades Autónomas: con un análisis de buenas prácticas e iniciativas innovadoras. Especialmente aquellas estrategias actualizadas en el periodo post pandemia COVID-19 con el objetivo de identificar y valorar las acciones específicas más adecuadas en este sentido.
- Planes de Salud del SERIS con aspectos relacionados con la Salud Mental y con los que deberá alinearse la Estrategia de Salud Mental.
 - III Plan Estratégico de Salud Mental de la Rioja 2015-2019²³
 - Protocolo de coordinación del TDAH 201²⁵
 - Plan de prevención del suicidio en La Rioja 2018²⁶
 - Mapa de recursos en Salud Mental de La Rioja 2018²⁷
 - Plan de prevención de adicciones 2018-2024²⁸
 - Plan de Cuidados Paliativos de La Rioja 2018²⁹

- Plan Director del Complejo Hospital San Pedro de La Rioja 2018³⁰
 - I Plan Estratégico de Innovación en Salud de La Rioja 2017-2022³¹
 - Estrategia de crónicos³²
 - Estrategias de Atención Primaria y del Hospital Universitario San Pedro³³
- Análisis de datos de la Comunidad Autónoma de La Rioja (procedentes de registros oficiales de La Rioja, del Servicio Riojano de Salud, de la Fundación Rioja Salud, de la Dirección General de Servicios Sociales y fuentes oficiales nacionales).
- Contexto general del impacto de la epidemia del coronavirus para el planteamiento de acciones específicas adecuadas.
- Revisión de bases bibliográficas.

Durante esta fase se realizaron entrevistas individuales a todos los componentes del grupo de trabajo multidisciplinar, recogiendo sus valoraciones de la implantación del III Plan de Salud Mental¹⁹, la situación actual, y nuevas propuestas en relación con el ámbito de trabajo de cada uno y de cara a mejorar la atención de la salud mental en La Rioja.

Las conclusiones se presentaron en un **Taller virtual “Diagnóstico”** realizado el 26 de octubre con el grupo de trabajo y el Comité de Dirección y seguimiento del proyecto.

Fase 2. Modelo estratégico

En esta fase se definieron las bases estratégicas del nuevo IV Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja. A partir de las conclusiones del diagnóstico se actualizó la Misión, Visión y Valores, así como los objetivos estratégicos y las líneas de actuación, de manera que se mantiene en todo momento la coherencia, se justifican las acciones y se contribuye al proceso de mejora continua de la asistencia a la Salud Mental en La Rioja.

Tras las conclusiones de las entrevistas personales y del primer Taller “Diagnóstico”, se actualizaron las informaciones referentes al Mapa de recursos de Salud Mental de La Rioja, el análisis DAFO, las necesidades e iniciativas recogidas, y se definieron nuevas recomendaciones para cada línea estratégica como propuesta para valorar por los miembros del grupo de trabajo del Plan Estratégico.

Fase 3. Operativa Elaboración de Planes de Acción y Sistema de Evaluación y Seguimiento del Plan

El objetivo de esta fase fue definir y argumentar de manera lógica las líneas de actuación y planes de acción a acometer para dar respuesta a los objetivos y bases estratégicas del Plan.

Tuvo lugar un **Taller II de Trabajo “Operativa”** de carácter presencial en el CIBIR (Centro de Investigación Biomédica de La Rioja) el 22 de noviembre, con la asistencia de la mayor parte del grupo de trabajo del proyecto y el Comité de Dirección. Durante este Taller se valoraron los objetivos y recomendaciones de cada línea estratégica, según diferentes grupos en fun-

ción del ámbito de competencia de los miembros de grupo involucrados, y se propusieron nuevas acciones a acometer en el futuro. Hubo un trabajo en grupos seguido de una puesta en común donde se compartieron las conclusiones de cada grupo y se abrió el debate a todos los participantes.

Tras este Taller II y con las conclusiones de lo trabajado en el mismo, se integró toda la información generada durante el proyecto y se elaboró un primer borrador del Plan Estratégico, de cara a seguir trabajando en el mismo con las indicaciones de los miembros del grupo de trabajo y el Comité de Dirección y seguimiento del proyecto.

Este grupo de trabajo participó activamente en la revisión de los borradores que han dado lugar al IV Plan de Salud Mental de La Rioja, que incorpora así, la visión de los miembros del mismo y recoge las aportaciones de los implicados en el día a día de atención en salud mental de La Rioja.

1.2. Miembros del grupo de trabajo técnico

Los miembros del grupo de trabajo del IV Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja se dividen en: profesionales de la salud, asociaciones de pacientes y familiares y representantes de Servicios Sociales.

Alberto Lafuente Jiménez. Gerente del Servicio Riojano de Salud.

José Manuel Azcona Gutiérrez (Coordinador). Director de Planificación Estratégica. Servicio Riojano de Salud.

Miguel Ángel Ortega. Jefe Servicio Salud Mental. Servicio Riojano de Salud.

M^a Soledad Campos Burgui. Coordinadora Salud Mental Comunitaria. Servicio Riojano de Salud.

Rafael García Martínez. Facultativo especialista Salud Mental. Equipo Terapia Asertivo-Comunitaria. Servicio Riojano de Salud.

Ignacio Álvarez Marrodán. Facultativo especialista Salud Mental. Hospital de Día. Hospital General de La Rioja. Servicio Riojano de Salud.

Ana Belén Díaz de Cerio. Facultativo especialista Salud Mental. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Hospital San Pedro. Servicio Riojano de Salud.

Miren García Moreno. Facultativo especialista Psiquiatría. Agudos. Hospital San Pedro. Servicio Riojano de Salud.

Javier Escorza. Facultativo especialista Salud Mental. USM Espartero. Servicio Riojano de Salud.

Ana Fernández-Torija Oyón. Facultativo especialista Geriatria (Jefa Servicio). Hospital General de La Rioja. Servicio Riojano de Salud.

Avelina Garrido Calvo. Facultativo especialista MFyC. Consultorio Aldeanueva. CS Arnedo. Servicio Riojano de Salud.

Elena Fernández Infante. Facultativo especialista MFyC. CS Autol. Servicio Riojano de Salud.

Laura Bea Berges. Facultativo especialista MFyC. Jefa de coordinación asistencial de Atención Primaria. Servicio Riojano de Salud.

Francisco Jiménez Monteagudo. Pediatra de área. CS Espartero. Servicio Riojano de Salud.

Cristina Rodríguez Arranz. Pediatra de área. CS Villamediana de Iregua. Servicio Riojano de Salud.

Cristina Toledo Gotor. Pediatra de área. Neuropediatra y Atención Temprana. Hospital San Pedro. Servicio Riojano de Salud.

Belén Pérez Barrasa. Directora Médica Hospital de Calahorra. Servicio Riojano de Salud.

Sara Mazo Casaus. Coordinadora Enfermería Urgencias Hospital de Calahorra. Servicio Riojano de Salud.

Ignacio Cubián González. Facultativo Urgencias Hospital San Pedro. Servicio Riojano de Salud.

Ana Palacios Ramos. Enfermera de Urgencias Hospital San Pedro. Servicio Riojano de Salud.

Félix Inchausti Gómez. Psicólogo clínico. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Servicio Riojano de Salud.

Inés Emilia Susín Arregui. Psicólogo clínico. Hospital San Pedro. Servicio Riojano de Salud.

Miguel Ángel Bermejo Hermosilla. Psicólogo clínico. URA. Hospital General de La Rioja. Servicio Riojano de Salud.

M^a Gemma Santamaría Sáenz de Jubera. Psicología clínica. CS Espartero. Servicio Riojano de Salud.

José Luis Jalón López. Psicólogo clínico. Servicio Prevención Riesgos Laborales. Servicio Riojano de Salud.

Ana Isabel Guerra. Trabajadora social de Atención Primaria. Calahorra. Servicio Riojano de Salud.

Marta Pérez Larumbe. Trabajadora social. Centro de Salud Mental de Albelda y Unidades de Salud Mental en el Hospital General de La Rioja: URA, Media Estancia SM, H. de Día SM y U. Ambulatoria. Servicio Riojano de Salud.

- Begoña Delpon Ormaechea.** Trabajadora social. Hospital San Pedro. Servicio Riojano de Salud.
- Carmen Cestafe Martínez.** Supervisora de Unidad Salud Mental. Hospital San Pedro. Servicio Riojano de Salud.
- Rosana García Herradón.** Enfermera Unidad SM Infanto-Juvenil. Unidad SM Infanto-Juvenil. Servicio Riojano de Salud.
- Esther Campino López-Davalillo.** Supervisora de Unidad Salud mental. Hospital General de La Rioja. Servicio Riojano de Salud.
- María Teresa Hurtado.** Servicios Sociales. Jefa de Servicio de Discapacidad.
- Ana Zuazo.** Servicios Sociales. Directora del centro de valoración de la discapacidad y la dependencia.
- Amaya Domínguez.** Servicios Sociales. Gerente de la Fundación Tutelar.

Asociaciones y Universidad

- Mariví Ercilla Gil.** Asociación Salud Mental La Rioja. Gerente.
- Carmen García Bartolomé.** Asociación Salud Mental La Rioja. Presidenta.
- Ernesto Ortiz Abejón.** Asociación Salud Mental La Rioja. Director técnico.
- Magdalena Pérez Trenado.** Asociación Teléfono de la Esperanza. Presidenta.
- David García de la Cal.** Asociación Proyecto Hombre. Director.
- Carmen Castroviejo Bermejo.** Asociación Riojana para la Atención personas con problemas de drogas (ARAD). Presidenta.
- María Milagro.** Asociación Riojana para la Atención personas con problemas de drogas (ARAD). Psicóloga del Programa de Coordinación con la Red de Salud Pública.
- Eduardo Fonseca Pedrero.** Universidad de La Rioja. Profesor Titular, Ciencias de la Educación-Psicología Evolutiva y de la Educación.
- Adriana Díez.** Universidad de La Rioja. Profesora del Departamento de Ciencias de La Educación. Área de Psicología Evolutiva y de la Educación.
- José Antonio Carballo Velasco.** Asociación Pro infancia Riojana (APIR). Gerente.
- Alicia Fernández Sáenz de Pipaón.** Asociación Autismo La Rioja (ARPA). Directora General.
- Francisco L. Chinchilla Hernández.** Asociación Autismo La Rioja (ARPA). Psicólogo.
- Rafael Elícegui.** Asociación Autismo La Rioja (ARPA). Psicólogo atención temprana.
- Víctor García Lorente.** Asociación Pioneros. Coordinador de Justicia Juvenil en medio abierto.
- Gloria Martínez Gil.** Asociación de trastornos de la conducta alimentaria de La Rioja (ACAB). Presidenta.
- Josefina Rodríguez.** Asociación Riojana de Padres de Niños Hiperactivos (ARPANIH). Presidenta.
- Javier Martínez Llano.** Fundación Diagrama Intervención Psicosocial. Director de Centros y Programas.
- Soraya Arnedo Martínez.** Asociación Plena Inclusión. Coordinadora Técnica.

Análisis de datos

- Eloísa Ibáñez Villambiste.** Responsable de Archivo y Documentación Clínica.
- Amílcar Escribano Arbona.** Facultativo. Archivo y Documentación Clínica.
- Belén Ruiz Nicolás.** Jefa de Área. Cartera de Servicios. Servicio de Planificación, Evaluación y Calidad.
- Enrique Ramalle Gómara.** Jefe de Sección de Información Sanitaria. Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria.

Grupos de interés

Mario Domínguez Rincón. Colegio Oficial de Farmacéuticos de La Rioja.

Iván Santaolalla Arnedo; Elisa Elías Sáenz. Colegio Profesional de Enfermería de La Rioja.

Beatriz Gutiérrez López. Colegio Oficial de Psicología de La Rioja.

María Jesús Calvo. Responsable Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria de la Rioja (PACAP-Rioja) de la Sociedad Científica SEMFyC.

Elisa Jiménez Ridruejo. Sindicato de Trabajadores de la Administración Riojana (STAR).

Patricia Mogena Obispo. Delegada SATSE y enfermera especialista en salud mental Sindicato de Enfermería (SATSE) - La Rioja.

María José Marrodán. Asociación de Profesores de Orientación Educativa de La Rioja (APOLAR). Presidenta.

Rocío Loma-Osorio Alonso del Real y María Luisa Seisdedos Sanz. Asociación de Enfermería Comunitaria La Rioja. Vocal; Socia.

Cristina Rodríguez Arranz; Francisco Jiménez Monteagudo; José Vicente Bernad; Ana González Sala. Asociación Riojana de Pediatría de Atención Primaria (ARPap).

Consejería de Servicios Sociales y Gobernanza Pública.



2. Marco normativo y técnico

Internacional

- Declaración de Luxor de 1989 de los derechos humanos para los enfermos mentales de la Federación Mundial de la Salud Mental. Explicita la responsabilidad gubernamental y social en la atención a los grupos vulnerables y a la promoción de la igualdad de derechos del enfermo.
- Resolución de Naciones Unidas 4/119 de diciembre de 1991 para la defensa de los derechos de los enfermos mentales. Reconoce el derecho a la no discriminación laboral, sanitaria, institucional y social de estas personas. Incluye, también, la no utilización de la psiquiatría con fines políticos, ideológicos o religiosos.
- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo fueron aprobados el 13 de diciembre de 2006 por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU).
- Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad del año 2011.
- Observación general del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad del año 2014 sobre el artículo 12 de la Convención: igual reconocimiento como persona ante la ley.
- Resolución 32/18 sobre salud mental aprobada por el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas de 2016.
- Resolución del Consejo de Derechos Humanos sobre salud mental y derechos humanos de 2017.
- Comité de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de España, de 5 de marzo de 2018.
- Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad del año 2019 sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España.
- Carta Europea de Derechos del Niño del Parlamento Europeo. 1992.
- Convenio de la Haya sobre la protección del niño y a la cooperación en materia de adopción internacional. 1993.
- Convenio Europeo para la protección de los derechos y dignidad del ser humano de 1997 con respecto a las aplicaciones y limitaciones sobre las personas de la biología y la medicina. Se plantea la armonización de las legislaciones nacionales en lo relativo a los derechos de los pacientes.
- Consejo de la Unión Europea. Resolución del Consejo de 18 de noviembre de 1999 sobre promoción de la salud mental.
- Consejo de la Unión Europea. Conclusiones del Consejo de 2 de junio de 2003 sobre la lucha contra la estigmatización y la discriminación en relación con los problemas de salud mental.
- Consejo de la Unión Europea. Resolución del Consejo de la Unión Europea de 15 de julio de 2003 sobre el fomento del empleo y la inclusión social de personas con discapacidad.
- Libro Blanco del Comité de Bioética del Consejo de Europa sobre protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastorno mental, ingresa involuntariamente en centros psiquiátricos. Se abordan las condiciones y procedimientos de ingreso involuntario, los límites éticos al tratamiento, la prevención y el control de hipotéticos abusos de la psiquiatría y las garantías para los enfermos mentales encarcelados.
- Conferencia Europea sobre la Enfermedad Mental y la Estigmatización en Europa, celebrada en Atenas en 2003. Se pone de relieve la importancia de combatir la estigmatización para mejorar la salud mental y reconoce la importancia de fomentar una actuación eficaz en todas

las políticas pertinentes para aumentar la inclusión social y la equidad, así como luchar contra la discriminación y la estigmatización.

- Organización Mundial de la Salud. Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future: Geneva. 2005.
- La Declaración de Helsinki y el Plan de Acción Europeo para la Salud Mental.
- Resolución del Parlamento Europeo, de 14 de febrero de 2017, sobre el fomento de la igualdad de género en los ámbitos de la salud mental y la investigación clínica (2016/2096(INI)).
- Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Resolución 2291 (2019). Poniendo fin a la coerción en la salud mental: la necesidad de un enfoque basado en los derechos humanos.
- Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Recomendación 2158 (2019). Poniendo fin a la coerción en la salud mental: la necesidad de un enfoque basado en los derechos humanos.
- Libro Verde Mejorar la salud mental de la población: hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Comisión de las Comunidades Europeas, 2005.
- En 2016 todos los Estados miembros aprobaron la aplicación del Pacto sobre Salud Mental en Europa mediante una Acción Conjunta sobre Salud mental y Bienestar (Joint Action “Mental Health and Well Being”).
- Decisión de la Comisión Europea de julio de 2019, “Horizon 2020 Work Programme 2018-2020, Health, demographic change and well-being”, entre cuyas prioridades se encuentra el abordaje de la salud mental.

Nacional

- Constitución Española (1978).
- Ley Orgánica 3/1982, Estatuto de Autonomía de La Rioja.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Real Decreto 63/1995, de 20 de marzo, de Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud (SNS).
- Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor. 1996.
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.
- Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores.
- Real Decreto 1473/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de La Rioja de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
- Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre Especialidades de Enfermería.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- La LECRIM y la Ley de Protección de Testigos.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre de Protección Integral de Violencia contra mujeres.
- Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica.
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.
- Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
- Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil (Observatorio de la Infancia).
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.
- Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.

Autonómica - La Rioja

- Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud.
- Ley 5/2001, de 17 de octubre, sobre drogodependencias y otras adicciones.
- Decreto 13/2009, de 27 de febrero, por el que se regula la estructura, organización y régimen de funcionamiento del Centro Asistencial de Albelda de Iregua.
- II Plan de Salud de La Rioja 2009 - 2013.
- II Plan de Salud Mental de La Rioja 2010 - 2015.
- III Plan de Salud de La Rioja 2015 - 2019.
- Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Real Decreto 1276/2011, de 16 de septiembre, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social.
- Ley 7/2009, de 22 de diciembre de Servicios Sociales de La Rioja.
- Decreto 31/2011, de 29 de abril, por el que se aprueba la Cartera de Servicios y Prestaciones del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales.
- Decreto 56/2010, de 3 de diciembre, por el que se regulan los requisitos y el procedimiento de acceso al Servicio de Centro de Día y de Centro Ocupacional, para personas con discapacidad del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia.
- Ley 1/2006, de 28 de febrero de protección de menores de La Rioja.



3. Análisis de la situación

3.1. Evolución de la Salud Mental en La Rioja

Desde la elaboración del III Plan de Salud Mental de La Rioja²³ se han llevado a cabo numerosas actuaciones y avances en este ámbito, a pesar de haberse visto, en algunas ocasiones, interferidas por la situación de pandemia por Covid-19 iniciada a principios de 2020.

Durante estos pasados años, desde 2015 hasta 2019, la atención a la salud mental se ha visto reforzada con la elaboración de nuevos planes y protocolos:

- Protocolo de coordinación del TDAH 2018²⁵
- Plan de prevención del suicidio en La Rioja 2018²⁶
- Plan de prevención de adicciones 2018-2024²⁸
- Plan de Cuidados Paliativos de La Rioja 2018²⁹
- Plan Director del Complejo Hospital San Pedro de La Rioja 2018³⁰
- I Plan Estratégico de Innovación en Salud de La Rioja 2017-2022³¹
- Estrategia de crónicos³²

El desarrollo y posterior puesta en marcha de estos protocolos ha permitido una mejora en la coordinación entre profesionales y un mejor conocimiento y uso de los recursos existentes en la comunidad para las patologías que cada plan aborda.

Con la elaboración del nuevo Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja, se promueven nuevas acciones, como la revisión, actualización y ampliación del Protocolo de coordinación del TDAH²⁵.

En este periodo se ha creado también el Mapa de recursos en Salud Mental de La Rioja²⁷, que recoge los dispositivos existentes, su funcionamiento, el personal que trabaja en ellos y el perfil de pacientes que atiende. Este mapa está a disposición de los profesionales, así como de los pacientes y familiares, y tiene como objetivo informarles sobre cómo se realiza la atención en salud mental en La Rioja, a qué recursos pueden acudir, y mejorar la coordinación entre profesionales, asociaciones y familiares en este ámbito. Durante la elaboración de este Plan Estratégico se ha procedido a revisar este Mapa de Recursos y actualizarlo en la medida que se ha recogido información sobre la atención en salud mental en La Rioja.

También se ha analizado la Estrategia de Atención Primaria y del Hospital Universitario San Pedro³³, elaborada recientemente para el periodo 2021-2024.

Además, se han creado nuevos dispositivos en la región que han permitido una mejora en la atención a la salud mental. En concreto, se ha creado el Equipo de Terapia Asertiva-Comunitaria, que atiende a personas con Trastorno Mental Grave en el entorno natural del paciente y a nivel comunitario adaptándose a sus necesidades y el Hospital de Día de adultos, cuya puesta en marcha comenzó en abril de 2017.

Otro de los dispositivos que se ha creado ha sido el Hospital de Día Infanto-Juvenil en el Hospital de San Pedro, que ha supuesto un avance y un apoyo importante en la atención a este sector de la población que cada vez cuenta con una mayor demanda. En la atención a

este grupo etario ha sido un avance la incorporación de una figura psiquiatra en la zona de Calahorra.

La creación de la Unidad Docente Multiprofesional en Salud Mental ha sido otro de los avances producidos en los últimos años, haciendo posible la formación de especialistas en psiquiatría, psicología clínica y enfermería en salud mental.

Junto a todos estos avances, también se ha mejorado en la coordinación entre profesionales y con asociaciones, ya que se les ha dado acceso al sistema de historia clínica único que existe para todo el Sistema de Salud riojano.

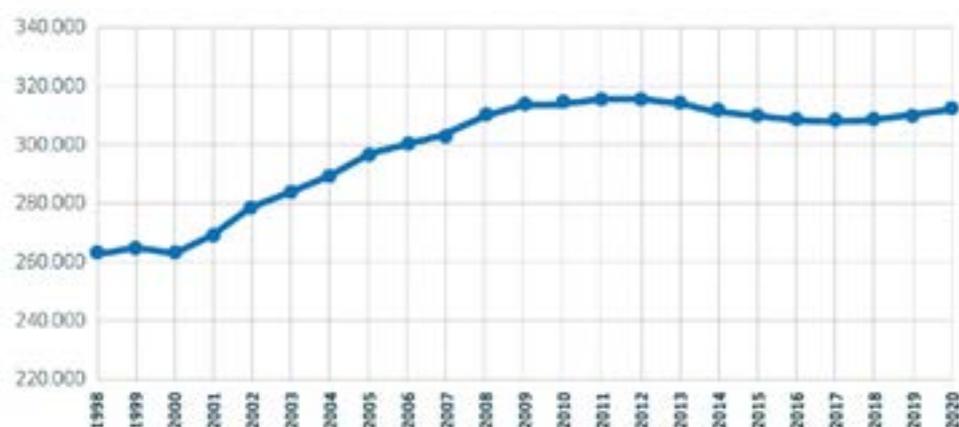
En general, las actuaciones en relación con la prevención del suicidio se han desarrollado durante estos años, gracias a la implementación del plan de prevención del suicidio creado en 2018, pero muchas de estas y otras actuaciones se han visto sesgadas con el impacto de la pandemia por Covid-19. Otro de los planes de comenzó a elaborarse y se ha visto interrumpido ha sido el del Trastorno del Espectro Autista.

Este nuevo Plan Estratégico es una oportunidad para continuar con todo lo ya iniciado tras la elaboración del plan anterior y que puede reforzarse de cara a futuro, así como para cubrir las nuevas necesidades que han surgido durante este último año, y que tanto ha afectado a la salud mental de la población general y, más aún, de las personas que ya padecían algún tipo de trastorno.

3.2. Demografía

La población en La Rioja ha experimentado en los últimos años un crecimiento progresivo aunque lento especialmente desde 2009³⁴.

Figura 1. **Evolución de la población total en La Rioja (1998-2020)**



Fuente: INE. Población por Comunidades Autónomas.

Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/l0/&file=02001.px>

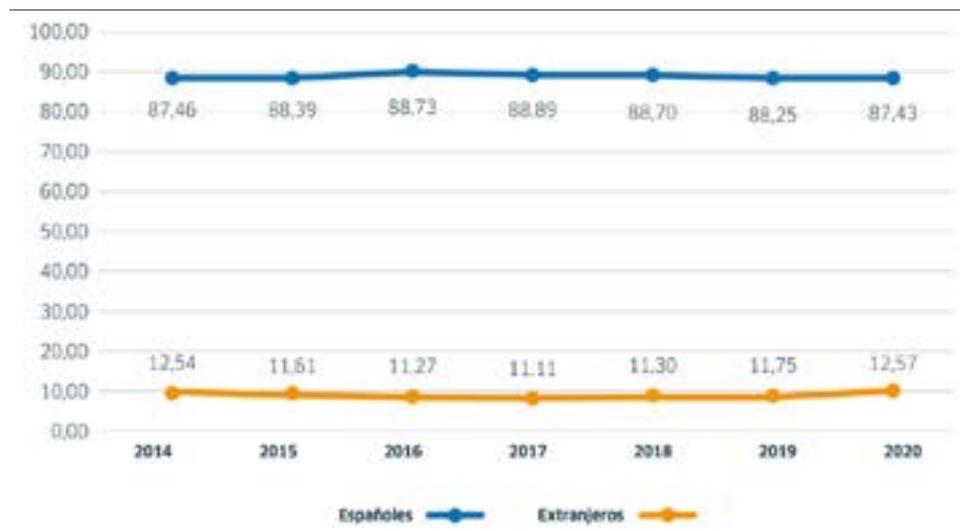
Tabla 1. **Evolución de la población en La Rioja, según nacionalidad. Periodo 2014-2020**

Año	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
POBLACION TOTAL	319.002	317.053	315.794	315.381	315.675	316.798	319.914
Españoles	278.964	280.237	280.192	280.335	280.018	279.568	279.704
Extranjeros	40.018	36.816	35.602	35.046	35.657	37.230	40.210
HOMBRES TOTAL	158.090	156.733	155.969	155.508	155.758	156.179	157.835
Españoles	137.598	138.113	138.107	138.049	138.089	137.762	137.892
Extranjeros	20.492	18.620	17.862	17.459	17.669	18.417	19.943
MUJERES TOTAL	160.912	160.320	159.825	159.873	159.917	160.619	162.079
Españolas	141.366	142.124	142.085	142.286	141.929	141.806	141.812
Extranjeras	19.526	18.196	17.740	17.587	17.988	18.813	20.267

Fuente: Datos del Servicio Riojano de Salud. INE.

El porcentaje de españoles y extranjeros se mantiene estable en el periodo 2014-2019.

Figura 2. **Evolución de la población española y extranjera. La Rioja 2014-2019**



Fuente: Servicio Riojano de Salud. INE.

La población extranjera residente en La Rioja ha aumentado en números absolutos y relativos respecto al total de población hasta el año 2009, a partir de aquí se estabiliza en torno a un promedio del 14,4% de la población total. Durante los tres siguientes años hay una curva descendente y en el año 2017 se invierte la tendencia aumentando hasta un 11,8% en el año 2019.

Si lo comparamos con la media española, la tendencia de la curva es similar y la proporción de extranjeros en el periodo estudiado es mayor en La Rioja, en algo más de 1 punto porcentual.

Figura 3. **Evolución del porcentaje de extranjeros. La Rioja 1998-2020**



Fuente: INE. Población por Comunidades Autónomas.

Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/10/&file=02001.px>

Más allá de su magnitud, es importante conocer las características diferenciadoras de la población extranjera como son la edad, el género o la nacionalidad.

Tabla 2. **Población extranjera por país de nacimiento. La Rioja 2017-2019**

	2017		2018		2019	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
TOTAL	15.085	15.337	15.259	15.656	15.879	16.446
EUROPA	7.139	7.664	7.155	7.665	7.279	7.802
Unión Europea	6.154	6.608	6.117	6.557	6.159	6.577
Países europeos no comunitarios	985	1.056	1.038	1.108	1.120	1.225
ÁFRICA	3.947	3.047	4.031	3.161	4.251	3.347
AMÉRICA	2.414	3.378	2.525	3.583	2.823	4.063
ASIA	1.575	1.240	1.543	1.240	1.521	1.226
OCEANÍA	10	8	5	7	5	8

Fuente: SERIS. Población extranjera por país de nacimiento. Instituto de Estadística de La Rioja.

Con respecto a la edad, la mayoría de la población extranjera se encuentra en edad de trabajar. La mayoría han nacido fuera de España, y por géneros predominan las mujeres.

El mayor porcentaje es de origen europeo y de países de la Unión Europea, seguido por países no pertenecientes a la Unión Europea. En los de origen africano y asiático predominan los hombres sobre las mujeres. Entre los de origen americano, las mujeres son mayoría.

Si se compara la edad de la población extranjera residente en La Rioja con los datos medios para el conjunto del país, la principal conclusión es que los extranjeros que viven en nuestra región son significativamente más jóvenes, y esto es así tanto para los hombres como las mujeres.

Asimismo, la población extranjera que reside en la Rioja se incorpora principalmente a los estratos en edad laboral e infantil.

La Rioja tiene una baja densidad de población con una cifra de 62,79 habitantes/Km², a 1 de enero de 2019, por debajo de la de España de 92,2 habitantes / Km². La tendencia es al descenso igual que el resto de España. La densidad de población en nuestra región oscila de los 1.915,16 habitantes/Km² de Logroño a los 33,35 habitantes/Km² del resto de otros municipios (INE, 2019).

Tabla 3. **Evolución de la densidad de población (Hab/Km²). La Rioja, 2014-2019**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
La Rioja	62,48	62,15	62,00	61,97	62,01	62,79
Logroño	1910,20	1902,50	1896,60	1897,90	1899,55	1915,16
Otros Municipios	33,60	33,40	33,20	32,60	33,13	33,35

Fuente: SERIS. INE.

La pirámide de población de La Rioja muestra la forma característica de una población regresiva, con una base más estrecha que el cuerpo y un porcentaje de personas mayores relativamente grande.

En cuanto a la estructura de la población por edades, el 20,91% de la población riojana tiene 65 años o más; el 22,95% de las mujeres está en este grupo de edad y el 18,82% de los hombres; por encima de lo registrado a nivel nacional, lo que pone de manifiesto que La Rioja presenta una población más envejecida que la de España.

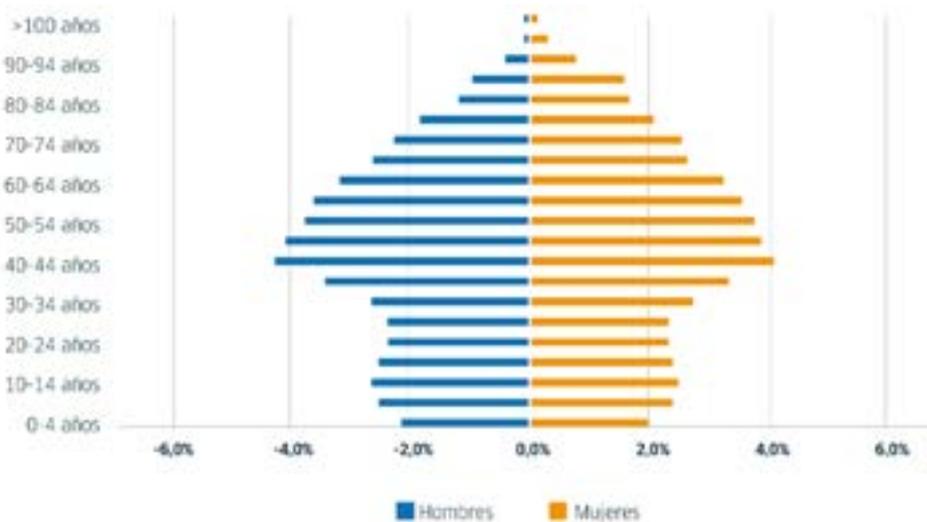
Tabla 4. **Estructura de población por edades. La Rioja y España, año 2020**

Población 2020	La Rioja			España		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
0-15 años	14,3%	14,9%	13,7%	14,4%	15,1%	13,7%
16-44 años	35,2%	36,0%	34,3%	37,0%	38,3%	35,8%
45-64 años	29,5%	30,1%	28,9%	29,2%	29,5%	28,9%
65 años y más	21,0%	19,0%	23,1%	19,4%	17,1%	21,6%

Fuente: INE. Población por Comunidades Autónomas.

Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/l0/&file=02002.px>

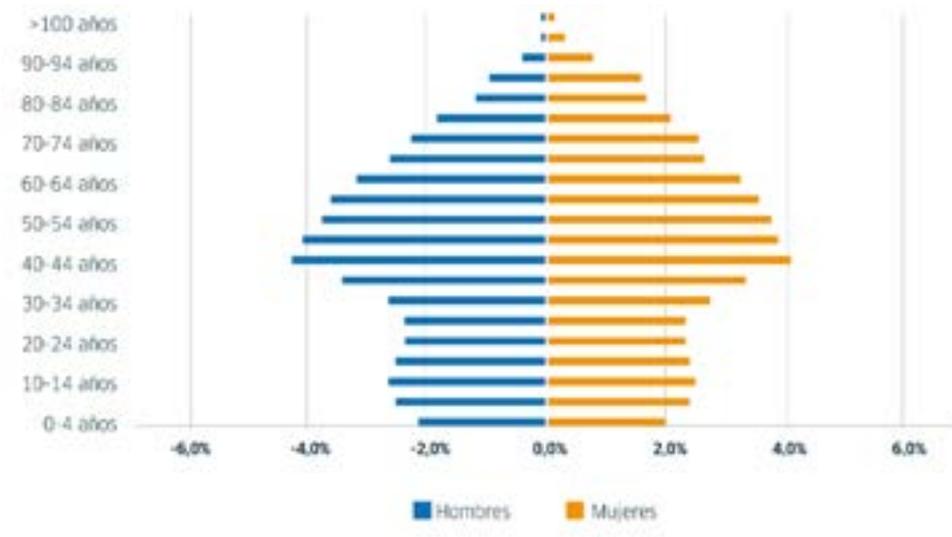
Figura 4. **Pirámide de población de La Rioja, 2020**



Fuente: INE. Población por Comunidades Autónomas.

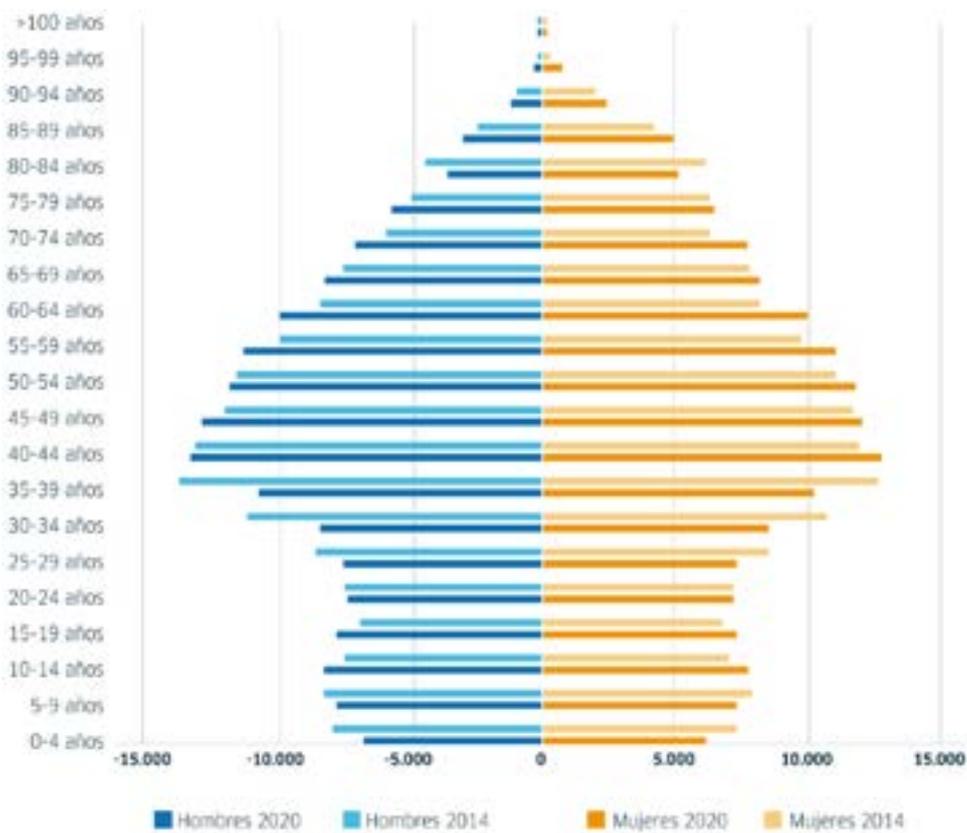
Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/l0/&file=02002.px>

Figura 5. Pirámide de población de España, 2020



Fuente: INE. Población por Comunidades Autónomas.
 Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/l0/&file=02002.px>

Figura 6. Comparativa pirámides de población de La Rioja en 2014 y 2020



Fuente: INE. Población por Comunidades Autónomas.
 Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/l0/&file=02002.px>

Comparando las pirámides de población de La Rioja 2014 y 2020 destaca:

- Una disminución de la población infantil, debido a la baja inmigración que conlleva la disminución de niños de corta edad, consecuencia de la movilidad de sus padres. Unido a la baja natalidad de La Rioja.
- Un incremento de la población adulta a partir de los 40 años, e incremento del grupo de 85 y más años, especialmente las mujeres que doblan en número a los hombres.
- Un importante descenso en la población adulta de 20 a 39 años, explicado por el descenso de la inmigración producida en nuestra comunidad, debido a que la mayor parte de los flujos migratorios están protagonizados por personas de este grupo de edad.

La siguiente tabla recoge una serie de indicadores demográficos que perfilan los rasgos característicos de la población de La Rioja.

Tabla 5. **Indicadores demográficos estructurales**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Esperanza de vida al nacimiento (años)						
La Rioja	83,78	83,36	83,79	83,6	83,62	83,79
Hombres	80,69	80,63	81,18	80,9	80,87	81,01
Mujeres	86,95	86,12	86,41	86,32	86,43	86,62
España	82,92	82,7	83,11	83,09	83,24	83,59
Hombres	80,12	79,92	80,31	80,37	80,52	80,87
Mujeres	85,64	85,41	85,84	85,73	85,89	86,22
Esperanza de vida a los 65 años						
La Rioja	21,69	21,36	21,59	21,77	21,41	21,79
Hombres	19,4	19,3	19,46	19,81	19,24	19,64
Mujeres	23,67	23,28	23,59	23,58	23,51	23,65
España	21,11	20,85	21,21	21,15	21,25	21,59
Hombres	19,06	18,79	19,14	19,12	19,22	19,52
Mujeres	23,4	23,07	22,97	23,05	22,65	22,92
Ratio de Masculinidad al nacimiento						
	100,28	116,31	108,13	113,48	99,66	105,73
Índice de dependencia (%)						
La Rioja	52,33	53,24	53,77	54,32	54,78	54,82
España	52,11	52,95	53,42	53,83	54,19	54,29
Índice dependencia juvenil Menores de 15 años (%)						
	22,71	22,81	22,6	22,76	22,72	22,45
Índice dependencia senil - Mayores de 64 años (%)						
	27,57	30,42	30,97	31,53	32,06	32,37
Índice longevidad (%)						
	53,79	52,51	52,57	52,3	51,89	51,93
Índice envejecimiento (%)						
	130,35	133,35	135,8	138,37	141,08	144,22
Índice de infancia (%)						
La Rioja	14,91	14,89	14,83	14,77	14,68	14,5
España	15,07	15,06	15,02	14,95	14,84	14,64
Índice de juventud						
La Rioja	14,84	14,49	14,28	14,19	14,15	14,27
España	15,76	15,45	15,29	15,19	15,19	15,3
Tasa de maternidad (%)						
La Rioja	21,87	21,6	21,12	20,83	20,55	19,99
España	20,75	20,46	20,22	19,99	19,68	19,31
Índice de tendencia (%)						
	95,53	92,89	89,08	87,6	85,98	85,51
Tasa de reemplazo (%)						
	78,46	75,16	72,68	70,86	69,48	69,86

Fuente: Datos del SERIS.

Comparando los datos actuales con los del año 2014:

- Se mantiene la esperanza de vida al nacimiento. Por géneros, los hombres aumentan un año la esperanza de vida y las mujeres disminuyen, pero manteniendo cinco años de diferencia con respecto a los hombres. La esperanza de vida en los hombres y mujeres de La Rioja, con respecto al nivel nacional es superior.
- Aumento de 5 puntos de la ratio de masculinidad.
- Incremento de más de dos puntos porcentuales del Índice de dependencia en los últimos cinco años, incremento atribuible al aumento del Índice de dependencia senil, ya que el de dependencia juvenil ha permanecido estable. La tasa de dependencia, el índice de longevidad y el de envejecimiento reflejan una población cada vez más envejecida.
- Disminución del Índice de infancia consecuencia de la disminución, desde el año 2014 al año 2019, de la tasa de maternidad que pasa del 21,87% al 19,99%. Este último dato debe situarse en correlación con la disminución de la inmigración, sobre todo en las cohortes de edad fértil.
- La tasa de reemplazo sigue descendiendo de 78,46 en 2014 al 69,86 en 2019.
- El índice de tendencia representa valores inferiores a 100 y continúa descendiendo de 95,53 en 2014 a 85,51 en 2019, lo que refleja descenso de la natalidad, menor crecimiento demográfico y envejecimiento.

Si la comparación se realiza con la población nacional:

- Aumento de la esperanza de vida (83,79) superior a la nacional (83,59).
- La tasa de dependencia es superior en La Rioja, lo que alerta de una población más envejecida que la media nacional.
- Tanto el índice de juventud como el de infancia son inferiores en la comunidad autónoma, consecuencia directa de tasas de fecundidad inferiores a las nacionales, arrastradas durante muchos años. Se ha disminuido la tasa de maternidad con un 19,99% ligeramente superior a la de España 19,31%.

3.2.1. Proyección de la población de La Rioja

Las Proyecciones a corto plazo de la población elaboradas por el INE son una simulación estadística del tamaño y estructura demográfica de la población que residiría en España, sus comunidades autónomas y provincias³⁴.

A la incertidumbre que habitualmente rodea unas proyecciones de población se le suma esta vez el impacto del Covid-19, que obliga a un replanteamiento de algunas de las hipótesis de evolución futura. En concreto, para estas proyecciones se ha tenido en cuenta la sobremortalidad observada hasta el mes de julio de 2020, así como la disminución experimentada en los últimos meses en la inmigración y en la emigración.

En esas condiciones, el efecto del Covid-19 que se ha contemplado en las hipótesis es:

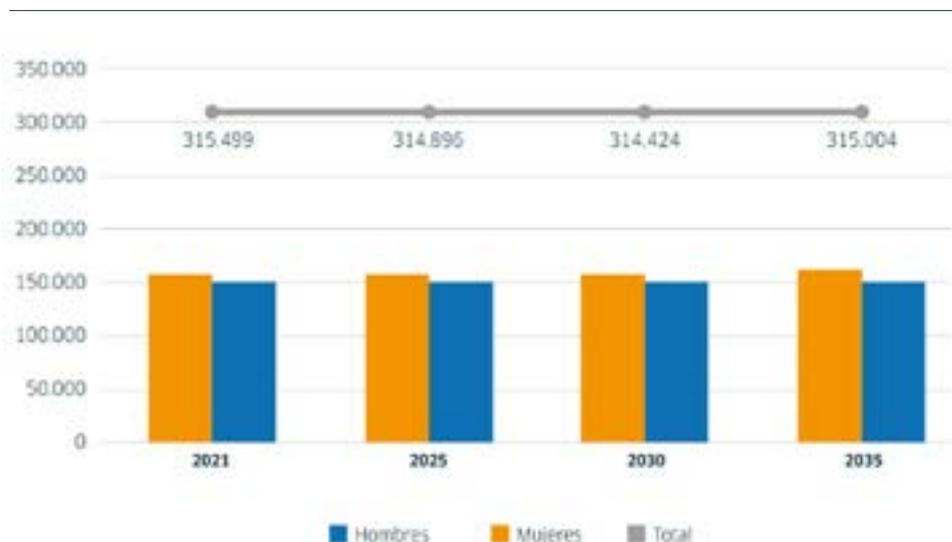
- Se proyecta una disminución de los movimientos migratorios con el exterior, de forma que se rompe la tendencia de los últimos años. El saldo migratorio en 2020 sería positivo, pero muy bajo. Desde 2021 se proyecta un paulatino aumento, pero sin alcanzar los niveles observados en los años anteriores. Esto hace que la población crezca durante los primeros años de la proyección más lentamente de lo previsto en proyecciones anteriores.
- Se proyecta que la mortalidad se va a ver afectada solo durante 2020. El año 2021 se proyecta con una mortalidad normal.
- No se proyecta ningún impacto en los nacimientos, dado que no hay aún evidencias de ningún tipo. Tampoco se introduce ninguna hipótesis adicional sobre las migraciones interiores. Las evidencias son insuficientes para establecer nuevas hipótesis sobre los cambios de residencia entre provincias más allá de la ralentización observada en 2020.

Los resultados del trabajo del INE para esta comunidad se recogen en la siguiente tabla.

Tabla 6. **Proyección de población a corto plazo. La Rioja 2021-2035**

Indicadores Estructura	2021	2035
Población proyectada a 1 enero	315.499	315.004
Mayores de 65 y más años (%)	21,56%	28,90%
Mayores de 80 y más años (%)	7,10%	9,47%
Tasa de dependencia proyectada mayores 64 años (%)	34,1	48,9
Índice de envejecimiento (%)	142,42	240,73
Indicadores Crecimiento	2021	2034
Saldo vegetativo proyectado por 1000 hab.	-2,61	-3,98
Saldo migratorio por 1000hab	1,59	3,75
Nacidos por cada mil defunciones	0,74	0,65

Fuente: Datos del Sistema Riojano de Salud

Figura 7. **Proyección de población de La Rioja 2021-2035**


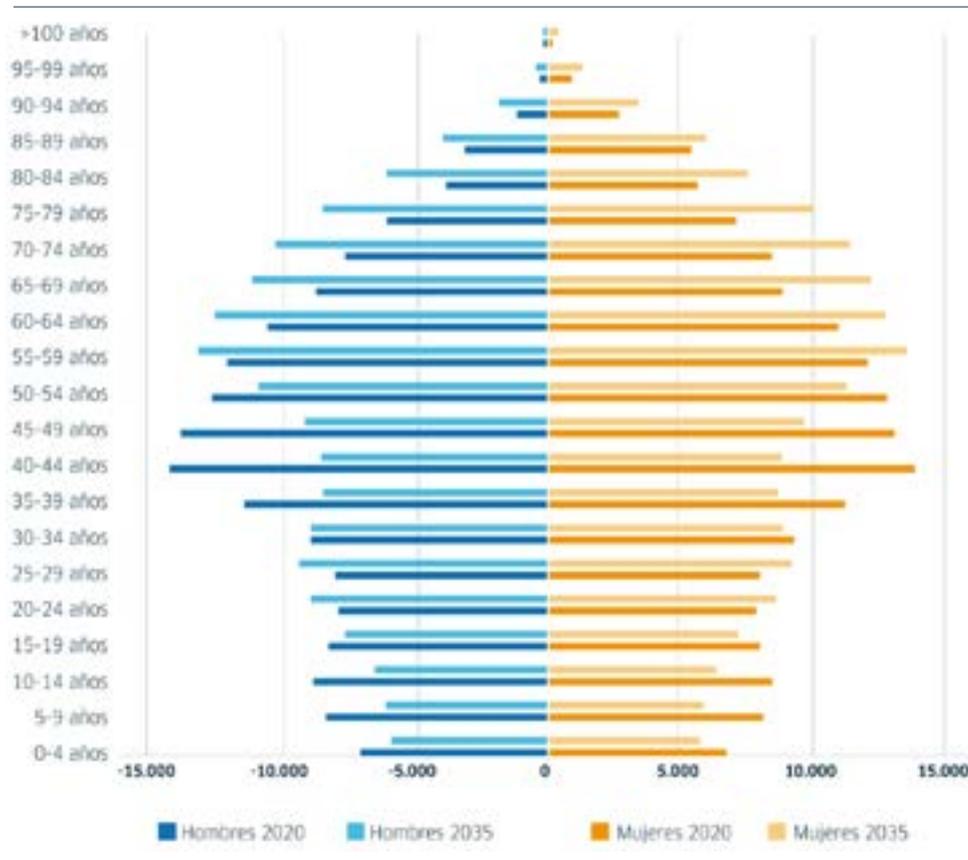
Fuente: INE. Resultados por comunidades autónomas: serie 2020-2035.
 Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=36680>

 Tabla 7. **Estructura población La Rioja 2019 y proyección 2035**

Población a 1 enero 2019	Hombres	Mujeres	Total
	(% s/ total hombres)	(% s/ total mujeres)	
Total	156.179	160.619	316.798
0-14 años	23.677 (15%)	22.259 (14%)	45.936 (15%)
15 a 64 años	103.115 (66%)	101.498 (63%)	204.613 (65%)
mayores de 64	29.387 (19%)	36.862 (23%)	66.249 (21%)
Proyección a 1 enero 2035	Hombres	Mujeres	Total
	(% s/ total hombres)	(% s/ total mujeres)	
Total	153.807	161.195	315.004
0-14 años	18.098 (12%)	17.091 (11%)	35.189 (11%)
15 a 64 años	94.674 (62%)	94.119 (58%)	188.792 (60%)
mayores de 64	41.035 (27%)	49.987 (31%)	91.022 (29%)

Fuente: Datos del Sistema Riojano de Salud.

Figura 8. **Comparativa pirámides de población de La Rioja 2020 y proyección 2035**



Fuente: INE. Resultados por comunidades autónomas: serie 2020-2035.
 Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=36680>

Las proyecciones siguen confirmando que la demografía riojana pivotará sobre tres ejes: la baja natalidad, el fuerte envejecimiento y feminizada especialmente en las edades de mayor a 64 años.

Las proyecciones indican un retroceso progresivo, aunque ligero de la población de La Rioja, ya que en el periodo 2021-2035 la población residente disminuiría en 495 personas (un -0,16%).

Por el contrario, se observa un cambio en cuanto a su estructura por edades, se estima que en 2035 la población mayor de 65 años será casi el 28,9% de población. Ante esta evolución de la estructura por edades, la Tasa de Dependencia para mayores de 64 años pasará del 34,12% en 2021 al 48,9% en 2035. Por otra parte, la hegemonía femenina continuaría intensificándose, llegando a haber una diferencia entre ambos géneros de 7.389 en 2035 y que responde al predominio de las mujeres en edades de más de 64 años (en la que la diferencia es de 9.952).

3.3 Estado de Salud

3.3.1. Salud percibida y riesgo de mala salud mental

Los datos del Barómetro Sanitario de los años 2017-2019 muestran que en La Rioja el porcentaje de personas que considera su estado de salud muy bueno o bueno va decreciendo mientras que aumenta el porcentaje de los que responden que su estado es regular³⁴.

Según los datos del Barómetro Sanitario 2019 en La Rioja, el 73,8% de las personas considera que tiene estado de salud en general bueno o muy bueno (60,2% bueno y 13,6% muy bueno) frente al 75,8% del registrado a nivel nacional (57,8% bueno y 18% muy bueno). Consideran que tienen un estado de salud regular el 25% frente al 20,1% del registrado en España.

Cuando se le pregunta si tiene una enfermedad o problema de salud crónico el 39,8% responde sí (33% total nacional) siendo La Rioja la que mayor porcentaje registra de todas las comunidades autónomas y Ceuta y Melilla (rango de 25,9 a 39,8%).

En relación a la pregunta de si en los últimos doce meses le han diagnosticado alguna enfermedad (incluidas enfermedades crónicas), el 8,7% responde (8,4% total nacional).

Tabla 8. **¿Cómo describiría Ud. su estado de salud en general: muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?**

Año	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
POBLACION TOTAL	319.002	317.053	315.794	315.381	315.675	316.798	319.914
Españoles	278.984	280.237	280.192	280.335	280.018	279.568	279.704
Extranjeras	40.018	36.816	35.602	35.046	35.657	37.230	40.210
HOMBRES TOTAL	158.090	156.733	155.969	155.508	155.758	156.179	157.835
Españoles	137.598	138.113	138.107	138.049	138.089	137.762	137.892
Extranjeras	20.492	18.620	17.862	17.459	17.669	18.417	19.943
MUJERES TOTAL	160.912	160.320	159.825	159.873	159.917	160.619	162.079
Españolas	141.386	142.124	142.085	142.286	141.929	141.806	141.812
Extranjeras	19.526	18.196	17.740	17.587	17.988	18.813	20.267

Fuente: Datos del Sistema Riojano de Salud. Barómetro Sanitario.

La Encuesta Nacional de Salud (ENSE 2017) permite identificar diferencias por géneros; así, el 75,5% de los varones riojanos consideraba su salud como buena o muy buena frente al 72,1% de las mujeres. Esta diferencia se amplía a nivel nacional, con un 77,8% para los hombres y un 70,4% para las mujeres.

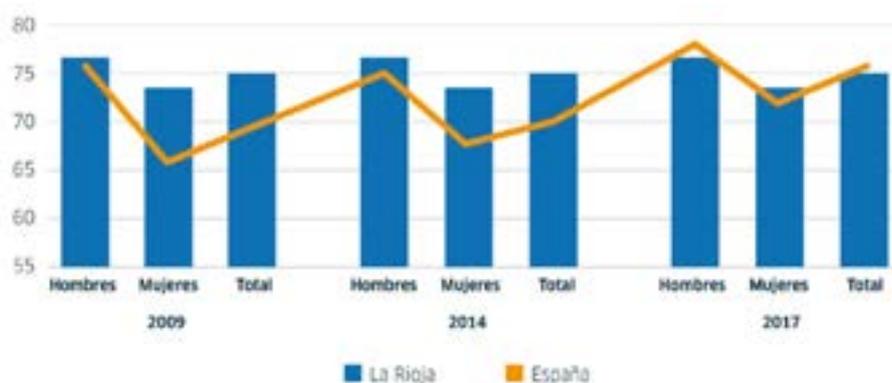
La valoración positiva del estado de salud ha disminuido de 2009 a 2017 en 1,64 puntos porcentuales. En 2017 este porcentaje es del 73,73%. Por género, los hombres declaran un

mejor estado de salud que las mujeres: el 75,5% y el 72% respectivamente (año 2017) y en toda la serie analizada.

Entre los mayores de 65 años el 56,71% valora positivamente su estado de salud, los hombres valoran más positivamente su estado de salud que las mujeres (59,87% frente a 54,14%). La valoración está por encima de los porcentajes registrados para el conjunto de España.

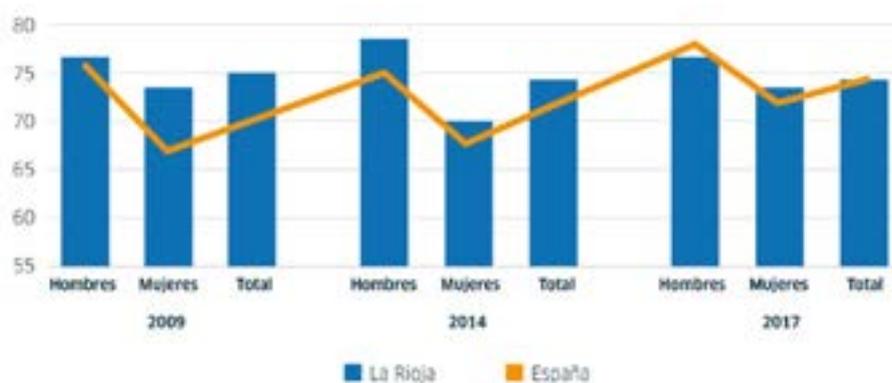
El porcentaje de población adulta en riesgo de mala salud mental de las mujeres dobla al de los hombres (un 16,47% frente al 7,74%).

Figura 9. **Porcentaje de población con valoración positiva de su estado de salud**



Fuente: Datos del Sistema Riojano de Salud. Encuesta Nacional de Salud. Para el año 2009 Encuesta Europea de Salud en España. MSSSI/INE. INCLASNS. Los resultados se infieren a población general (resultados ponderados).

Figura 10. **Porcentaje de población de 65 años y más años con valoración positiva de su estado de salud**



Fuente: Datos del Sistema Riojano de Salud. Encuesta Nacional de Salud. Para el año 2009 Encuesta Europea de Salud en España. MSSSI/INE. INCLASNS. Los resultados se infieren a población general (resultados ponderados).

Figura 11. **Población adulta en riesgo de mala salud mental, 2017**



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España 2017. Informe monográfico de Salud Mental. Ministerio de Sanidad. 2017. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf

A nivel nacional, en 2017 el 18% de la población estaba en riesgo de mala salud mental, siendo la mayoría de este porcentaje mujeres (21,9%), mientras que el porcentaje de hombres era considerablemente menor (13,92%).

Con respecto a la última Encuesta Nacional de Salud de 2011, ha disminuido el porcentaje de personas en riesgo de mala salud mental a nivel nacional, y en la región de La Rioja, donde se ha pasado de un 17,52% a un 12,16% de la población riojana con este riesgo. En esta región se da también un mayor porcentaje en mujeres que en hombres, llegándose a duplicar la cifra (16,47% en mujeres frente a 7,74% en hombres).

En cuanto a la población infantil entre 4 y 14 años, el porcentaje de niños en riesgo de mala salud mental en España es superior al de las niñas (15,63% frente al 10,53%), mientras que en La Rioja el porcentaje de niñas con este riesgo es similar y el de niños desciende al 6,83%.

Figura 12. **Población infantil en riesgo de mala salud mental, 2017**



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España 2017. Informe monográfico de Salud Mental. 2017. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf

El porcentaje de población femenina con un grado limitación de las actividades de la vida cotidiana pero no grave es de 12,7%, frente al 11,8% para los hombres (inferiores los promedios de España). El tipo de problema que limita la actividad es principalmente físico (88,6% en hombres y el 79% en mujeres).

Tabla 9. **Porcentaje de población con limitación de actividades de la vida cotidiana**

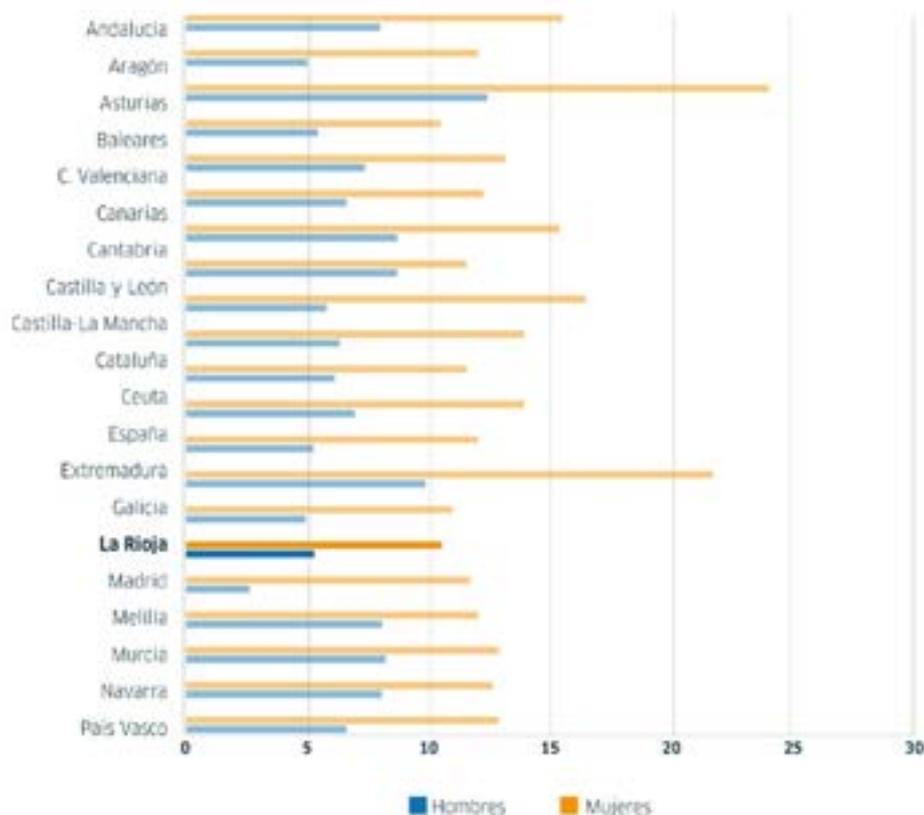
	LA RIOJA			ESPAÑA		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
GRADO DE LIMITACIÓN						
Gravemente limitado/a	3,7	2,6	4,8	4,3	4	4,6
Limitado/a, pero no gravemente	12,3	11,8	12,7	18,5	15,7	21,2
Nada limitado/a	84	85,6	82,5	77,2	80,2	74,2
TIPO DE PROBLEMA QUE LIMITA LAS ACTIVIDADES						
Físico	83,4	88,6	79,3	83,4	83,7	83,2
Mental	5,4	7,7	3,6	5,5	6,1	5
Ambos	11,2	3,7	17,1	11,1	10,2	11,8

Fuente: Datos del Sistema Riojano de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2017. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. NOTA. Población de 15 años o más. Instituto de Estadística de La Rioja.

Prevalencia de trastornos mentales

La Encuesta Nacional de Salud del año 2017 aporta datos sobre morbilidad psiquiátrica. Se pregunta si la persona “padece o ha padecido”, dentro de un listado de problemas, “depresión, ansiedad u otros trastornos mentales”. En caso de respuesta afirmativa, se pregunta a continuación si “lo ha padecido en los últimos 12 meses” y si “le ha dicho un médico que lo padece”.

Figura 13. **Prevalencia de algún trastorno mental (ansiedad, depresión u otros problemas mentales)* según género y comunidad autónoma (%). España 2017**



*padecida en los últimos 12 meses y diagnosticada por un médico.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España 2017. Informe monográfico de Salud Mental. 2017. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf

La prevalencia de depresión, ansiedad u otros problemas mentales en hombres de La Rioja fue en 2017 de 5,0%, mientras que en mujeres superó el doble, 11,1%.

En relación con la prevalencia de depresión, tanto a nivel nacional como en La Rioja se repite el mismo patrón, pues en mujeres esta prevalencia es más del doble que en hombres (9,18% frente a 4,04% en España y 7,86% frente a 2,58% en La Rioja).

En la prevalencia de ansiedad se da un fenómeno similar, tanto en España como en La Rioja, pues el porcentaje de mujeres en La Rioja (4,55%) y en España (9,07%) son el doble que el de hombres con esta prevalencia en La Rioja (2,53%) y en el territorio nacional (4,28%).

En la opción de otros problemas mentales encontramos cifras parecidas en ambos géneros tanto a nivel nacional (cerca del 2%) como en la región riojana (en torno al 1,78%).

Y, por último, en la respuesta a la encuesta “alguna de las anteriores”, se vuelve a cumplir el patrón de superar el doble de la prevalencia en mujeres que la de los hombres, siendo el total en La Rioja del 8,11% y en España del 10,76%.

El Anuario Estadístico de La Rioja recoge que en 2019 había en la región un total de 3.468 personas reconocidas con discapacidad psíquica, en concreto con algún tipo de trastorno mental, 1.667 de ellas hombres y 1.801 mujeres.

En cuanto a la patología atendida en Atención Primaria, se ha registrado una tendencia creciente en el periodo 2015-2019 analizado.

En 2019, los grupos patológicos más diagnosticados y que suponen el 71,9% de las consultas atendidas son: Piel y faneras supone el 11,7% de lo atendido, le sigue Aparato respiratorio con un 10,7%, Aparato locomotor con un 10,5%, Aparato Digestivo (9,5%), Aparato circulatorio (7,8%), Aparato endocrino (7,4%) Problemas generales e inespecíficos (7,3%) y **Problemas psicológicos** con un 7%.

Tabla 10. **Episodios clasificados por los grupos CIAP2 atendidos por Equipos de Atención Primaria. La Rioja, 2015-2018**

Grupos patológicos	2015	2016	2017	2018	2019	%
Problemas generales e inespecíficos	124.642	128.439	132.034	167.961	173.998	7,3
Sangre, órg.h. y sist. Inmunitario	72.741	76.425	81.106	44.059	44.682	1,9
Aparato Digestivo	194.734	200.507	209.226	219.022	226.778	9,5
Ojo y anejos	141.863	147.219	152.542	159.672	164.992	6,9
Aparato auditivo	71.125	71.846	74.302	91.552	92.786	3,9
Aparato circulatorio	158.666	166.055	173.330	180.054	186.496	7,8
Aparato locomotor	220.064	226.581	235.342	242.882	249.625	10,5
Sistema nervioso	88.182	91.444	96.194	92.618	97.471	4,1
Problemas psicológicos	134.530	141.728	149.087	159.463	166.942	7
Aparato respiratorio	230.225	235.174	240.125	250.496	254.191	10,7
Piel y faneras	237.514	246.160	256.583	268.797	278.681	11,7
Aparato endocrino	146.469	154.081	161.215	168.501	175.427	7,4
Aparato urinario	69.131	71.786	76.850	83.417	86.655	3,6
Planificación familiar	35.081	36.060	37.473	39.016	40.110	1,7
Aparato genital femenino y mamas	67.830	70.669	74.062	76.953	80.156	3,4
Aparato genital masculino	34.893	35.939	37.679	40.104	41.197	1,7
Problemas sociales	15.786	17.659	19.701	20.703	23.497	1
Total Año	2.043.476	2.117.772	2.206.851	2.305.270	2.383.684	100

Fuente: Datos del Sistema Riojano de Salud. Cuadro de Mandos del SERIS Morbilidad (mayo 2021)

Por género, las mujeres acuden más a la consulta de medicina de Atención Primaria por un problema de salud mental que los hombres. En 2019, el 56,4% corresponde a consultas de salud mental realizadas por mujeres frente al 43,6% de las consultas de hombres.

Por grupos de edad, los grupos patológicos más atendidos son:

- Menores de 14 años: respiratorio, piel, digestivo, problemas inespecíficos y auditivos.
- 15-49: piel, respiratorio, locomotor, digestivo y **problemas psicológicos**.
- 50-64 años: locomotor, piel, digestivo, respiratorio y endocrino.
- Mayores de 65 años: circulatorio, locomotor, endocrino, respiratorio y **problemas psicológicos**.

Los problemas psicológicos se encuentran, por tanto, entre las patologías más comunes atendidas en los grupos de edad de 15 a 49 años y en mayores de 65.

En cuanto a la prevalencia de problemas de salud mental en adolescentes de La Rioja, un estudio realizado por miembros de la Universidad de La Rioja, en 2020 identificó subgrupos de adolescentes con dificultades emocionales y conductuales mediante análisis de perfiles latentes y analizó el patrón diferencial de ajuste personal, socioafectivo y escolar entre los perfiles latentes identificados. Los resultados mostraron que el 7,3% de los adolescentes obtuvo puntuaciones de riesgo de problemas emocionales y conductuales según la puntuación total de dificultades del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (Strengths and Difficulties Questionnaire SDQ). Por su parte, el 13,7% se ubicó en la franja de puntuación Límite y el 79% de la muestra se encontraba en el grupo de No riesgo. Considerando las puntuaciones de las subescalas del SDQ, se observó que el 13,5% presentaba puntuaciones elevadas en la franja de Posible riesgo de Problemas emocionales, el 8,5% en Problemas conductuales, el 6,1% en Problemas con compañeros, el 16,5% en Hiperactividad y el 1,7% en Comportamiento prosocial.

3.3.1.1. Morbilidad hospitalaria

Estancias hospitalarias

Las estancias han pasado de 282.587 en 2017 a 312.437 en 2019, lo que supone un incremento de un 10,56%. El porcentaje en hombres es del 49% en 2017 y 54,65% en 2018.

En 2019 se dan en La Rioja un total de 312.437 estancias hospitalarias, de las que el 50,7% fueron de varones, mientras que en España fueron el 52,1% de las estancias hospitalarias. Cuando se excluyen las estancias hospitalarias producidas por complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, los porcentajes anteriores se elevan al 53,5% en La Rioja y al 55,3% en España.

Por diagnóstico principal las causas que más estancias causan son:

- 1º **Trastornos mentales y de comportamiento** son las que más estancias provocaron, con un 20,4% del total, 5 puntos por encima de lo registrado en España.
- 2º Enfermedades del aparato circulatorio con el 14%.
- 3º Enfermedades del aparato respiratorio con el 10,9% del total de estancias.

4º Lesiones, envenenamientos y otras causas externas (10,2%).

5º Enfermedades del aparato digestivo (8,7%).

En el caso de los trastornos mentales, la estancia media en hombres pasó de 37,6 en 2017 a 69,8 en 2018, mientras que en mujeres descendió de 76,0 en 2017 a 32,4 en 2018. Estas estancias fueron las más altas de entre todas las causas de hospitalización.

Tabla 11. **Estancias causadas según diagnóstico principal (%)**
La Rioja 2019

	La Rioja %	España %
Trastornos mentales y de comportamiento	20,4	15,1
Enfermedades del aparato circulatorio	14	14,1
Enfermedades del aparato respiratorio	10,9	11
Lesiones, envenenamientos y otras causas externas	10,2	9,8
Enfermedades del aparato digestivo	8,7	8,6
Neoplasias (Tumores)	8,6	9,6
Enfermedades del aparato genitourinario	4,9	4,5
Enfermedades del aparato musculoesquelético	3,4	4,7
Enf. Infecciosas y parasitarias	3,4	3
Resto causas	15,5	19,6

Fuente: Datos del Sistema Riojano de Salud. Instituto de estadística de La Rioja.

Estancia media

La estancia media hospitalaria en La Rioja en el año 2019 fue de 9,1 días, superior en 1 día a la registrada a nivel nacional (8,1 días). Por géneros, la estancia media en La Rioja alcanzó los 9,3 días para los hombres (8,8 días en España) y los 8,8 días en mujeres (7,5 en España) cifras por encima de los datos registrados en España.

La estancia media varía significativamente en función del diagnóstico, siendo **Trastornos mentales y de comportamiento** (99,3 días) la patología que presentó una estancia media de mayor duración; a nivel nacional esta causa supuso 50,6 días de ingreso como media.

La mayor estancia media en días se da, por tanto, en **Trastornos mentales y de comportamiento**, tanto en España como en La Rioja, siendo mayor en mujeres (127,1) que en hombres (81,0) en el caso de la Rioja.

3.3.2. Mortalidad

En el periodo 2006 a 2019, las tasas brutas de mortalidad han aumentado, tanto en el caso de los varones (0,75% de promedio anual con respecto al año anterior) como en las mujeres (1,2%). Sin embargo, cuando las tasas se ajustan por edad, en el caso de los varones, las tasas ajustadas suavizadas de mortalidad por el conjunto de todas las causas han mostrado un ligero descenso con un promedio del 1,6% anual. Este descenso ha sido del 1,1 en mujeres. La sobremortalidad masculina ha sido de 1,10, con un mínimo de 1,04 y máximo de 1,18³⁴.

La mayoría de las tasas ajustadas por grandes grupos han tenido descensos en el periodo estudiado, con algunas excepciones. En mujeres, han aumentado las enfermedades del sistema respiratorio desde 2012 y los trastornos mentales y del comportamiento. En los varones, también han aumentado los **trastornos mentales y del comportamiento** y, ligeramente, las enfermedades del sistema nervioso.

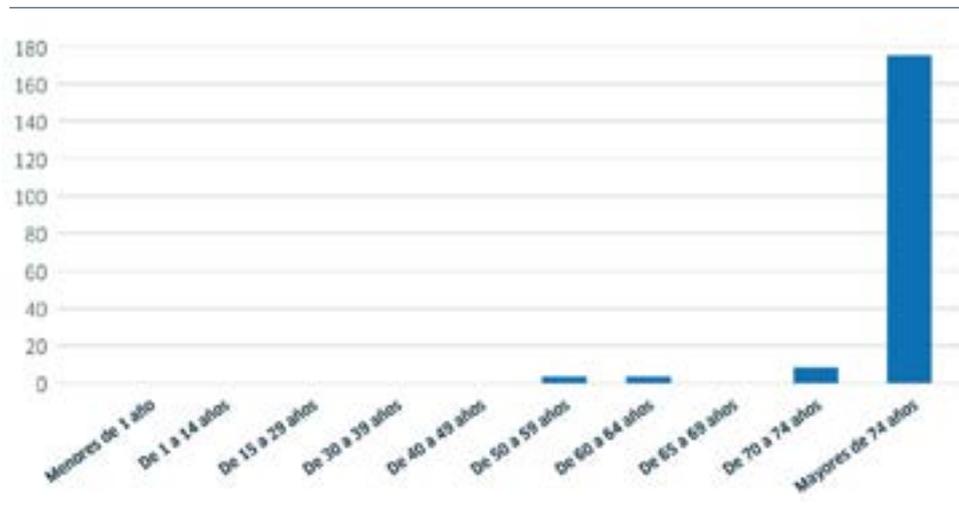
Figura 14. **Tasas ajustadas suavizadas de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento por 100.000 habitantes según año de defunción y género. Período 2006-2019. La Rioja.**



Fuente: Datos del Sistema Riojano de Salud.

También recoge el Anuario Estadístico de La Rioja el número de defunciones por principales causas en 2018, entre las que se incluye, los trastornos mentales y de comportamiento, en cuyo caso la mayoría de las defunciones tuvieron lugar en el grupo de población mayor de 74 años (173 casos en 2018)³⁵.

Figura 15. **Defunciones por trastornos mentales y del comportamiento por grupos de edad- La Rioja 2018**



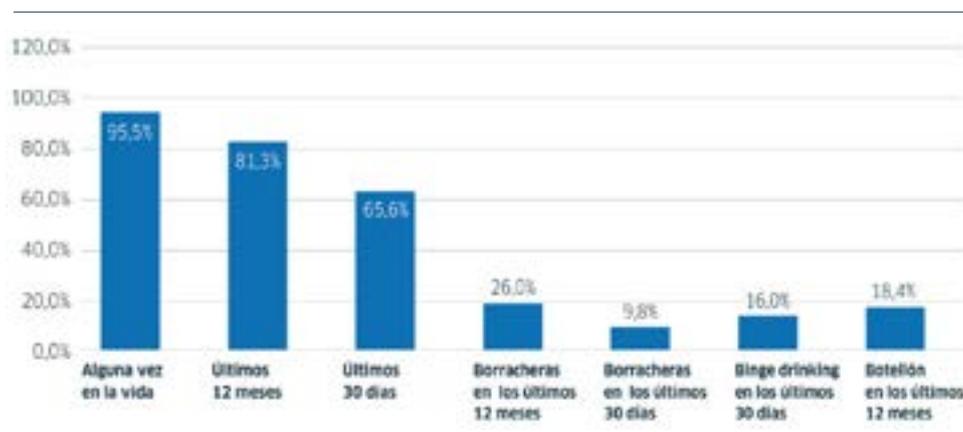
Fuente: La Rioja en Cifras 2020. Anuario Estadístico de La Rioja. 2020.

Disponible en: <https://www.larioja.org/larioja-client/cm/estadistica/images?idMmedia=1259037>

3.3.3. Alcohol. Porcentaje de bebedores en riesgo de abuso alcohol

El consumo de bebidas alcohólicas constituye uno de los principales factores relacionados con el estado de salud de la población. Está implicado en la etiología y/o desarrollo de un importante número de enfermedades (cardiovasculares, del aparato digestivo, neurológicas, cáncer, dependencia alcohólica, intoxicación aguda...) y problemas sociales (accidentes, violencia, absentismo laboral...)³⁷.

Figura 16. **Consumo de alcohol en La Rioja 2019**



Fuente: Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) 1995-2019/2020. 2020. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf

Según el informe ESTUDES 2021³⁸, la media de edad de inicio de consumo de sustancias entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años es igual o ligeramente inferior en La Rioja a la media del territorio nacional, siendo la edad de inicio de consumo de tabaco y de alcohol aproximadamente los 14 años.

Tabla 12. **Edad media de inicio de consumo de sustancias en La Rioja y en España, 2021**

	Edad media inicio consumo Tabaco	Edad media inicio consumo Tabaco diario	Edad media inicio consumo Alcohol	Edad media inicio consumo Cannabis
España	14,1	14,7	14	14,9
La Rioja	14,1	14,6	13,8	14,8

Fuente: Informe ESTUDES 2021. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España 1994-2021. Observatorio español de las drogas y las adicciones. Ministerio de Sanidad. 2021. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/gl/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2021_Informe_de_Resultados.pdf

La prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en este sector de la población alguna vez en su vida es del 73,6%, en los últimos doce meses del 69,9% y en los últimos 30 días del 56,4%. Comparando estos datos con los de la encuesta ESTUDES de 2012 se ve una disminución en las prevalencias.

Figura 17. **Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días en España entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años por CCAA, 2021**



Fuente: Informe ESTUDES 2021. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España 1994-2021. Observatorio español de las drogas y las adicciones. Ministerio de Sanidad. 2021. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/gl/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2021_Informe_de_Resultados.pdf

Por otro lado, la prevalencia de **borracheras** en los últimos 30 días en este grupo fue del 25,5%, cifra superior al conjunto nacional (23,2%). La prevalencia de **binge drinking** (beber 5 o más bebidas en hombres y 4 o más bebidas en mujeres en un intervalo de dos horas) en La Rioja en los últimos 30 días fue del 30,3%, de las más altas de España, mientras que la nacional fue del 27,9%.

Figura 18. **Borracheras en los últimos 30 días en España entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años por CCAA, 2021**



Fuente: Informe ESTUDES 2021. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España 1994-2021. Observatorio español de las drogas y las adicciones. Ministerio de Sanidad. 2021. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/gl/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2021_Informe_de_Resultados.pdf

La encuesta sobre consumo de alcohol y otras drogas EDADES 2019/2020³⁷ muestra la prevalencia en España en 2019/2020 del **consumo de bebidas alcohólicas** entre la población de 15-64 años de edad. Esta prevalencia es superior en La Rioja que en la media de España tanto en el consumo alguna vez en la vida (95,5% frente al 93,0%), en los últimos doce meses (81,3% frente al 77,2%) y en los últimos 30 días (65,6% frente al 63,0%). Esta prevalencia en el consumo de alcohol en los últimos 30 días (63,0%) para 2019 es prácticamente igual a la que se obtuvo en 2017 (62,7%).

Figura 19. **Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días en España por CCAA entre 15 y 64 años, 2019**



Fuente: Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) 1995-2019/2020. Ministerio de Sanidad. 2020.
 Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemainformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf

En relación con la prevalencia de **borracheras** en los últimos 30 días, cabe destacar que La Rioja es la comunidad autónoma que registra un mayor porcentaje de personas que se han emborrachado en el último mes, con un 9,8% de prevalencia frente al 6,8% del territorio nacional para 2019.

Figura 20. **Prevalencia de borracheras en los últimos 30 días en España por CCAA entre 15 y 64 años, 2019**



Fuente: Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) 1995-2019/2020. Ministerio de Sanidad. 2020.
 Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemainformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf

Además, entre las comunidades que cuentan con las mayores prevalencias para el **botellón** en los últimos 12 meses se encuentra también La Rioja con un 18,4% frente al 9,9 de España en 2019.

Figura 21. **Prevalencia de botellón en los últimos 12 meses en España por CCAA entre 15 y 64 años, 2019**



Fuente: Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) 1995-2019/2020. Ministerio de Sanidad. 2020.
 Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemainformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf

Bebedores de riesgo

Se considera bebedor (en adultos) de riesgo a la persona cuyo su consumo medio diario de alcohol puro supera el equivalente a 40 g/día para el caso del hombre y 20 g/día para el caso de la mujer. El equivalente en gramos de alcohol se obtiene a partir de la cantidad y de la graduación media de cada tipo de bebida.

Según los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud³⁹, La Rioja presentaba en 2017 un porcentaje de **bebedores de riesgo** inferior a la media nacional (0,82% respecto a 1,55%). Se observa, respecto a años anteriores, un descenso considerable del porcentaje de bebedores de riesgo, tanto en La Rioja como en España.

COVID-19 y consumo de alcohol

La pandemia por Covid-19 y las medidas adoptadas para su control han supuesto un importante impacto tanto sanitario como social y personal a todos los niveles. En concreto, los consumos de sustancias psicoactivas y otros comportamientos con potencial adictivo se han podido ver afectados. La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y, en concreto, su

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones está realizando un seguimiento de la situación a través de los sistemas de información ya implantados, seguimiento que se ha reforzado mediante diferentes iniciativas, tal como se recoge en el informe preliminar sobre el impacto de la Covid-19 en las adicciones en España, publicado en junio de 2020⁴⁰.

Según este informe, la Encuesta web Europea Alcohol y COVID 19, realizada como una colaboración entre varios institutos de investigación de Europa, tiene como objetivo principal estudiar las experiencias personales y los potenciales cambios de conducta en relación al consumo de sustancias psicoactivas durante la pandemia. Los resultados indicaron que la mayoría de las personas encuestadas han reducido el consumo de alcohol o lo han mantenido sin cambios, tanto en relación a la frecuencia de consumo, como al número de bebidas en cada ocasión o a los episodios de consumo intensivo. Así, el 39,4% declara haber reducido su frecuencia de consumo, el 40,2% ha reducido el número de bebidas en cada ocasión y el 41,9% ha realizado un menor número de episodios de consumo intensivo.

Respecto al impacto de la pandemia sobre el consumo de alcohol, según datos de encuestas realizadas por el Observatorio Español de Drogas y Adicciones, ha habido un descenso o estabilización, tanto en cuanto a la frecuencia de consumo, como al número de bebidas en cada ocasión o a los episodios de consumo "intensivo" (más de 6 bebidas en la misma ocasión).

Figura 22. **Cambios en el consumo de alcohol respecto al último mes. Porcentajes (%)**

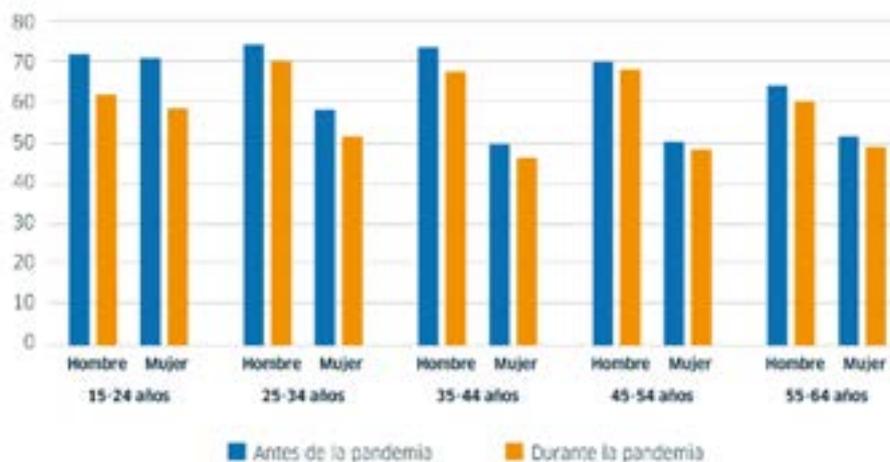


Fuente: COVID-19, consumo de sustancias psicoactivas y adicciones en España. DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. 2020. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2020_Coronavirus/pdf/20200715_Informe_IMPACTO_COVID-19_OEDA_final.pdf

Según lo recogido por la Encuesta OEDA-COVID 2020⁴¹, La prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en las personas entrevistadas de 15 a 64 años durante los meses previos a la pandemia por Covid-19, es decir, antes del mes de marzo de 2020, fue del 62%. Se observan diferencias según el género, siendo mayor el consumo en hombres que en mujeres (70,6% en hombres y 53,4% en mujeres). Dichos valores disminuyen ligeramente durante la pandemia,

siendo del 57,3% en el total de la población entrevistada de 15 a 64 años (66,2% en hombres y 48,3% en mujeres), disminución que es estadísticamente significativa en ambos géneros.

Figura 23. **Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas antes y durante la pandemia por Covid-19 en la población de 15 a 64 años, según edad y género (%). España 2020**



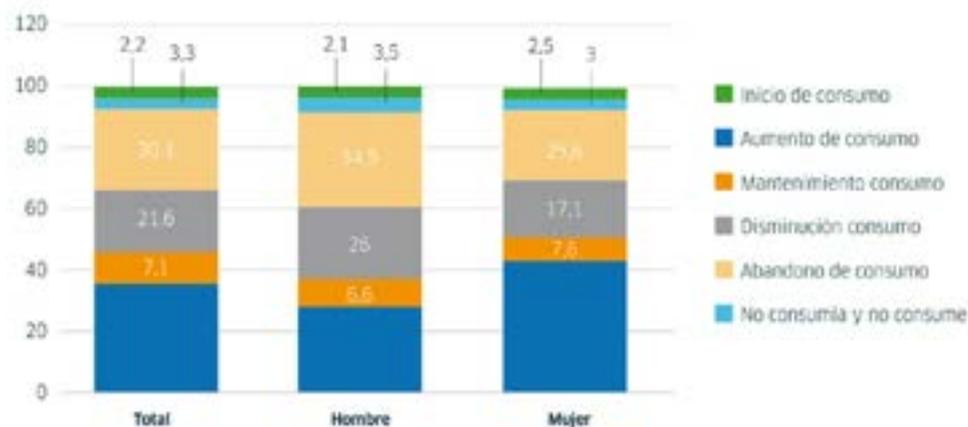
Fuente: Encuesta OEDA-COVID 2020 en la población de 15 a 64 años en España. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. 2020. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasinformacion/sistemainformacion/COVID-19/20210326_Informe_ENCUESTA_OEDA-COVID_2020_def.pdf

Analizando los resultados según la edad se observa que, en general, hay un menor consumo de bebidas alcohólicas en todos los tramos de edad durante la pandemia, encontrando una diferencia de consumo más importante en los grupos más jóvenes.

En lo que respecta a los **cambios en el patrón de consumo de alcohol**, cabe destacar que un 7,1% de la población refiere haber abandonado el consumo de alcohol durante la pandemia, mientras que un 2,3% señala haber empezado a consumirlo.

Además, un 3,3% ha aumentado el consumo, un 30,1% ha mantenido el mismo consumo que antes de la pandemia y alrededor de un 21,6% refiere haber disminuido las cantidades de alcohol ingeridas. Entre los que señalan que han aumentado el consumo de alcohol durante la pandemia, el 93,6% refieren haber aumentado la frecuencia de consumo y el 51,3% la cantidad consumida. Diferenciando por género, se aprecia una gran diferencia entre los hombres y mujeres que no consumían alcohol antes de la pandemia, siendo mucho mayor el porcentaje en el caso de las mujeres. También se observa un mayor porcentaje de mujeres que de hombres que abandonan el consumo de bebidas alcohólicas durante la pandemia por Covid-19. Sin embargo, se observa una mayor proporción de hombres que mantienen su consumo o lo disminuyen tras el inicio de la pandemia.

Figura 24. **Cambios en el patrón del consumo de alcohol durante la pandemia por Covid-19 entre la población de 15 a 64 años, según género (%). España, 2020**



Fuente: Encuesta OEDA-COVID 2020 en la población de 15 a 64 años en España. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. 2020. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasinformacion/sistemaInfor-macion/COVID-19/20210326_Informe_ENCUESTA_OEDA-COVID_2020_def.pdf

En general, se concluye que, respecto a la población de 15 a 64 años, se observa que durante la pandemia ha disminuido el consumo de bebidas alcohólicas en ambos géneros y en todos los grupos de edad. El consumo de bebidas alcohólicas es mayor en hombres y hay mayor consumo diario según se incrementa la edad de las personas encuestadas. La prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas a diario en los últimos 30 días durante la pandemia fue del 9,4%⁴¹.

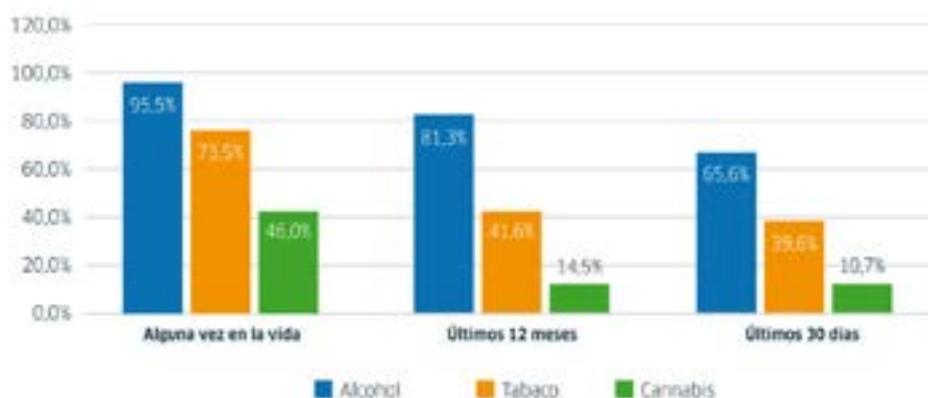
Se observa un descenso en los consumos intensivos de alcohol en forma de borracheras durante la pandemia en ambos géneros y en todos los grupos de edad, especialmente en personas menores de 25 años. Por otra parte, el 16% de la población de 15 a 64 años realizó un posible consumo de riesgo de alcohol durante la pandemia, siendo mayor el consumo de riesgo de alcohol en hombres que en mujeres.

Pese a estos datos procedentes de encuestas oficiales, desarrolladas en la fase de confinamiento y primeras olas de la pandemia, diferentes entidades en La Rioja vienen detectando en los últimos meses un incremento del consumo de alcohol en la región, especialmente entre las mujeres. Parece evidente la necesidad de realizar un seguimiento de la evolución del consumo de alcohol en La Rioja, dada las consecuencias a medio y largo plazo que se pueden derivar de la pandemia por Covid-19 y las características especiales de la región vitivinícola y la influencia que esto puede tener en el consumo de alcohol de esta población.

3.3.4. Consumo de drogas. Análisis de situación

Respecto al **consumo de drogas ilegales**, la encuesta EDADES³⁷ recoge que el **cannabis** es con mucha diferencia la que está más extendida en España. En términos evolutivos, continúa la tendencia creciente de consumo iniciada en 2013 obteniéndose en 2019 el máximo valor de la serie histórica (37,5%) y superando en 2,3 puntos porcentuales al dato obtenido en 2017. Además, un 2,9% de la población consume cannabis de manera diaria, alcanzando esta edición el máximo porcentaje de la serie histórica. De acuerdo con esta encuesta, la cocaína es la segunda droga ilegal más consumida en el país. El 11,2% de la población de 15 a 64 años reconoce haberla consumido alguna vez en la vida, indicador que se ha visto incrementado en casi 1 punto porcentual con respecto al dato registrado en 2017.

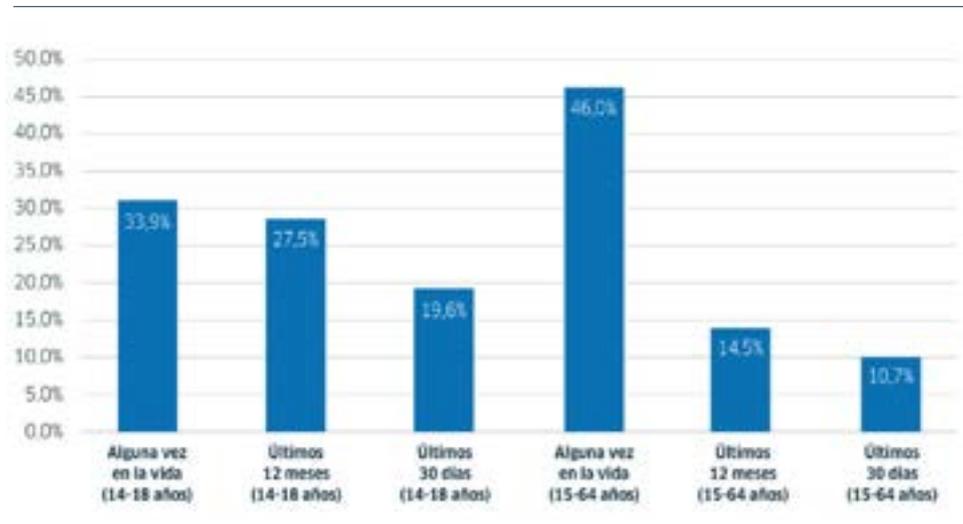
Figura 25. **Prevalencias de consumos en La Rioja, 2019**



Fuente: Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) 1995-2019/2020. Ministerio de Sanidad. 2020. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasinformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf

Según el informe ESTUDES 2020⁴², la edad media de inicio en el consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años en La Rioja en 2018 fue a los 15 años, similar a la edad media en España. Además, la prevalencia en el consumo de esta droga en este intervalo de la población en 2020 alguna vez en su vida es del 33,9%, en los últimos 12 meses del 27,5% y en los últimos 30 días del 19,6%, cifras muy similares a las del conjunto de jóvenes en esta edad en España.

Por otro lado, la encuesta EDADES³⁷ recoge la edad media de inicio de consumo de **cannabis** en personas de 15 a 64 años en 2019/2020, la cual es de 19,1 años, edad ligeramente superior a los 18,5 del conjunto de España.

Figura 26. **Consumo de Cannabis en La Rioja, 2019**

Fuente: Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) 1995-2019/2020. Y Informe ESTUDES 2020. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Ministerio de Sanidad. 2020. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2020_Informe.pdf

En cuanto a la prevalencia de consumo de esta sustancia en este rango de la población, el porcentaje que la ha consumido alguna vez en su vida en La Rioja es del 46,0%, superior al 37,5% de España; el de personas que la han consumido en los últimos doce meses en la región es del 14,5% frente al 10,5% de media en España y, el de consumo en los últimos 30 días es del 10,7% frente al 8,0% del territorio nacional, siendo por tanto el consumo de cannabis superior en La Rioja que en España para esta población, lo que hace que esta región se encuentre entre las comunidades con mayores porcentajes de consumidores de cannabis del país. Respecto al consumo de cannabis en los últimos 30 días en La Rioja, ha aumentado dicho consumo con respecto a 2011 en 3 puntos porcentuales y de 4 puntos porcentuales respecto a 2013. Respecto al consumo de cannabis en los últimos 30 días a nivel nacional, hay un descenso respecto al dato de 2017 de alrededor de 1 punto porcentual, aunque supone un aumento de 1 punto porcentual respecto a 2011.

Figura 27. **Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días en España por CCAA, entre 15 y 64 años, 2019**



Fuente: Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) 1995-2019/2020. Ministerio de Sanidad. 2020. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf

COVID-19 y consumo de drogas

En general, la situación en las comunidades autónomas sobre admisiones a tratamiento para iniciar programas de deshabituación o cesación del consumo de sustancias psicoactivas ha sido de un notable descenso. Según lo comunicado por las comunidades autónomas que han podido aportar una información cuantitativa del número de admitidos a tratamiento durante el desconfinamiento general por COVID-19, la reducción de esta demanda de tratamiento se sitúa en una media del 70%, sin claras diferencias entre hombres y mujeres (70,2% y 65,5%, respectivamente). La mayoría de los admitidos son hombres (76,6%), patrón que es constante a lo largo de la serie histórica del indicador⁴⁰.

Este hecho ha estado motivado en muchos casos por la priorización que han hecho los servicios de atención de los casos que precisaban tratamientos sustitutivos con metadona o equivalentes, así como de los casos consumidores de heroína en situación de calle/sin techo. Así, los opioides que tradicionalmente ocupan el cuarto puesto detrás del alcohol, la cocaína y el cannabis, han pasado a ser la primera droga seguida de alcohol, cocaína y cannabis.

En lo relativo a las urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, la valoración reviste mayor dificultad, dado que la mayoría de comunidades autónomas no han podido acceder a los datos de atenciones en tiempo real. No obstante, la información recogida permite señalar que las urgencias también han sufrido un descenso en este periodo de confinamiento, si bien más moderado que las admisiones a tratamiento. Varias comunidades autónomas coinciden en señalar un menor descenso relativo en el caso de mujeres, con urgencias generalmente relacionadas con el consumo de alcohol e hipnosedantes. En el caso de los hombres, que siguen

siendo la mayoría de atendidos por este tipo de urgencias, las sustancias principales habrían sido el alcohol y la cocaína.

En general, la mayoría de las personas encuestadas que se declaran consumidoras de sustancias psicoactivas ilegales han cesado o han reducido la frecuencia o la cantidad de su consumo (71,9%), mientras que el 16,3% de ellos no han realizado cambios y tan solo el 11,9% de los consumidores ha aumentado la frecuencia o la cantidad del consumo durante el periodo de confinamiento por Covid-19.

Esta tendencia general de reducción se aprecia para todas las sustancias, aunque, en el caso del cannabis, existe un mayor porcentaje de personas que no han variado su consumo o, incluso, lo han aumentado, posiblemente asociado a la mayor disponibilidad de esta sustancia que, aunque se haya visto reducida durante el periodo de confinamiento, sigue siendo la droga ilegal de mayor disponibilidad.

Las razones apuntadas por las personas encuestadas para reducir el consumo han sido, en primer lugar, la menor disponibilidad para adquirir drogas, que han podido comprar por diversas vías, encontrando dificultades a la hora de recoger lo comprado durante el confinamiento por Covid-19, seguido del hecho de tener menos oportunidades para consumir drogas y la preocupación por los efectos en la salud, siendo minoritarios los motivos económicos.

3.3.5. Adicciones comportamentales durante la pandemia por Covid-19

Según el informe sobre el impacto del Covid-19 en el consumo de sustancias y adicciones en España, los resultados preliminares sugieren que las medidas impuestas para el control de la epidemia por COVID-19 han tenido un impacto sobre los consumidores de sustancias psicoactivas que, en términos generales, han cesado o reducido su consumo, mientras que el **consumo tecnológico se habría visto incrementado**⁴⁰.

Los resultados de la encuesta online sobre uso de internet, videojuegos y juego con dinero online durante la pandemia por COVID-19 (IVJ-COVID-19) realizada por el OEDA a través de la web entre el 18 de mayo y el 30 de junio de 2020 muestran, entre las personas que han participado, un aumento tanto en la frecuencia de uso de videojuegos como en la frecuencia de uso de internet, reflejando una disminución en la frecuencia de juego con dinero online junto a un cambio en el tipo de juego usado.

Durante el periodo de confinamiento, han empezado a usar videojuegos el 15,2% de las personas encuestadas. Además, el 7,2% de las personas jugadoras que han contestado la encuesta presentarían un posible trastorno por videojuegos según escala de criterios DSM-V, mayor entre los encuestados menores de 18 años.

Además, el 68,9% de las personas encuestadas declaran haber aumentado el uso de internet (72,2% en mujeres, 67,5% en hombres). Entre las personas que referían usar internet, el 11,2%

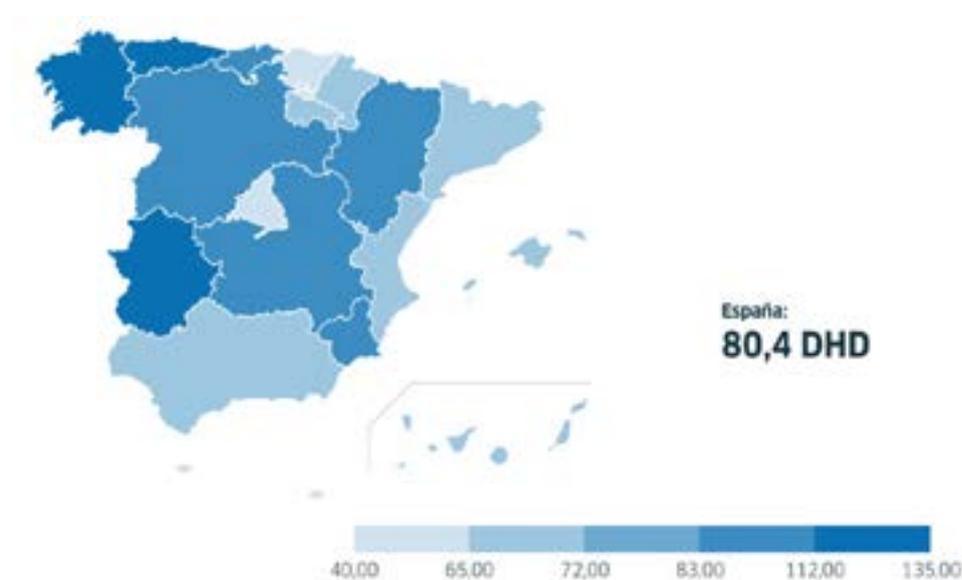
presentan un posible uso compulsivo según la escala CIUS, siendo este comportamiento más frecuente entre los jóvenes. El 86,6% de las personas que contestaron la encuesta referían no haber jugado con dinero online ni antes ni durante el confinamiento. Entre aquellas que jugaron, el 28,5% refiere jugar con la misma frecuencia, el 26% señala que durante el confinamiento la ha aumentado (16,5% se iniciaron en el juego) y el 45,5% señala que la ha disminuido. Según la escala Lie/Bet, el 26,3% de las personas encuestadas que han jugado dinero antes o durante el confinamiento tendrían un posible juego problemático, lo que supone el 2,7% del total de personas participantes en la encuesta.

Existe un reciente estudio⁴³ realizado por profesionales españoles, entre los que se encuentran miembros de la Universidad de La Rioja, sobre el *gambling* (conductas relacionadas con juegos y apuestas) en adolescentes y su relación directa con los trastornos mentales. Este estudio analizó la prevalencia del juego en adolescentes en España y se examinaron las conductas de juego según género y edad, identificando su posible relación con varios indicadores de salud mental. Los resultados mostraron que el 20,6% de los adolescentes que participaron en el estudio habían apostado dinero en el último año. La mayor prevalencia de juego se encontró en niños y adolescentes a partir de los 16 años. Además, los resultados mostraron que el comportamiento de juego estaba relacionado con diferentes indicadores de salud mental.

3.4. Consumo de psicofármacos

Según el informe del Sistema Nacional de Salud de 2019⁵⁸, en 2018, en España se consumieron 80,4 DHD (Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día) de antidepresivos, alcanzándose los mayores consumos en Asturias (120,0 DHD), Galicia (118,8 DHD) y Extremadura (112,8 DHD). Por su parte, La Rioja se encuentra en una posición media, en la franja entre 72,0 y 83,0 DHD.

Figura 28. **Consumo de antidepresivos por CCAA, España 2018. (DHD)**



Fuente: Ministerio de Sanidad. Informe del SNS 2019. 2021. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/Informe_SNS_2019.pdf

En cuanto al consumo de sustancias hipnóticas y sedantes, a nivel nacional, se han consumido 32,6 DHD durante 2018. En Cantabria (56,1 DHD), La Rioja (46,0 DHD) y Canarias (44,5 DHD) se produjeron los mayores consumos, mientras que en Melilla (19,1 DHD), Baleares (23,5 DHD) y Madrid (23,8 DHD) se produjeron los menores consumos.

Figura 29. **Consumo de sustancias hipnóticas y sedantes por CCAA, España 2018. (DHD)**



Fuente: Ministerio de Sanidad. Informe del SNS 2019. 2021. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/Informe_SNS_2019.pdf

Por su parte, los últimos datos de consumo de psicofármacos en La Rioja proporcionados por el Sistema Riojano de Salud revelan una tendencia creciente en los últimos años en el consumo de antidepresivos, alcanzando su máximo en 2020 con 78,29 DHD. El consumo de antipsicóticos se ha mantenido constante durante estos años con un ligero aumento en el último periodo. En cuanto a los ansiolíticos e hipnóticos y sedantes, su evolución ha ido aumentando poco a poco, con unas cifras de consumo similares.

Tabla 13. **Consumo de psicofármacos en La Rioja (2013-2020)**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
NO5A - ANTIPSICÓTICOS	8,84	8,79	8,78	8,91	9,19	9,45	9,65	10,11
NO5B - ANSIOLÍTICOS	38,81	39,65	40,49	41,06	40,95	42,44	42,98	44,21
NO5C - HIPNÓTICOS Y SEDANTES	36,82	37,75	38,54	39,6	40,38	42,81	43,86	44,82
NO6A - ANTIDEPRESIVOS	64,92	66,71	68,16	69,42	70,79	73,27	75,66	78,29

Datos en DHD (nº DDD por 1000 habitantes y día).

Fuente: Datos del Servicio Riojano de Salud. Inspección Farmacéutica. Dirección General de Humanización, Prestaciones y Farmacia. Consejería de Salud.

Figura 30. **Evolución del consumo de psicofármacos en La Rioja, en DHD. (2013-2020)**



Fuente: Datos del Servicio Riojano de Salud. Inspección Farmacéutica. Dirección General de Humanización, Prestaciones y Farmacia. Consejería de Salud.

Incremento del consumo de psicofármacos debido al COVID-19

Debido a la situación originada por la pandemia por COVID-19, se ha encontrado un gran aumento de las ventas de psicofármacos y de aquellos medicamentos que no exigen receta, al igual que del consumo de alcohol y de otros fármacos por falta del acceso a drogas ilegales, en especial de cocaína y cannabis⁴⁴.

Este incremento tan alarmante de la venta de psicofármacos se añade a los preocupantes datos de los últimos veinte años, que ya situaban a España antes de la pandemia como segundo país europeo de mayor consumo de ansiolíticos, cuarto en consumo de antidepresivos y sexto en hipnóticos y sedantes.

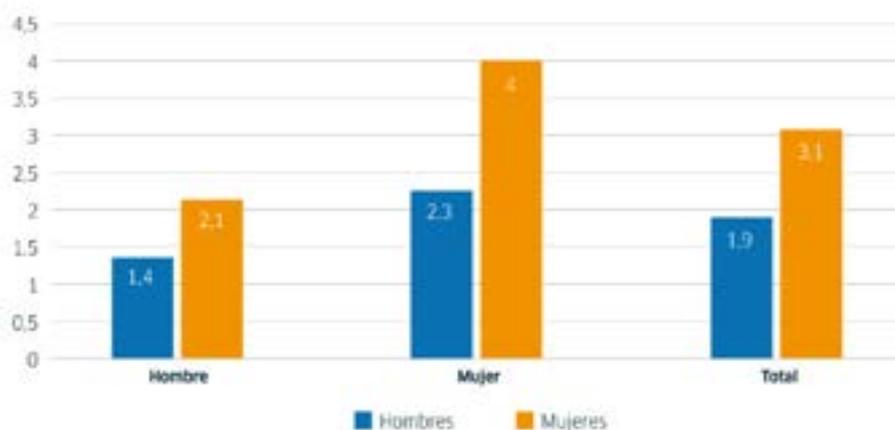
Previa a la COVID-19, los últimos datos de salud mental ya reflejaban que el 10,7% del total de la población española consumía tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir (tercera sustancia después del alcohol y el tabaco) y el 5,6% de la población tomaba antidepresivos, o estimulantes. Además, pese a la dificultad en la obtención de datos sobre el consumo de psicofármacos, debido a que no todas las comunidades autónomas los facilitan, o a que la AEMPS no ha actualizado los datos en los últimos cinco años, se han podido detectar diferencias entre las comunidades autónomas. Se han podido observar diferencias en 2017 en la variabilidad de género en la prescripción de tranquilizantes y antidepresivos. En 2017, el consumo de tranquilizantes en las mujeres fue más del doble en casi todas las comunidades autónomas, y casi se triplica en Aragón, Asturias, Cantabria y La Rioja. En cuanto a la prescripción de antidepresivos, ésta es al menos, tres veces mayor en mujeres que en hombres en Asturias, Cantabria, Castilla La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Madrid, Ceuta y Melilla, mientras que en La Rioja se pasó de cerca del 5% en hombres al 10% en mujeres, el doble⁴⁵.

Según el informe Tendencias Cofares de diciembre de 2020, en el periodo de marzo a noviembre de 2020, la demanda de fármacos considerados antidepresivos incrementó un +4,8% con respecto al mismo periodo de 2019. Aunque si analizamos qué ha ocurrido en el periodo de septiembre a noviembre de 2020 (coincidiendo con la segunda ola) el aumento de antidepresivos se acerca al 6% (+5,9%) con respecto a 2019, lo que podría explicarse por el concepto de “fatiga pandémica” entre la población que la propia OMS ha destacado⁴⁶.

También la Encuesta OEDA-COVID 2020³⁶ ha valorado el consumo de hipnosedantes sin receta, es decir el consumo de “tranquilizantes o somníferos tipo lexatin® u orfidal®”, siempre que no hayan sido recetados por un médico directamente a la persona encuestada.

La prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta entre las personas de 15 a 64 años durante los meses previos a la pandemia por Covid-19 fue del 1,9%, siendo mayor el consumo en mujeres que en hombres (1,4% en hombres y 2,3% en mujeres). Dichos valores aumentan de manera estadísticamente significativa ($p < 0,001$) durante la pandemia llegando al 3,1% en el total de la población de 15 a 64 años (2,1% en hombres y 4,0% en mujeres).

Figura 31. **Prevalencia del consumo de hipnosedantes sin receta antes y durante la pandemia por Covid-19 en la población de 15-64 años, por género (%). España, 2020**



Fuente: Encuesta OEDA-COVID 2020 en la población de 15 a 64 años en España. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. 2020. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/COVID-19/20210326_Informe_ENCUESTA_OEDA-COVID_2020_def.pdf

Analizando los resultados según la edad se observa que, antes de la pandemia, el consumo de hipnosedantes sin receta es similar en todos los grupos de edad mientras que, durante la pandemia, se produce un aumento de la prevalencia de consumo de estas sustancias que es mayor en el grupo de 25 a 54 años.

Respecto a los cambios en el patrón de consumo de los hipnosedantes sin receta, tanto en hombres como en mujeres el grupo más numeroso es el de las personas que no consumían

y siguen sin consumir, seguido de aquellas que inician o aumentan el consumo: el 2,2% han comenzado o ha aumentado el consumo de este tipo de sustancias, siendo el porcentaje superior en el caso de las mujeres (3,1% en mujeres frente a un 1,4% en los hombres).

Se observa un aumento del consumo de hipnosedantes sin receta durante la pandemia por Covid-19, que se da en todos los grupos de edad y en ambos géneros, pero es mayor en las mujeres, que son las que más consumen este tipo de sustancias. La prevalencia de consumo diario de hipnosedantes sin receta en los últimos 30 días durante la pandemia fue del 0,7%.

Tabla 14. **Cambios en el patrón del consumo de hipnosedantes sin receta durante la pandemia por Covid-19 en la población de 15-64 años, por género (%). España, 2020**

	Total	Hombre	Mujer
No consumía y no consume	96,3	97,3	95,2
Abandono o disminución	0,9	0,8	0,9
Mantenimiento	0,6	0,4	0,7
Inicio o aumento de consumo	2,2	1,4	3,1

Datos en DHD (nº DDD por 1000 habitantes y día).

Fuente: Datos del Servicio Riojano de Salud. Inspección Farmacéutica. Dirección General de Humanización, Prestaciones y Farmacia. Consejería de Salud.

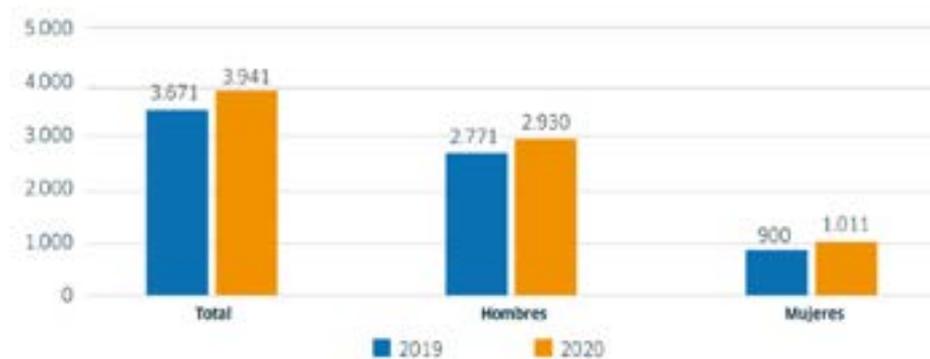
Esta encuesta también considera el consumo de analgésicos opioides sin receta, referido al consumo de “medicamentos para calmar el dolor, derivados de la morfina, tipo tramadol o fentanilo”, sin que se los haya recetado el médico directamente a la persona encuestada.

El 1,3% de las personas encuestadas declara haber consumido analgésicos opioides sin receta antes y durante la pandemia, no encontrándose diferencias por género. Tampoco se observan cambios en el patrón del consumo durante la pandemia.

3.5. Conducta suicida

El **Observatorio del Suicidio en España** ha publicado el avance de las cifras de suicidio de 2020 en España, registrándose 3.941 casos (74,3% hombres y 25,7% mujeres), 270 casos más que en 2019 (incremento del 7,35%)⁴⁸. Estos datos suponen un aumento del 5,74% en hombres y un incremento del 12,33% en mujeres.

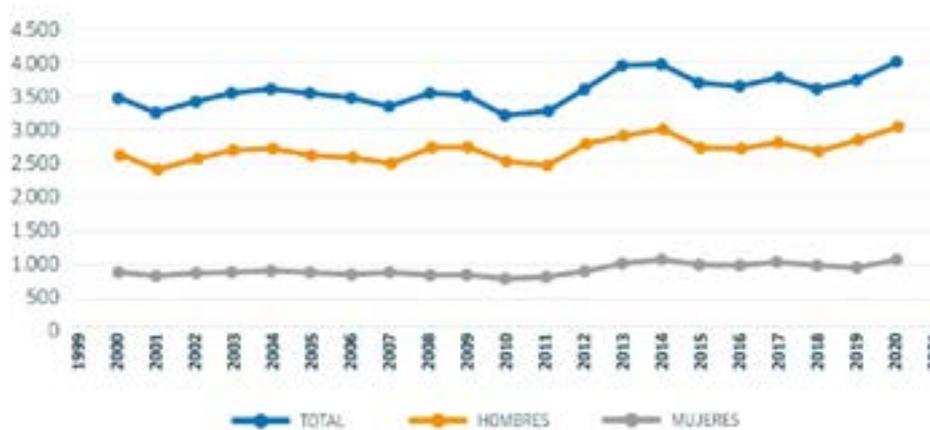
Figura 32. **Suicidios en España por géneros 2019-2020**



Fuente: Suicidios España 2020. Observatorio del Suicidio en España. 2021. Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>

En 2020 el número de suicidios en España alcanza el máximo histórico desde que se poseen datos (año 1906). Nunca se habían superado las 1.000 muertes por suicidio en mujeres.

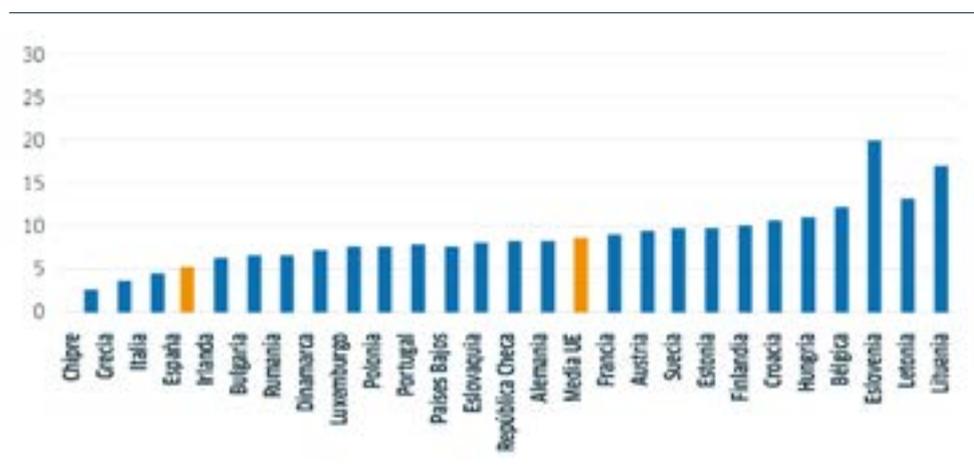
Figura 33. **Evolución de los suicidios en España por géneros desde el 2000 al 2020**



Fuente: Suicidios España 2020. Observatorio del Suicidio en España. 2021. Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>

En cuanto a la comparativa internacional, los datos más recientes de la OMS⁴⁹ sobre tasa de suicidios por 100.000 habitantes en países de la Unión Europea en 2019, sitúan a España entre las tasas más bajas, siendo el cuarto país con tasa más baja.

Figura 34. **Comparativa internacional de tasas de suicidio por 100.000 hab con países de la UE, 2019**



Fuente: Crude suicide rates (per 100 000 population). OMS. 2021.

Disponible en: <https://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-data?lang=en>

Según el avance de cifras de suicidio en España 2020⁴⁷, mientras que las políticas preventivas como las de seguridad vial o violencia de género parecen haber conseguido disminuir las víctimas por este motivo, en España son necesarios planes o estrategias específicas de prevención del suicidio que contribuyan a disminuir las actuales cifras. El suicidio sigue siendo la principal causa externa de muerte en España, triplicando casi a los accidentes de tráfico, multiplicando por 14 los homicidios y por 85 la violencia de género. Además, bajo otras causas externas (ahogamientos y envenenamientos, caídas u otros accidentes) pueden ocultarse muertes por suicidio que, por distintos motivos, no son asignadas a esta causa.

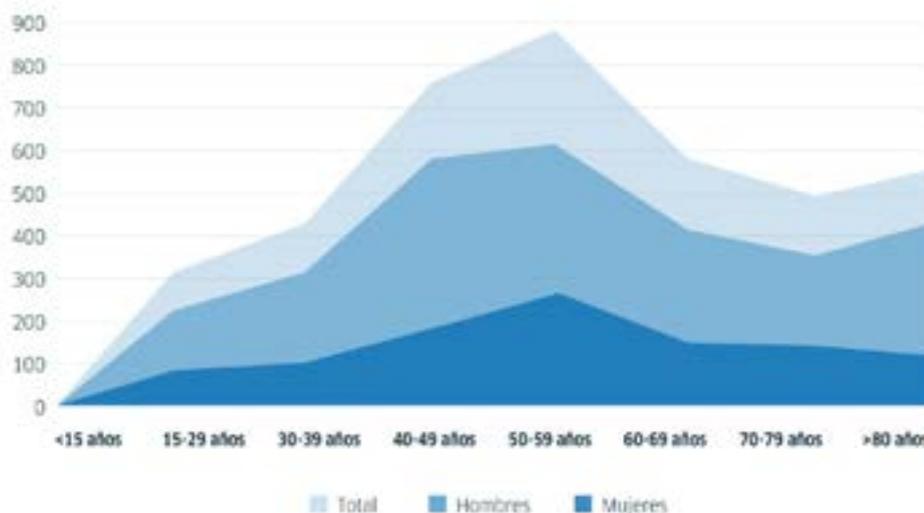
Figura 35. **Muertes por suicidio comparadas con otras causas de muerte en España, 2020**



Fuente: Suicidios España 2020. Observatorio del Suicidio en España. 2021.
Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>

En cuanto a las cifras por edad y género, se ha visto que en 2020 el mayor número de suicidios se ha producido entre los 40 y 59 años (1.608, un 41% del total). El suicidio en mujeres de 50 a 59 años ha aumentado un 27% respecto a 2019. Más de 1.000 suicidios al año se producen entre mayores de 70 años (1.036, un 26% del total) y los casos de suicidio en mayores de 79 años ha aumentado un 20% respecto a 2019, tanto en hombres como mujeres.

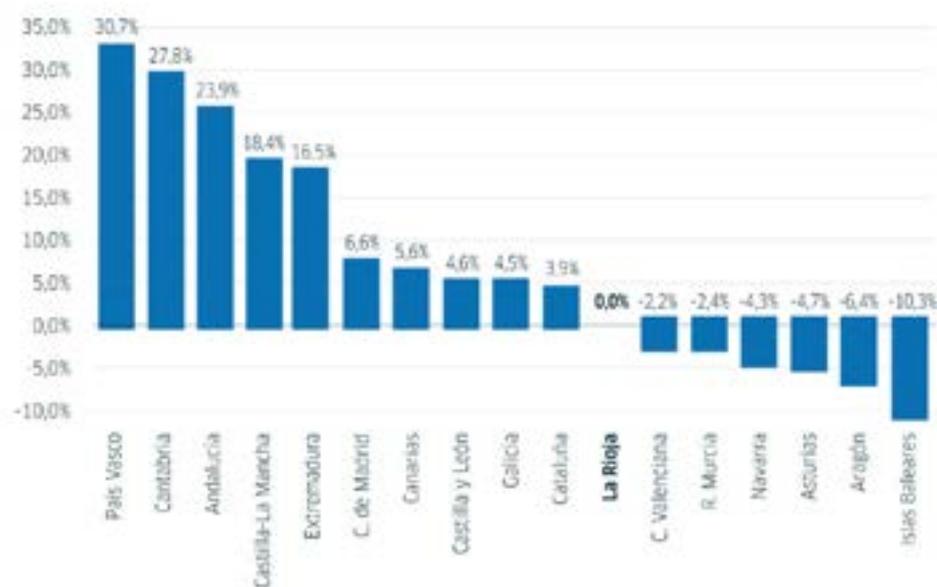
Figura 36. **Suicidios por edad y género en España, 2020**



Fuente: Suicidios España 2020. Observatorio del Suicidio en España. 2021.
Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>

Las variaciones respecto al año anterior son muy variables entre comunidades autónomas. Mientras que han aumentado significativamente en el País Vasco, Cantabria y Andalucía, han descendido en Aragón y, sobre todo, Islas Baleares, con una disminución de más del 10%. En La Rioja, no ha habido variación respecto al número de casos de 2019 que se mantiene constante en 29.

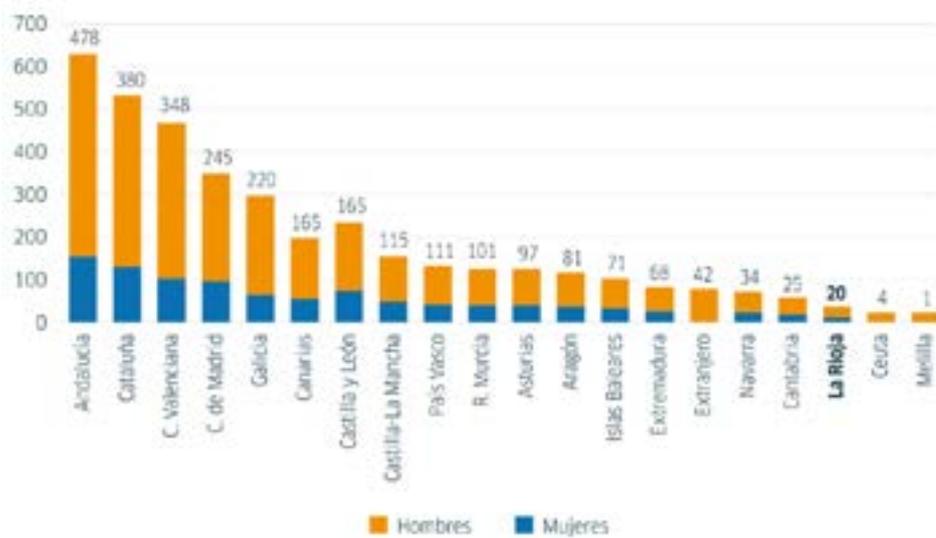
Figura 37. **Variación en los casos de suicidios entre 2019 y 2020 por CCAA**



Fuente: Suicidios España 2020. Observatorio del Suicidio en España. 2021.
 Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>

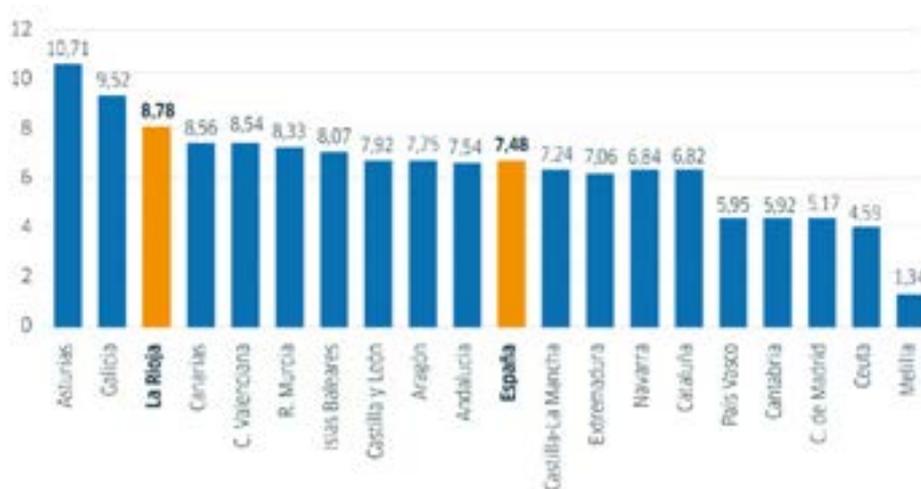
De los 29 suicidios que tuvieron lugar en La Rioja, 20 fueron en hombres y 9 en mujeres. En términos de tasa por 100.000 habitantes representar la tercera más elevada con un 8,78, por encima de la media de España, que fue del 7,48.

Figura 38. **Número de suicidios en España por género y CCAA en 2019**



Fuente: Suicidios España 2019. Observatorio del Suicidio en España. 2019.
 Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio/>

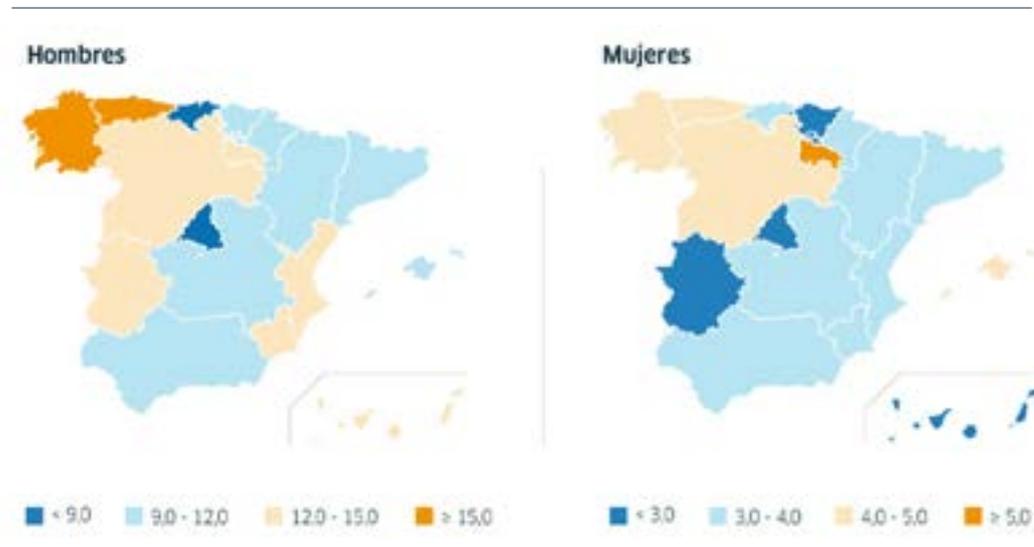
Figura 39. **Tasa de suicidios en España por 100.000, por CCAA, 2019**



Fuente: Suicidios España 2019. Observatorio del Suicidio en España. 2019.
 Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio/>

En 2019, la tasa en hombres en la región fue del 12,58 (mayor que la del territorio nacional de 11,95) y la de mujeres fue la mayor de España, con un 5,72, mientras que la del conjunto nacional era del 3,55. La ratio de suicidios hombres/mujeres en La Rioja fue el más bajo para este año 2019, de 2,22:1.

Figura 40. **Tasas de suicidios en hombres y mujeres por 100.000 habitantes y CCAA, 2019**



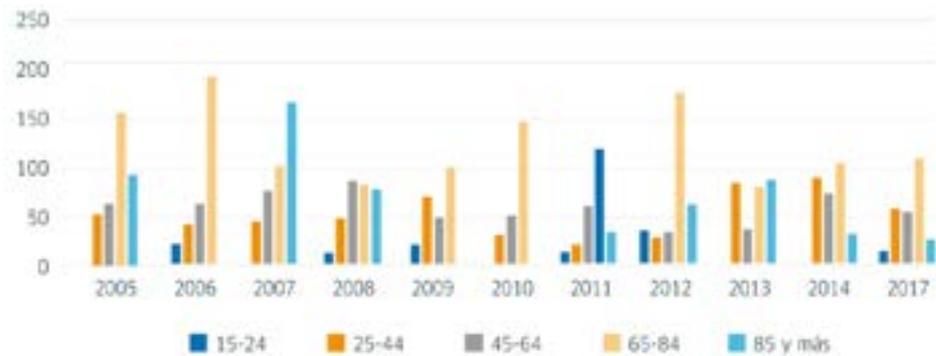
Fuente: Suicidios España 2019. [Internet]. Observatorio del Suicidio en España. 2019. [Consultado 1 julio 2021].
 Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio/>

Comparando estos datos con las tasas de suicidios en 2013 analizadas en el anterior plan de salud mental, La Rioja ha aumentado la tasa respecto al resto de comunidades del territorio nacional, ya que entonces su tasa era de 7,5 y se encontraba en el puesto número 12, por debajo de la tasa del conjunto nacional.

En las siguientes tablas se presentan las tasas brutas de mortalidad por 100.000 habitantes, por grupos de edad para hombres y mujeres desde el 2005 hasta el 2017, recogidas del Registro de Mortalidad de La Rioja⁵⁰.

Entre el año 2014 y 2017 ha habido un descenso de los suicidios en hombres en los grupos de edad de 25-44 años, 45-64 y en mayores de 85 años, mientras que los casos en el grupo de edad de entre 65-84 ha aumentado ligeramente y han aumentado en 13,98 puntos los suicidios en el grupo de 15 a 24 años.

Figura 41. **Tasas brutas de mortalidad por 100.000 hab. por suicidio por grupos de edad en hombres en el periodo 2005-2017 en La Rioja**

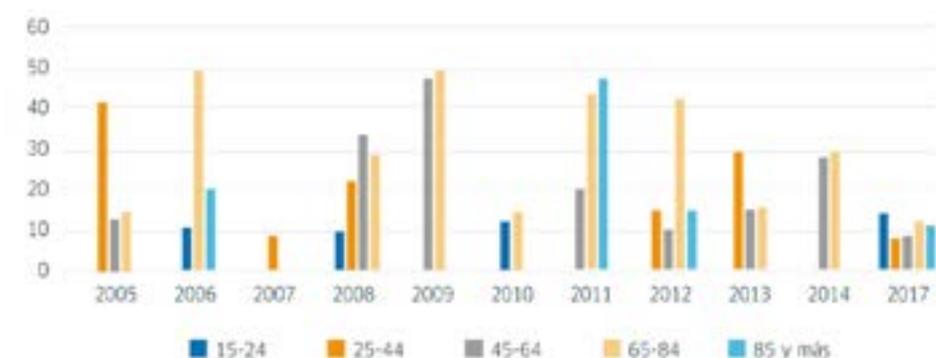


Fuente: Registro de Mortalidad de La Rioja. Rioja Salud. 2017.

Disponible en: <https://www.riojasalud.es/salud-publica-consumo/epidemiologia/registro-de-mortalidad>

En el caso de las mujeres riojanas, vemos un aumento claro entre 2014 y 2017 en los casos en los grupos de edad de 15-24 años, de 25-44 y en mayores de 85, mientras que han disminuido los casos en personas comprendidas entre los 45-64 años y entre 65-84 años.

Figura 42. **Tasas brutas de mortalidad por 100.000 hab. por suicidio por grupos de edad en mujeres en el periodo 2005-2017 en La Rioja**



Fuente: Registro de Mortalidad de La Rioja. Rioja Salud. 2017.

Disponible en: <https://www.riojasalud.es/salud-publica-consumo/epidemiologia/registro-de-mortalidad>

Profesionales de La Rioja llevaron a cabo en 2018 un estudio⁵¹ que analizaba la ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. La muestra la formaron 1.664 participantes de entre 14 y 19 años. Entre los resultados, se observó que el 4,1% de la muestra informó haber intentado quitarse la vida en el último año y los participantes con ideación suicida informaron de un peor estado de salud mental y menor satisfacción con la vida respecto al grupo de comparación. La ideación suicida se encuentra presente en población adolescente y se asocia a un peor bienestar emocional subjetivo y a mayores problemas

emocionales y comportamentales. Los autores de este estudio concluyeron que, estos resultados tienen claras implicaciones, tanto a nivel sanitario como educativo, de cara a mejorar la promoción del bienestar emocional y la prevención de los problemas psicológicos y psiquiátricos en este sector de la población.

Otro estudio llevado a cabo por miembros de la Universidad de La Rioja⁵² analizó también la conducta suicida en adolescentes, mediante la Escala Paykel de Suicidio como herramienta de evaluación de la conducta suicida en jóvenes españoles. Este estudio concluyó que la conducta suicida es un problema de salud pública tanto por su prevalencia como por las consecuencias personales, familiares, educativas y sociosanitarias que conlleva. Para prevenir semejante problema es necesario informar, formar, sensibilizar y concienciar a los diferentes agentes de la sociedad (jóvenes, familias, docentes, periodistas, psicólogos, etc.).

El muestreo se realizó en los años 2016 y 2019 en 3.454 adolescentes, 46,3% hombres y 53,4% mujeres, con edades comprendidas entre los 14 y 19 años. Algunos de los resultados de prevalencia de la conducta suicida en esta población se muestran a continuación.

Tabla 15. **Prevalencia (%) de conducta suicida en la muestra de adolescentes riojanos. 2019**

Ítem	Total	Hombres	Mujeres
1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena?	26,7	21,7	30,9
2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse	18,7	13,1	23,4
3. ¿Has pensado en quitarte la vida, aunque realmente no lo fueras a hacer?	17,8	14,6	20,3
4. ¿Has llegado al punto en el que consideras realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?	5,9	4,8	6,7
5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	3,7	2,4	4,8

Fuente: Fonseca-Pedrero E, Pérez de Albéniz A. EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES: A PROPÓSITO DE LA ESCALA PAYKEL DE SUICIDIO. [Internet]. Papeles del Psicólogo. 2020. [citado 21 enero 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>

Los autores resaltan en este estudio que, en el caso de la psicología, se hace necesario disponer de adecuadas herramientas de evaluación que permitan la toma de decisiones fundamentada que afectará, en último término, a la calidad de vida de las personas. Frente a esta situación, no existen en España muchas herramientas de medición que permitan la evaluación de la conducta suicida en adolescentes, y que se encuentren construidas (o adaptadas), validadas y baremadas siguiendo los estándares nacionales e internacionales propuestos por las comisiones de test.

Es importante que el profesional de la psicología disponga de herramientas con adecuadas propiedades psicométricas y adecuadas herramientas de medición de cara a una mejor ges-

ción de recursos educativos y sociosanitarios. Este trabajo se centra en la Escala Paykel de Suicidio para su uso en adolescentes españoles, la cual es un instrumento de medida breve, sencillo, útil y con adecuadas propiedades psicométricas para la valoración y/o el cribado de la conducta suicida en población adolescente y se puede utilizar en combinación con otros instrumentos de medida. Esta herramienta asimismo se puede utilizar en contextos educativos, sociosanitarios y/o sociales.

Impacto del COVID-19 en el suicidio

Durante el pasado año 2020 numerosos autores mostraron su preocupación acerca de las posibles consecuencias del confinamiento en el aumento de los actos de suicidio en la población mundial⁵³.

La pandemia ha planteado una situación sin precedentes, que ha desafiado a todas las personas, pero particularmente a aquellas en situaciones de vulnerabilidad y con factores de riesgo para problemas de salud mental. Por una parte, se temía que el aislamiento, la incertidumbre, las dificultades económicas o el agravamiento de situaciones de estrés, pudiera provocar un aumento de suicidios. Por otra parte, se trataba de evitar la idea de asociar el deterioro de la salud mental y el suicidio, tratando de disminuir el estigma, el uso de un lenguaje alarmista y la sensación de desesperanza de la población. En este sentido se presentaba como una ocasión para la cohesión social y la activación de factores de protección, como el apoyo social o la provisión de información fiable sobre la disponibilidad de ayuda para situaciones de crisis.

El primer estudio internacional⁵⁴ sobre impacto del COVID en suicidio, con datos de veintiún países desarrollados, muestra que no se ha registrado un incremento en las tasas de suicidio durante los primeros meses de la pandemia. Esto es, el número de suicidios observado no es significativamente mayor que el número de suicidios esperado en ningún país ni en ninguna de las áreas estudiadas.

Varios estudios y experiencia en unidades y centros españoles parecen indicar un aumento de tentativas y consultas de superviviente durante la fase de desescalada⁵⁵, que sigue siendo un área desatendida en muchos casos⁵⁶ o que el impacto de la pandemia puede estar por llegar derivado de la crisis⁵⁷.

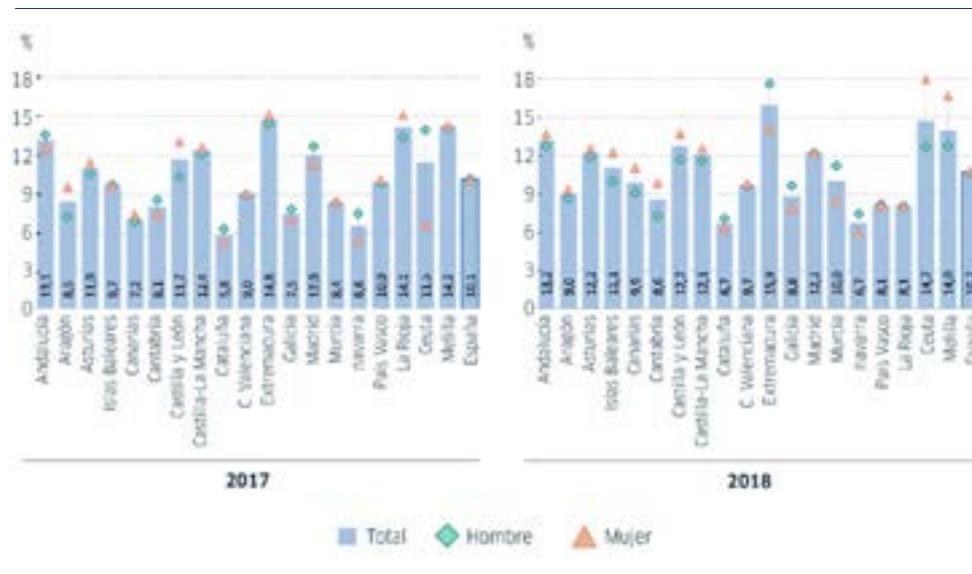
3.6. Reingresos

Se considera reingreso a todo aquél que produce una misma persona de manera no programada, en un periodo de tiempo inferior a 30 días tras su alta anterior, y por la misma causa²³.

El Informe del Sistema Nacional de Salud de 2019⁵⁸ recoge los reingresos urgentes psiquiátricos, un indicador que mide la proporción de casos en los que el paciente vuelve a ser ingresado en el mismo hospital en los treinta días siguientes al alta del episodio anterior (episodio índice, ingreso por enfermedades mentales, considerando como tal las altas cuyo diagnóstico principal está codificado en el capítulo de la CIE correspondiente a Enfermedades Mentales).

Según este informe, en 2018, el porcentaje global de reingresos urgentes psiquiátricos en hospitales del SNS fue del 10,7%, muy similar al del año anterior, y sin prácticamente diferencias entre hombres y mujeres. La variabilidad con respecto al 2017 fue escasa, únicamente destacando el descenso de reingresos en 6 puntos porcentuales en La Rioja.

Figura 43. **Reingresos urgentes psiquiátricos en hospitales del Sistema Nacional de Salud, según comunidad autónoma. España, 2017-2018**



Fuente: Informe del Sistema Nacional de Salud 2019. Ministerio de Sanidad. 2019. Disponible en: https://www.msccbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/Informe_SNS_2019.pdf



4. Oferta de Atención a la Salud Mental

4.1. Dotación de la oferta de Atención - Dispositivos de Atención

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

- Unidades de Salud Mental (USM).
- Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ).
- Unidad de Hospitalización de Breve (UHB). Hospital San Pedro.
- Unidad de Hospitalización de Media Estancia (UME). Hospital de La Rioja.
- Unidad de Rehabilitación de Área (URA). Hospital de La Rioja.
- Centro de Salud Mental de Albelda de Iregua (CSMAI).
- Unidad Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Hospital de Día Adultos. Hospital de La Rioja.
- Unidad de Día Infanto-Juvenil y Trastornos de la Conducta Alimentaria. Hospital San Pedro.
- Equipo de Terapia Asertiva Comunitaria (ETAC). Hospital La Rioja.

Unidades de Salud Mental (USM)

Las USM se establecen como los dispositivos “puerta de entrada” a la Red de Salud Mental de La Rioja, así como los dispositivos para el seguimiento comunitario del paciente. La asistencia prestada en este tipo de dispositivos soporta el seguimiento de la mayor parte de los pacientes atendidos en la Red de Salud Mental de nuestra Comunidad, constituyendo, por tanto, la actividad asistencial más polivalente en sus objetivos y en las modalidades terapéuticas. La asistencia comunitaria prestada en estos dispositivos constituye el eje sobre el que se organiza todo el proceso asistencial de las personas con trastornos mentales²³.

Estas unidades se plantean desde una perspectiva de **atención sanitaria integral** por lo que, en la medida de lo posible, estarán integradas por un **equipo interdisciplinar** de salud mental compuesto por, al menos, un psiquiatra, un psicólogo/a clínico y un enfermero/a especialista en salud mental y el correspondiente personal administrativo.

Las funciones de estas unidades son²⁷:

- Intervenir en el medio comunitario.
- Promover la salud mental y ofrecer apoyo y asesoramiento a los equipos de atención primaria en todo lo referido a la salud mental.
- Proporcionar atención a los pacientes que les deriven los equipos de Atención Primaria, de acuerdo con los criterios establecidos previamente.
- Proporcionar atención y hacer un seguimiento de los pacientes dados de alta de la unidad de hospitalización breve y de otros dispositivos de referencia del área de salud mental.
- Coordinar el resto de los dispositivos asistenciales de salud mental de su área.
- Coordinar las instancias sociales (judiciales y educativas, principalmente).
- Desarrollar líneas de formación e investigación.

- Colaborar en los planes de prevención, de mejora de la salud mental y bienestar con asociaciones y centros escolares.
- Formación y docencia.

En la actualidad estas unidades se encuentran ubicadas en⁵⁹:

- **Logroño**

- Centro de Salud Espartero: con tres psiquiatras, tres psicólogos clínicos y tres enfermeras.
- Siete Infantes de Lara: con tres psiquiatras, un psicólogo clínico y una enfermera especialista.
- La Guindalera: con un psiquiatra, un psicólogo clínico (pendiente de incorporación, ya que se está a la espera de una contratación) y una enfermera.

- **Rioja Alta**

- Centros de Salud de Haro, de Santo Domingo y de Nájera: con un psiquiatra, un psicólogo clínico y dos enfermeras.

- **Rioja Baja**

- Centros de Salud de Calahorra y de Arnedo: con tres psiquiatras, un psicólogo clínico y tres enfermeras.
- En total estas unidades cuentan con 11 psiquiatras, 7 psicólogos clínicos y 10 enfermeras⁶⁰.

Unidad de Salud Mental infanto-juvenil (USMIJ)

La USMIJ se encuentra en el Centro de Salud Espartero y es una unidad comunitaria. El acceso a la USMIJ se produce a través de Atención Primaria, Pediatras y Médicos de Familia y especialistas del Hospital San Pedro. Los pediatras son la clave en la detección del trastorno y facilita la atención sanitaria a los casos menos graves y más frecuentes.

La población que atiende actualmente la USMIJ es toda la población de niños y adolescentes menores de 18 años.

El **equipo interdisciplinar de la USMIJ** comunitaria está compuesto por dos psiquiatras, cuatro psicólogos clínicos, uno de los cuales está en la Unidad de Salud Mental de la Rioja Baja y un enfermero. Dispone así mismo de un auxiliar administrativo compartido con la USM de adultos y un auxiliar de enfermería.

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

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

1. Clínico-Asistencial.

- a. Atender a los pacientes que son remitidos desde Atención Primaria (AP) u otros servicios sanitarios.

- b. Realizar interconsulta extrahospitalaria con profesionales sanitarios y educación.
- c. Apoyar y asesorar a los equipos de Atención Primaria y a otros profesionales de las comunidades autónomas.
- d. Derivar a otros dispositivos de la red de asistencia en Salud Mental u servicios relacionados con la infancia.

2. Promoción y Prevención.

3. Coordinación y Gestión.

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

4. Investigación, Formación y Docencia.

Unidad de hospitalización breve (UHB) Hospital San Pedro

La hospitalización ha de contemplarse dentro del conjunto de medidas que comprende el proceso terapéutico. Deberá realizarse cuando aporte más beneficios terapéuticos que las intervenciones realizadas en el entorno familiar y social y su duración estará, siempre, en función de criterios clínicos²³.

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

De las 18 camas disponibles existen dos en espacio diferenciado para la atención a pacientes de 15 a 17 años. Los ingresos de 14 o menor edad deben realizarse en el Servicio de Pediatría (si lo aceptan los pediatras).

El **equipo interdisciplinar de la UHB** está compuesto por tres médicos psiquiatras (incluyendo al jefe de servicio que hace labores asistenciales), un psicólogo clínico, nueve enfermeras, algunas especialistas en salud mental y trece auxiliares de enfermería.

Entre los objetivos de esta unidad está²³:

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

Son unidades cerradas, desde un punto de vista estructural, pero se consideran semiabiertas desde un punto de vista funcional, adaptándose así a las necesidades de cada paciente².

La finalidad de la UCE es²⁷:

- Dar tratamiento intensivo al paciente agudo.
- Tratar resistencias psicopatológicas con tratamientos intensivos.
- Evitar la cronificación y el riesgo de institucionalización.

Coordinación al alta:

- Se establecerá contacto y/o derivación a Unidad de Salud Mental (USM) de referencia, si el paciente regresa a su entorno natural.
- Derivación a la Unidad de Rehabilitación de Área (URA) si persisten necesidades de rehabilitación, u Hospital de Día.
- Derivación a Unidad de Media Estancia (UME) si persiste clínica psiquiátrica de forma severa y refractaria que imposibilite el alta hospitalaria.
- Derivación a Unidad de Larga Estancia (ULE) si persiste clínica psiquiátrica de forma severa y refractaria que imposibilite el alta hospitalaria.

Cualquiera de las decisiones tomadas siempre deberá ser comunicada al profesional de referencia de la USM correspondiente, para asegurar una adecuada gestión del caso.

Unidad de media estancia Hospital de La Rioja

La Unidad Psiquiátrica de Media Estancia (UME), ubicada en el Hospital de La Rioja, es un dispositivo hospitalario diseñado para dar atención psiquiátrica a pacientes cuya situación de descompensación psicopatológica persiste después del tratamiento habitual implantado en los Equipos de Salud Mental y/o en La Unidad de Corta Estancia (UCE) y para proporcionar terapéuticas rehabilitadoras de las funciones que se hayan podido ver afectadas²⁷.

Son unidades cerradas, desde un punto de vista estructural, pero se consideran semiabiertas desde un punto de vista funcional, adaptándose así a las necesidades de cada paciente. Los pacientes, bajo prescripción facultativa, podrán salir de la UME para realizar programas de rehabilitación fuera de ella, salidas con Terapeuta Ocupacional, salidas al domicilio, pases de evaluación de adaptación al medio, etc.

La finalidad de la UME es:

- Tratar resistencias psicopatológicas, intensificando y completando las acciones terapéuticas ya iniciadas en otros dispositivos asistenciales.
- Evitar la cronificación y el riesgo de institucionalización.
- Promover la adquisición de habilidades que mejoren la autonomía del paciente.

Esta unidad, ubicada en la tercera planta (izquierda) del Hospital de La Rioja, tiene capacidad para 22 camas.

Esta dotación supone una reducción de camas de media estancia respecto a la Estrategia anterior, puesto que uno de los objetivos era la reducción de camas hospitalarias y progresiva intensificación del tratamiento de los pacientes en la comunidad, mediante la reasignación de recursos a los programas de atención domiciliaria y al nuevo Equipo de Terapia Asertiva Comunitaria.

El **perfil de pacientes** que se atienden en esta unidad es el siguiente:

1. Pacientes que padecen un Trastorno Mental Grave (TMG), cuya sintomatología psiquiátrica activa no remite en el tiempo medio de internamiento en la Unidad de Corta Estancia (UCE), existiendo expectativas razonables de que puedan beneficiarse de los tratamientos específicos de las UME:
 - Pacientes con TMG que han requerido en el último año tres o más ingresos en la UCE y/o 90 días de estancia total.
 - Paciente con TMG cuyo ingreso actual supera los 30 días de estancia y se prevé mejoría tras ingreso más prolongado en la UME.
 - Pacientes con antecedentes de múltiples ingresos prolongados, por lo que se prevé que la duración del ingreso actual superará la estancia media de la UCE.
2. Pacientes que requieran tratamientos complejos por un tiempo prolongado:
 - Pacientes que presentan sintomatología severa y persistente e importante disfunción social o familiar que dificulta el tratamiento ambulatorio y que requieren una intervención terapéutica intensiva complementada con programas de rehabilitación.
3. Pacientes que presentan frecuentes recaídas y/o riesgo de sufrirlas por:
 - Falta de conciencia de la enfermedad.
 - Falta de adherencia al tratamiento.
 - Consumo de tóxicos asociado a un TMG.
 - Disfunción de la dinámica familiar.
 - Otros factores clínicos y en los que las intervenciones ambulatorias han mostrado ser insuficientes.

A la UME se accederá a través de:

- Las Unidades de Salud Mental, previa propuesta de derivación.
- La Unidad de Corta Estancia (UCE) previa propuesta de derivación de aquellos pacientes que, una vez tratados y/o evaluados en UCE, se estima que podrían beneficiarse de una hospitalización más prolongada, para dar continuidad y complementariedad al tratamiento psicofarmacológico, psicoterapéutico y/o para la aplicación de terapias complementarias de carácter rehabilitador.

La derivación a UME se realizará a través de informe estandarizado de derivación y una vez valorado, el ingreso se llevará a cabo de forma programada y en horario de mañana para poder llevar a cabo una adecuada acogida del paciente.

En caso de no aceptarse el ingreso, la UME comunicará de forma razonada los motivos de esta decisión a la Unidad correspondiente.

En cuanto a la coordinación al alta en la UME, se establecerán las siguientes derivaciones:

- Contacto y/o derivación a la Unidad de Salud Mental (USM) de referencia, si el paciente regresa a su entorno natural.
- Derivación a la Unidad de Rehabilitación de Área (URA) si persisten necesidades de rehabilitación.
- Derivación a Unidad de Larga Estancia (ULE) si persiste clínica psiquiátrica de forma severa y refractaria que imposibilite el alta hospitalaria.
- Cualquiera de las decisiones tomadas siempre deberá ser comunicada al profesional de referencia de la USM correspondiente, para asegurar una adecuada gestión del caso.

El **equipo humano de la UME** está formado por 2 psiquiatras (1 de ellos se comparte en otros ámbitos de salud mental, otro psiquiatra más pendiente de contratación), 6 enfermeros, 10 auxiliares de enfermería y 1 terapeuta ocupacional a media jornada.

Actualmente se está valorando la reubicación de algunas camas de media estancia para determinados perfiles de pacientes más crónicos en el Centro de Salud Mental de Albelda de Iregua, con el objetivo de mejorar la coordinación y la gestión de los recursos.

Unidad de rehabilitación de Área (URA) Hospital de La Rioja

La Unidad de Rehabilitación de Área, enmarcada en una perspectiva de Rehabilitación Psicosocial Comunitaria viene prestando sus servicios desde marzo de 1996 y actualmente se encuentra ubicada en el Hospital de La Rioja. Este dispositivo va orientado al tratamiento de Trastornos Mentales Severos dirigiéndose en primera instancia a los primeros brotes con el fin de evitar la cronicidad y prevenir el posible deterioro; también contempla el tratamiento en trastornos de larga evolución con la finalidad de paliar los déficits y dotar de las capacidades necesarias para su completa integración socio comunitaria²³.

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

Las actividades de esta unidad van encaminadas a servir de apoyo a la reinserción social, aprender conductas apropiadas y modificar los comportamientos inadecuados, facilitar la expresión de las emociones para una mejor canalización de las mismas y conseguir un mejor conocimiento de su propia enfermedad, adecuar el manejo de los síntomas y posibilitar la adherencia al tratamiento. Se trata de conseguir la mayor adaptación psicológica posible.

Entre los objetivos de esta unidad está:

- Plena integración de la persona en su medio, evitando el internamiento, cronificación y recaídas mediante la evaluación individualizada de los pacientes susceptibles de acudir a la URA.
- Elaboración y puesta en práctica del Programa Individualizado de Rehabilitación, a través de las actividades específicas necesarias en las diferentes áreas de intervención.

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

El **perfil de pacientes** que se trata en esta unidad es el de aquellos con trastornos mentales crónicos, que puedan beneficiarse de atención a nivel ambulatorio, que no precisan internamiento, y para las que el seguimiento en su Centro de Salud Mental resulta insuficiente.

Son personas que sufren Trastornos Psicopatológicos Graves y que están suficiente estabilizados biológicamente:

- Trastornos esquizofrénicos
 - esquizoafectivos
 - bipolares
 - graves de personalidad
 - delirantes crónicos
- Pacientes que ya han tenido contacto con las diferentes estructuras de salud mental, con los Centros de Salud Mental o con algún dispositivo hospitalario.
- En aquellas situaciones en las que sea necesario frenar el posible deterioro derivado de su patología, trabajar en la recuperación o instauración de las habilidades y recursos necesarios para favorecer una óptima integración en el ámbito comunitario.

Estos pacientes son jóvenes y adultos de entre 18 y 55 años que:

- Se encuentra en riesgo de sufrir un grave deterioro de las condiciones de vida autónoma o que necesiten recuperar determinadas habilidades, en aquellas áreas en las que existe un déficit.
- Actualmente vivan en condiciones de pérdida de autonomía y que podrían recuperarla o adquirirla.
- Que su propia patología o las insuficiencias en un sistema de soporte comunitario les impide hacer un uso adecuado de los servicios que precisen y se le ofertan.

Quedan excluidas de ser tratadas en esta unidad condiciones como:

- Toxicomanías.
- Demencias.
- Retraso mental.
- Psicosis en fase aguda.
- Problemas de conducta que interfieran en el programa.
- Pacientes con patologías físicas graves y/o crónicas que necesiten un cuidado incluso continuado.

El número total de pacientes que admite esta unidad es de 25. Para cada paciente se diseña un programa terapéutico individualizado, un **Programa Individual de Rehabilitación**.

A continuación, se especifican las áreas de tratamiento que pueden realizarse de forma global o parcial, según las necesidades del paciente, actividades que se llevarán a cabo de modo individual o grupal, así como dentro o fuera del Centro.

I.- Área de habilidades sociales y actividades de la vida diaria.

- a) Desarrollo de programas de autocuidado personal y manejo adecuado del entorno.
- b) Habilidades sociales, mejora del funcionamiento social, junto a las habilidades de autocuidado y de la vida diaria.

II.- Área ocupacional, laboral, educacional

- a) Área ocupacional-laboral
- b) Educacional.

III.- Uso del tiempo libre

Al intervenir en esta área se busca como objetivo provocar el interés inicial del paciente. Para esto es necesario desarrollar actividades basadas en intereses culturalmente extendidos. Una vez muestra interés, se incorporará al paciente a los recursos comunitarios normalizados, manteniendo un apoyo si es necesario.

IV.- Área de Psicoeducación

Estimular la madurez cognitiva, emocional, autocontrol.

- a) En lo cognitivo.
- b) En cuanto a madurez emocional.

Las condiciones de salida/alta de la URA son:

- Ruptura del contrato establecido previamente (en el Programa Individualizado de Rehabilitación) /Absentismo.
- Reagudización de psicopatología que interfiera en el funcionamiento cotidiano a nivel de actividades o interpersonal.
- No obtención de beneficios tras la evaluación de un período de tiempo suficiente.
- Alta por mejoría.
- Integración en otros dispositivos.

Los **profesionales que trabajan en la Unidad de Rehabilitación de Área** forman un equipo multidisciplinar compuesto por: 1 psicólogo especialista en psicología clínica, 1 enfermera, 3 auxiliares de enfermería, 1 trabajadora social (compartida para todo el servicio de Salud Mental del Hospital General de La Rioja (HGR)) y 1 terapeuta ocupacional a media jornada (en realidad es a jornada completa, pero se reparte con el resto de servicios de HGR).

Centro de Salud Mental de Albelda de Iregua - Unidad de larga estancia

El Centro de Salud Mental de Albelda se contempla como elemento asistencial de carácter hospitalario, integrado en la Red de Salud Mental del Servicio Riojano de Salud, para cuidado y tratamiento de pacientes con trastornos mentales severos y alta dependencia psiquiátrica, que requieren un periodo largo de tratamiento especializado²³.

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

Entre los objetivos de esta Unidad de Albelda se encuentra:

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

El Centro se estructura en tres dispositivos diferenciados²⁷:

1. Unidad de Larga Estancia

Destinada a pacientes con Trastorno Mental Grave y alta dependencia psiquiátrica que necesitan de forma prolongada de estabilización sintomática, además de contención conductual y rehabilitación de su funcionamiento psicosocial.

Criterios de inclusión:

- Dispositivo para pacientes entre 18 y 65 años, con indicación positiva de ingreso.
- Consideración de que la estancia prolongada puede cumplir objetivos terapéuticos y de rehabilitación que no pueden lograrse desde otros dispositivos de la red.
- La derivación será preferentemente desde la Unidad de Salud Mental, contemplada ésta como servicio de referencia permanente y directamente implicada en el proceso de retorno.
- En los casos de derivación desde la Unidad de Agudos, de Media Estancia, etc., se contará asimismo con la implicación directa de la Unidad de Salud Mental.
- Antes de la hospitalización se establecerá un plan terapéutico individualizado de circuito, avalado explícitamente por la Unidad de Salud Mental.
- Este plan constará como mínimo de los siguientes puntos: diagnósticos, evaluación de la discapacidad/dependencia, tratamientos y actividades terapéuticas propuestas y objetivos.
- Antes del alta hospitalaria se diseñará un segundo plan para llevar a cabo el seguimiento en la comunidad.

Criterios de exclusión:

- Nunca ingreso con carácter urgente.
- Se excluirán otras vías de ingreso que no sean las propias del funcionamiento de la Red de Salud Mental (casos sociales, administrativos, etc.).
- Retraso Mental (a unidad específica)
- Demencia (a unidad específica)
- Daño cerebral severo (a unidad específica)

- Dependencia a sustancias como diagnóstico principal.
- Situación clínica actual que incluya episodios agudos con presencia de conductas disruptivas graves.
- Existencia de patología médica aguda concomitante que pudiera requerir el uso de pruebas exploratorias y el concurso de otros especialistas inexistentes en esta ubicación.

2. Unidad de Gerontopsiquiatría - enfermos mentales sociosanitarios

En su área gerontopsiquiátrica orientado como dispositivo residencial asistido, para enfermos mentales con largos periodos de institucionalización y no externalizables por presentar psicopatología activa que impida una convivencia residencial normalizada y precisan supervisión psiquiátrica específica frecuente.

En su área sociosanitaria, destinada a un grupo que se puede denominar “remanente manicomial” para el cual la deseable desinstitucionalización no se ve favorecida por el insuficiente desarrollo de las atenciones sociales comunitarias necesarias que ayudasen a compensar la discapacidad y dependencia de largos periodos de hospitalización.

3. Unidad de Personas con discapacidad psíquica o con diversidad funcional

Dispositivo de larga estancia-residencial, altamente protegido y adaptado a medidas de contención, destinada a pacientes con retraso mental grave procedentes de anteriores esquemas asistenciales y actualmente difíciles de ubicar en dispositivos específicos.

Criterio actual de inclusión: Pacientes duales con diagnósticos de Retraso Mental Grave más Trastorno Mental Grave.

Este centro cuenta con 140 camas instaladas.

El **equipo multidisciplinar** de esta unidad está formado por 1 psiquiatra, 1 psicóloga clínica, 1 médico general, 14 enfermeras, 1 supervisor de enfermería, 67 auxiliares de enfermería, 1 trabajadora social, 1 terapeuta ocupacional, 1 fisioterapeuta y 7 profesionales no sanitarios, contando con conserjes, administrativos, etc³¹.

Existen en este centro dos vacantes sin cubrir de enfermería Especialista en Enfermería de Salud Mental.

Unidad de trastornos de la conducta alimentaria

En realidad, no hay un Hospital de Día de Trastornos de Alimentación para adultos. Sí lo hay para los menores de 18 años, que está ubicado en el Hospital de San Pedro. En adultos, cada unidad de salud mental trata a estos pacientes. Existe un comedor terapéutico en el Hospital de Día, dirigido por un psicólogo clínico y un enfermero especialista, ubicado en el Hospital de La Rioja. Este comedor se incluye dentro del Programa de Tratamiento de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), destinado a aquellos pacientes que requieren intervención intensiva y que acuden al Hospital de Día en régimen de hospitalización parcial.

En la intervención participan todos los miembros de HD (atención especializada y multidisciplinar).

El Programa de TCA que ofrece el Hospital de Día de adultos, cuya capacidad se ampliará a 20 plazas, 2 de ellas serán para pacientes con este diagnóstico.

El Hospital de Día de Salud Mental Infanto-Juvenil de La Rioja cuenta con 15 plazas para pacientes de hasta 17 años de edad, de las cuales al menos 2 estarán destinadas a pacientes con un diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Los objetivos de esta unidad son²³:

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

Hospital de día Adultos. Hospital de La Rioja

Es un dispositivo sanitario dependiente del Departamento de Salud Mental, ubicado dentro del Hospital de La Rioja y orientado a la asistencia de pacientes con trastornos mentales graves, cuya misión es la atención especializada y multidisciplinar, en régimen de hospitalización parcial. El objetivo de este dispositivo es fundamentalmente terapéutico, según las necesidades específicas de los pacientes, contempladas en el informe de derivación, ofreciendo una evaluación detallada de todos los casos y un amplio y bien coordinado plan de intervención individualizado de una manera eficiente²⁷.

El objetivo es aumentar la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes con trastornos mentales graves y de su entorno próximo (familia), mediante la: disminución y/o afrontamiento de la sintomatología psiquiátrica, la prevención y reducción de recaídas, la prevención del deterioro y potenciar el mejor ajuste y funcionamiento familiar y social de los pacientes. En definitiva, facilitar la permanencia del paciente en la comunidad, persiguiendo la recuperación, con suficiente autonomía para volver a desarrollar sus capacidades y continuar con el tratamiento ambulatorio.

El **perfil de pacientes** que atiende el Hospital de Día de Salud Mental de La Rioja (HD) está comprendido entre los 18 años y 65 años y padece trastornos mentales graves que requieren una atención intensiva.

- El paciente ha de disponer de apoyo social que garantice su alojamiento y cuidados, si los precisa, durante el periodo de tiempo que no cubre el HD.

- El paciente ha de ser capaz de desplazarse hasta el HD desde su lugar de residencia, por sí mismo o facilitado por instancias sociales.
- El paciente ha de aceptar y ser capaz de colaborar mínimamente con el programa terapéutico del HD. Esta aceptación ha de procurar hacerse extensiva a la familia o persona/s con las que conviva el enfermo.

Los trastornos psiquiátricos en los que existe consenso general de la indicación de HD son los pertenecientes a los siguientes capítulos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE):

- F20-29: Esquizofrenia, Trastorno esquizotípico y Trastorno de ideas delirantes.
- F30-39: Trastornos del humor.
- F40-49: Trastornos neuróticos y secundarios a situaciones estresantes. En aquellos casos cuya gravedad aconseje el empleo de HD.
- F60-69: Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.
- F50: Trastornos de la conducta alimentaria (Programa específico).

El Hospital de Día cuenta con 12 plazas, aunque está prevista la ampliación hasta 20 plazas, de las cuales 2 estarán destinadas a pacientes con un diagnóstico de Trastorno de Conducta Alimentaria, y 4 estarán destinadas a pacientes con un diagnóstico de Trastorno de Personalidad, siendo su utilización flexible en función de la disponibilidad de plazas y la demanda.

El Hospital de Día de Salud Mental de La Rioja está formado por un **equipo multiprofesional** compuesto por: 1 psicóloga clínica, 1 psiquiatra, 1 enfermera, 1 terapeuta ocupacional, 1 auxiliar de enfermería y personal administrativo compartido. Actualmente está planificada la incorporación al equipo de una segunda enfermera y una segunda auxiliar de enfermería³¹.

El Hospital de Día ofrece dos **programas** diferenciados en base al perfil sintomático de los pacientes:

- Programa de Tratamiento Generalista: centrado fundamentalmente en el Trastorno Mental Grave (TMG).
- Programa de Tratamiento de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Por otra parte, los dos programas ofrecen tratamiento intensivo como alternativa a dos modalidades asistenciales:

- HD como alternativa al ingreso hospitalario, del que se benefician los pacientes en situación de descompensación aguda, en los que el recurso de hospital de día supone una alternativa al ingreso en la unidad de hospitalización breve. Este programa sería de atención PREFERENTE.
- HD como alternativa al tratamiento intensivo ambulatorio, destinado a pacientes que requieren un tratamiento en régimen más intensivo que el disponible en los USM para conseguir la mejoría psicopatológica. Prioridad ORDINARIA.

Unidad de día infanto-juvenil y trastornos de la conducta alimentaria. Hospital San Pedro

Este es un dispositivo asistencial abierto (varias horas al día, durante cinco días a la semana), de tipo ambulatorio, ubicado en la séptima planta del Hospital San Pedro, que proporciona una Atención Integral e Intensiva, necesaria en pacientes con trastornos mentales graves²⁷.

Este recurso terapéutico ofrece, una mayor contención y continuidad que los tratamientos ambulatorios de los Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil, es una alternativa a la hospitalización a tiempo completo evitando así la exclusión del medio familiar y social que ésta conlleva y facilita la transición desde la hospitalización a la comunidad.

El Hospital de Día de Salud Mental Infanto-Juvenil de La Rioja atiende a población infanto-juvenil (hasta que cumplen los 18 años) que presenten psicopatología grave que dificulte su adaptación al medio familiar, social y escolar. Cuenta con 15 plazas para pacientes de hasta 18 años de edad, de las cuales al menos 2 estarán destinadas a pacientes con un diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria.

El **equipo multidisciplinar** del Hospital de Día de Salud Mental Infanto-Juvenil de La Rioja está compuesto por 1 psiquiatra, 1 psicólogo clínico y 1 enfermera.

Esta unidad ofrece tres programas diferenciados en base al perfil sintomático de los pacientes:

- Programa de tratamiento generalista centrado fundamentalmente en trastornos psicopatológicos graves, con abordaje individual y grupal.
- Programa de tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, con abordaje preferiblemente grupal (incluye un comedor terapéutico).
- Programa de tratamiento de las desregulaciones emocionales graves (tipo TLP), con abordaje grupal.

Equipo de terapia asertiva comunitaria (ETAC) Hospital La Rioja

El Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC), desarrollado por Leonard Stein y Mary Ann Test en Wisconsin (USA), es una forma de estructurar la asistencia a las personas con enfermedades mentales graves que focaliza su campo de actuación en el entorno social más próximo al paciente. El TAC consiste en proporcionar atención comunitaria integral y continua a personas con un trastorno mental grave, para alcanzar el máximo nivel de integración social, calidad de vida y relaciones interpersonales, evitando así las consecuencias del estigma; rechazo, marginación y exclusión social que tradicionalmente se han señalado como máximos factores de riesgo asociados a las recaídas y al sufrimiento añadido en las vidas de estas personas⁶¹.

Este Equipo de Terapia Asertiva Comunitaria (ETAC) se creó en 2019 y se ubica en el Hospital General de La Rioja, planta -1. Es un servicio específico para las personas que padecen TMG. El lugar de atención es la comunidad (la calle, domicilio, cafetería, trabajo, gimnasio...), intervenciones "in vivo", y el trabajo de despacho sólo se plantea para la planificación y coordinación del equipo. Esto permite intervenir pensando no sólo en la persona, sino en la persona

como ser social, trabajando con el sistema social natural, en el desarrollo de su entorno más próximo, así como en el entorno laboral, familiar, etc... La cartera de servicios y tratamientos es exhaustiva y flexible, se enfatiza el apoyo práctico en la solución de problemas de la vida diaria, utilizando recursos normalizados en la medida de lo posible; las personas con enfermedades mentales tienen necesidades más globales que las propias de su enfermedad y deben utilizar los mismos recursos que el resto de personas.

Este equipo nació hace dos años y actualmente cuenta con 1 psiquiatra, 1 enfermera y 1 auxiliar de enfermería para toda la región de La Rioja. Se está valorando, en el marco del presente plan estratégico, la conveniencia de ampliación de este recurso.

4.2. Recursos del sistema riojano para la autonomía personal y la dependencia

El Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales, se desarrolla a través de la Dirección General de Servicios Sociales. Para el colectivo de personas con discapacidad y dependencia, se promueven y ejecutan programas y servicios para la atención y protección de personas con trastorno mental crónico.

Los servicios para personas con discapacidad y con trastorno mental crónico del catálogo de servicios del Sistema Riojano de servicios Sociales y del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia como servicios sociales son:

- Servicio de información y orientación especializada.
- Servicio de ayuda a domicilio.
- Teleasistencia.
- Servicio de centro de día.
- Servicio de centro ocupacional.
- Programas para la promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia.
- Prestaciones.
- Servicio de protección y tutela a personas con capacidad modificada judicialmente. Fundación Tutelar de La Rioja.

Servicio de información y orientación especializada: ofrece información general y asesoramiento a interesados y particulares sobre los recursos y servicios dirigidos a las personas con discapacidad.

Servicio de ayuda a domicilio: es un servicio constituido por el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender las necesidades de la vida diaria e incrementar su autonomía, posibilitando la permanencia en el mismo.

Teleasistencia: servicio que permite a través de la línea telefónica y con un equipamiento de comunicaciones e informático específico, apoyar la permanencia en su domicilio de aquellas personas que se hallen en situación de dependencia, proporcionándoles una serie de atenciones personalizadas que pueden mejorar sus condiciones de seguridad y compañía en la vida cotidiana, potenciar su independencia y su autonomía personal y facilitar la integración en su entorno habitual de convivencia.

Servicio de Centro de Día: servicio de atención diurna dirigido a ofrecer una atención integral con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubren, las áreas de prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.

Servicio de Centro Ocupacional: servicio de atención diurna dirigido a ofrecer una atención integral con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y

apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubren, las áreas de prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.

Servicio de atención residencial: En el corto plazo, durante 2022 va a tener lugar la inauguración de una Casa Hogar ubicada en Varea, Logroño, por parte de la Asociación Salud Mental La Rioja, que ya está construida y equipada. Contará con 28 plazas concertadas financiadas por Servicios Sociales. Desde la Consejería de Servicios Sociales y Gobernanza Pública del Gobierno de La Rioja se está trabajando en un Decreto que tiene por objeto la regulación de las distintas fórmulas de atención residencial, dentro del Sistema Riojano de Servicios Sociales, para las personas con discapacidad con motivo de trastorno mental grave y persistente, así como los requisitos y procedimiento para el acceso a las plazas públicas de dichos recursos y su régimen jurídico básico.

La atención residencial para personas con trastorno mental grave y persistente es una atención especializada de carácter sociosanitario que atiende a este colectivo mediante prestaciones orientadas a mejorar sus capacidades y habilidades personales y relacionales, con el fin de favorecer su desarrollo personal, su integración y participación en el entorno, y en general, mejorar su calidad de vida, buscando objetivos tales como: mantener su autonomía personal, y en lo posible fomentar el desarrollo de las mismas evitando su deterioro; potenciar su desarrollo personal, capacidades, habilidades y experiencias; ofrecer a estas personas con discapacidad oportunidades de integrarse y participar en el entorno comunitario y de utilizar los servicios comunitarios tomando parte en actividades culturales, sociales y recreativas de su entorno; promover el mantenimiento y el refuerzo de sus redes familiares y sociales de apoyo; así como favorecer su sentimiento de seguridad.

Programas para la promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia y programas de servicios sociales de interés social: desde Servicios Sociales se desarrollan a través de las entidades del sector de personas con discapacidad, y se colabora en la financiación por la Consejería de Servicios Sociales y Gobernanza Pública vía subvención pública.

Prestaciones sociales: Prestación para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales: destinada a contribuir a la cobertura de los gastos derivados de la atención prestada a una persona dependiente por un cuidador no profesional, cuando se reúnan las condiciones de acceso establecidas.

- Prestación económica de asistencia personal: destinada a contribuir a los gastos derivados de la contratación de un asistente personal, a fin de facilitar a las personas con dependencia el acceso a la educación y al trabajo, así como una mayor autonomía en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.
- Ayudas a personas con discapacidad: ayudas económicas a personas afectadas por una discapacidad que precisen de las mismas para hacer frente a gastos extraordinarios derivados de dicha discapacidad.

Servicio de protección y tutela a personas con capacidad modificada judicialmente. Fundación Tutelar de La Rioja: La Fundación Tutelar de la Rioja ofrece a estas personas protección: jurídica, social y económica. Dispone de un programa de atención residencial e intervención socioeducativa en viviendas tuteladas.

Actualmente dentro del Sistema Riojano de Servicios Sociales se presta el servicio de centro de día y servicio de centro ocupacional.

El Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia, del Sistema Riojano de Servicios Sociales, dispone de 110 plazas públicas de servicio de atención diurna: 90 plazas de centro ocupacional y 20 de centro de día.

Es un servicio público contratado, vía contratos administrativo, en estos momentos con la entidad Salud Mental La Rioja mediante la adquisición de plazas.

Las plazas disponibles han ido en aumento progresivo en función de la demanda de atención.

4.3. Recursos materiales

En la actualidad, la Red de Salud Mental de La Rioja, cuenta con camas hospitalarias en la unidad de hospitalización breve en el Hospital San Pedro, camas de media estancia en el Hospital de La Rioja y camas de larga estancias en el Centro de Salud Mental de Albelda.

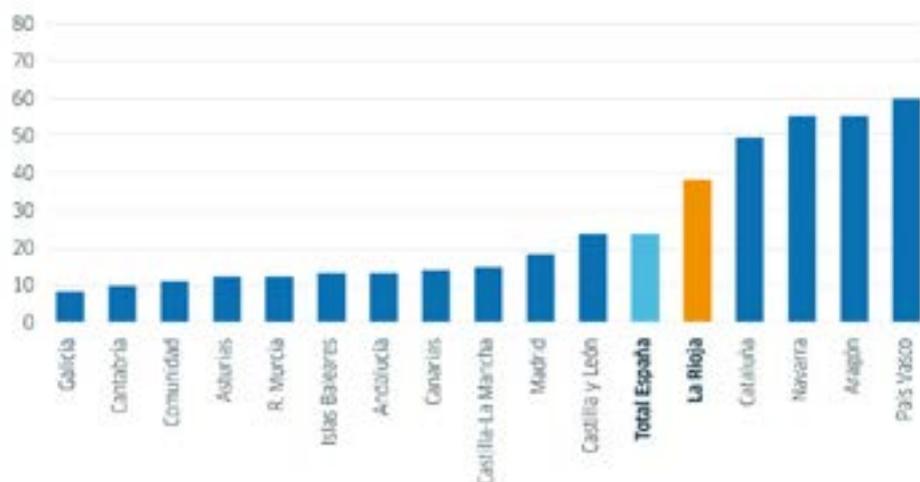
Tabla 16. **Camas hospitalarias de la Red de Salud Mental de La Rioja. 2020**

Tipo de unidad	Nº de camas	Camas/100.000 habitantes
Corta estancia - Hospital San Pedro	18	5,63
Media estancia - Hospital de La Rioja	22	6,88
Larga estancia - Centro de Salud Mental Albelda	30	9,38
Subtotal camas psiquiátricas	70	21,88
Camas Sociosanitarias - Centro de Salud Mental Albelda	110	
Total Camas	180	56,27
Habitantes La Rioja 2020 (INE)	319.914	

Fuente: Datos proporcionados por el Servicio Riojano de Salud. 2021.

El Catálogo Nacional de Hospitales⁶² recoge el número de hospitales psiquiátricos y la tasa de camas por 100.000 habitantes para el año 2020, de modo que La Rioja se encuentra en una posición superior a la media española. La Rioja cuenta con un hospital psiquiátrico de larga estancia, el Centro de salud mental de Albelda de Iregua, con 140 camas instaladas en el mismo, lo que supone una tasa de 43,76 camas por 100.000 habitantes, superior a la tasa nacional (26,87).

Figura 44. **Tasa de camas por 100.000 hab. En hospitales psiquiátricos de larga estancia en España por CCAA, 2020**



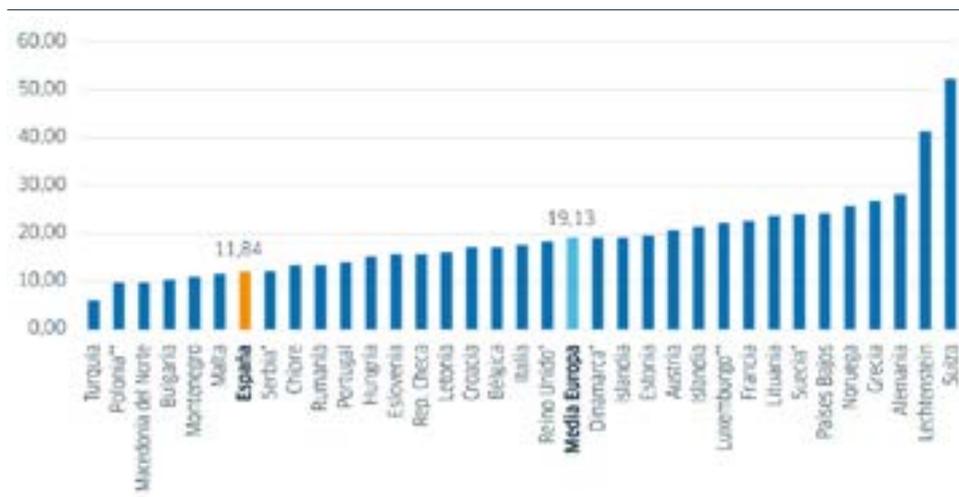
Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Catálogo Nacional de Hospitales 2021. Población: INE Cifras de población referidas al 01/01/2020, resumen por Comunidades Autónomas.

El Anuario Estadístico de La Rioja³⁵ recoge, referido al año 2019, el número de plazas públicas para personas con discapacidad en centros de día (20 plazas) y en centros ocupacionales (78 plazas). Cabe señalar que a fecha del presente informe el número de plazas en centros de atención diurna del Sistema Riojano de Servicios Sociales, para el diagnóstico de personas con trastorno mental crónico es de 20 plazas en Centro de Día y 90 plazas en centro ocupacional⁶³.

4.4. Recursos Humanos

La comparativa europea sitúa a España (11,84) por debajo de la ratio de psiquiatras medio por 100.000 habitantes (19,13).

Figura 45. **Psiquiatras por 100.000 habitantes en Europa, 2019**

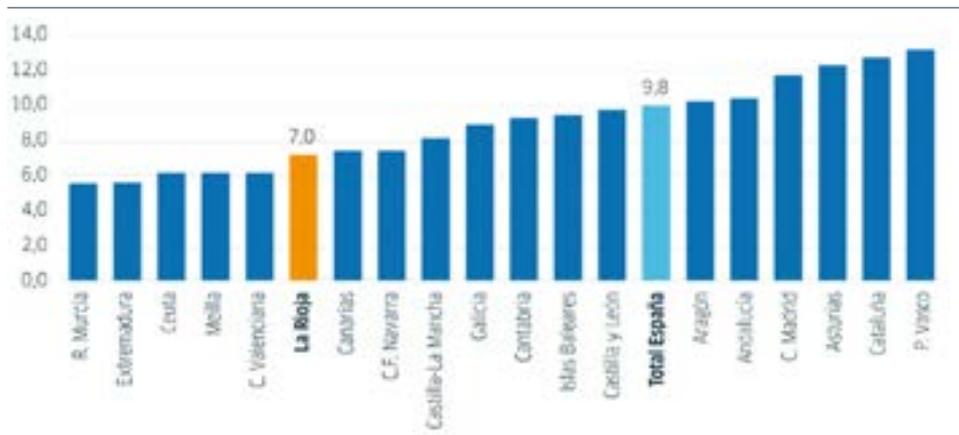


*Datos 2018. ** Datos 2017. Fuente: Eurostat. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/data/database>

La manera de contabilizar los psiquiatras varía entre la base de datos de Eurostat⁶⁴ y la fuente del Ministerio, que sitúa la tasa de psiquiatras en España por 100.000 habitantes en 9,8, como refleja el Borrador de la Estrategia Nacional de Salud Mental²². A pesar de esta diferencia, estas cifras nos dan una idea aproximada de la situación de España respecto al entorno internacional, así como con respecto a sus comunidades autónomas.

Según este último dato y la comparativa con el resto de territorios de España, La Rioja (7,0) se encuentra por debajo de la tasa de psiquiatras del territorio nacional.

Figura 46. **Tasa de psiquiatras por 100.000 habitantes en España, por CCAA**



Fuente: Borrador de la Estrategia Nacional de Salud Mental 2021-2026. Ministerio de Sanidad. 2021. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/EstrategiaSaludMental-RedaccionMedica%282%29.pdf>

En cuanto a los especialistas en psicología clínica y los profesionales de enfermería con el título de Especialista en Enfermería de Salud Mental que se encuentran trabajando en unidades de Salud Mental del SNS, el Borrador de la Estrategia Nacional²² no recoge datos concretos por comunidad autónoma, pero muestra información actualizada relativa a los profesionales con los títulos de especialista mencionados, obtenidos bien a través de la residencia o bien a través de alguna de las homologaciones o reconocimientos reconocidos para alcanzar el título de especialista. Si bien esto no significa que todos ellos estén trabajando en tareas asistenciales, ni que quienes lo hagan lo estén haciendo en centros públicos del SNS. En una situación de reconocida falta recursos suficientes en estas especialidades, los datos mencionados a junio de 2021 son los siguientes:

Tabla 17. **Profesionales de psicología clínica y enfermería Especialista en Enfermería de Salud Mental, según forma de obtención del título y edad. SNS. 2021**

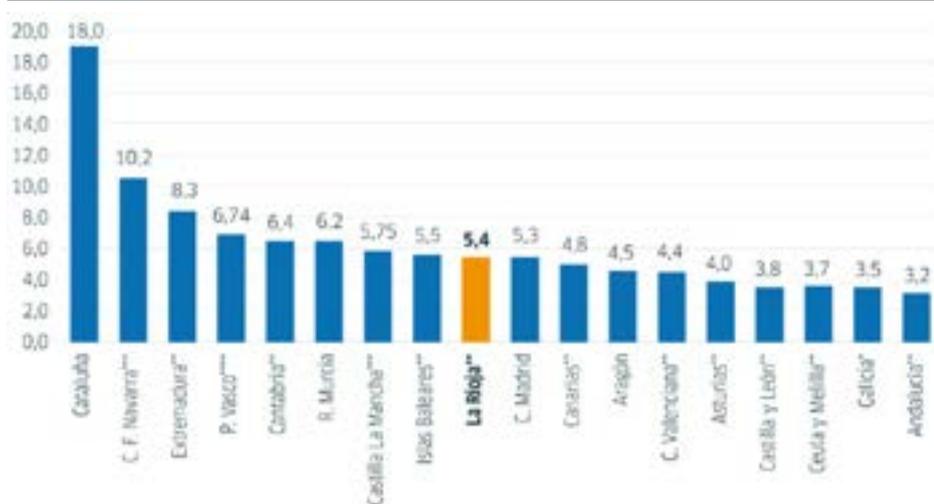
	Títulos especialistas vía residencia	Homologaciones/ Reconocimientos	TOTAL	Títulos especialistas vía residencia < 65 años	Homologaciones/ Reconocimientos < 65 años	Total <65 años
Psicólogos Clínicos	8.041	35	8.076	6.010	33	6.043
Profesionales Enfermería especialistas en E. de Salud Mental	7.159	6	7.165	5.994	6	6.000

Fuente: Borrador de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. 2021-2026. [Internet]. Gobierno de España. 2021. [consultado el 20 sept 2021]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/EstrategiaSaludMental-RedaccionMedica%28%29.pdf>

Las cifras de **psicólogos clínicos** en España, según datos del Consejo General de la Psicología de España⁶⁵, siguen siendo muy bajas, de apenas 5 psicólogos por 100.000 habitantes frente a los 18 de la Unión Europea o los 26 de la OCDE.

No hay cifras oficiales de psicólogos clínicos en España por comunidades autónomas, pero los datos recogidos en un estudio sobre profesionales especialistas en este campo, revelan las siguientes ratios de psicólogos clínicos para 2020 o años anteriores, en función de cada comunidades autónomas.

Figura 47. **Ratio por 100.000 habitantes de psicólogos clínicos por comunidades autónomas en España, 2020**

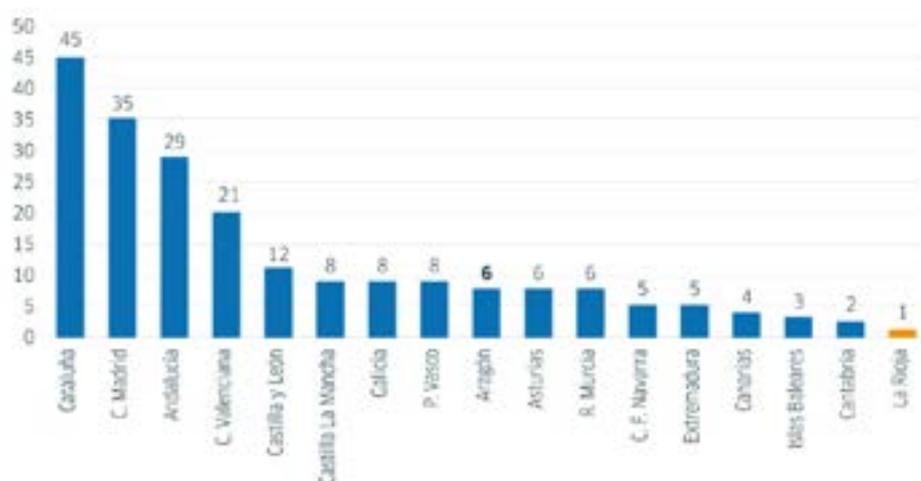


*Datos de 2019; **Datos de 2018; ***Datos de 2016; ****Datos de 2013.

Fuente: Duro Martínez JC. DO WE KNOW HOW MANY PROFESSIONAL SPECIALISTS IN CLINICAL PSYCHOLOGY WORK IN THE SPANISH NATIONAL HEALTH SYSTEM? [Internet]. Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers, 2021 Vol. 42(2), pp. 81-93. 2021. [citado 7 mar 2022]. Disponible en: <http://www.psychologistpapers.com/English/2955.pdf>

En la convocatoria PIR 2021-2022 se convocaron 204, de las cuales, solo una correspondió a La Rioja⁶⁷.

Figura 48. **Plazas PIR por CCAA de la convocatoria 2021-2022. España**



Fuente: Orden SND/948/2021, de 8 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2021 para el acceso en el año 2022, a plazas de formación sanitaria especializada para las titulaciones universitarias de grado/licenciatura/diplomatura de Medicina, Farmacia, Enfermería y ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. [Internet]. Boletín Oficial del Estado. Núm 218. Sept 2021. [citado 7 mar 2022]. Disponible en: <https://boe.es/boe/dias/2021/09/11/pdfs/BOE-A-2021-14809.pdf>

En cuanto a la **enfermería en el campo de la Salud Mental**, según datos del Atlas de Salud Mental de la OMS de 2020⁶⁸, a nivel mundial, las enfermeras representan el 44% del personal de Salud Mental, aunque en algunas regiones, tales como el Pacífico Occidental, representan hasta el 68%. Excepcionalmente, la proporción de psicólogos es más elevada que la de las enfermeras y los psiquiatras en la región de las Américas (4,6 psicólogos por 100.000 habitantes en comparación con 3,6 enfermeras y 1,9 psiquiatras por 100.000 habitantes). Hay notables diferencias entre las regiones de la OMS y otras regiones. Por ejemplo, en 2020 había 0,1 psiquiatras y 0,9 enfermeras por cada 100.000 habitantes en la Región de África, en comparación con 9,7 psiquiatras y 25,2 enfermeras por 100.000 habitantes en la Región Europea.

Figura 49. **Profesionales de Salud Mental por 100.000 habitantes en regiones de la OMS, 2020**



Fuente: Mental Health ATLAS 2020. [Internet]. World Health Organization. 2020. [citado 2 mar 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

El informe *Headway 2023: Mental Health Index*⁶⁹ publicado recientemente indica que existen diferencias significativas entre países europeos con mayor dotación de personal dedicado a la Salud Mental, como es el caso de Países Bajos o Dinamarca, y aquellos que se encuentran a la cola, como España, solo por encima de Bulgaria. En concreto, en el caso de las enfermeras Especialistas en Enfermería de Salud Mental la diferencia cuantitativa entre Dinamarca y España es de 150 profesionales de este tipo por 100.000 habitantes.

Según datos de junio de 2021 de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental⁷⁰, las comunidades marcadas en verde en la siguiente figura son aquellas que sí cuentan con puestos de trabajo definidos en la categoría de personal de enfermera Especialista en Enfermería de Salud Mental, mientras que las coloreadas en naranja son aquellas que tienen plazas mediante promoción interna o están en proceso de creación, y en rojo las que no cuentan con puestos definidos. Según los datos de esta Asociación La Rioja sí cuenta con la categoría de esta especialidad creada, aunque no con bolsa de empleo ni puestos de trabajo definidos. Sin

embargo, en el Decreto 8/2022, de 2 de febrero, por el que se modifica el Decreto 38/2013, de 25 de octubre, por el que se aprueba la relación de puestos de trabajo correspondiente al personal de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Servicio Riojano de Salud ya se han aprobado dos puestos para Atención Hospitalaria de esta categoría.

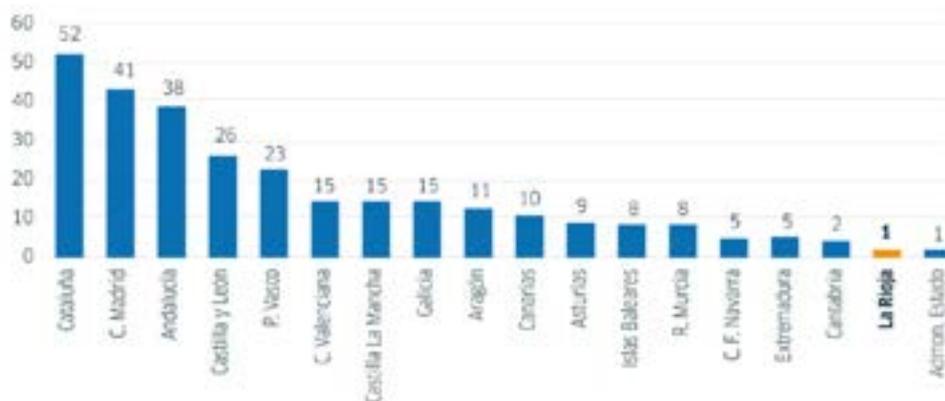
Figura 50. **Puestos definidos en la categoría de personal de enfermería Especialista en Enfermería de Salud Mental en España por CCAA, 2021**



Fuente: Situación actual del reconocimiento de la especialidad de Enfermera Especialista de Salud Mental en las Comunidades Autónomas. [Internet]. Asociación Española de Enfermería de Salud Mental. Junio 2021. [citado 2 mar 2022]. Disponible en: <https://www.aeesme.org/principal/situacion-actual-del-reconocimiento-de-la-especialidad-de-enfermera-especialista-de-salud-mental-en-las-comunidades-autonomas/>

A nivel nacional, el número de plazas en la última convocatoria EIR de septiembre 2021⁶⁷ ofertó 285 plazas para la especialidad de Enfermería de Salud Mental. La distribución por comunidades autónomas de estas plazas fue la siguiente, siendo en La Rioja de 1 plaza:

Figura 51. **Plazas EIR de la especialidad en Enfermería de Salud Mental por comunidades autónomas de la convocatoria 2021-2022. España**



Fuente: Orden SND/948/2021, de 8 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2021 para el acceso en el año 2022, a plazas de formación sanitaria especializada para las titulaciones universitarias de grado/licenciatura/diplomatura de Medicina, Farmacia, Enfermería y ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. [Internet]. Boletín Oficial del Estado. Núm 218. Sept 2021. [citado 7 mar 2022]. Disponible en: <https://boe.es/boe/dias/2021/09/11/pdfs/BOE-A-2021-14809.pdf>

A continuación, se expone la evolución de los recursos humanos destinados a la atención de la Salud Mental en la Red de Salud Mental del SERIS.

Tabla 18. **Evolución Recursos Humanos de Salud Mental en La Rioja**

	1985	1995	2000	2009	2015	2021
Psiquiatras	10	16	17	20	18	22
Psicólogos	4	9	10	13	13	16
DUE	5	19	21	42	42	44
T. Social	1	2	2	2	2	2
T. Ocupacional			1	2	2	3
Aux. Clínica	95	71	71	85	95	101
Enfermera especialista en Enfermería de Salud Mental						

Fuente: Datos proporcionados por el Servicio Riojano de Salud. 2021.

El reparto de profesionales de salud mental puede verse en detalle en la siguiente tabla, extraída del Mapa de Recursos de Salud Mental de La Rioja⁵ y revisada y actualizada según los últimos datos disponibles del Servicio Riojano de Salud.

Tabla 19. **Profesionales de cada dispositivo de salud mental de La Rioja**

Dispositivo	Ubicación y recursos humanos
Unidades de Salud Mental (USM)	<p>Logroño:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CS Espartero (3 psiquiatras, 3 psicólogos clínicos y 3 enfermeras (2 de adulto y una de infanto-juvenil)). - CS Siete Infantes de Lara (3 psiquiatras, 1 psicólogo clínico y 1 enfermera). - CS La Guindalera (1 psiquiatra, 1 psicólogo clínico (pendiente de incorporación) y una enfermera). <p>Rioja Alta: CS de Haro, de Santo Domingo y de Nájera (1 psiquiatra, 1 psicólogo clínico y 2 enfermeras en Haro).</p> <p>Rioja Baja: CS de Calahorra y de Arnedo (3 psiquiatras, 1 psicólogo clínico y 3 enfermeras (2 en Calahorra y una en Arnedo)).</p>
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) comunitaria	Centro de Salud Espartero (2 psiquiatras, 4 psicólogos clínicos (uno en la USM de Rioja Baja) y 1 enfermero. Comparte 1 auxiliar administrativo con la USM de adultos y 1 auxiliar de enfermería).
Unidad de Hospitalización de Breve (UHB)	Hospital San Pedro (3 psiquiatras, 1 psicólogo clínico, 9 enfermeras, (con un supervisor/a de enfermería) y 13 auxiliares de enfermería).
Unidad de Hospitalización de Media Estancia (UME)	Hospital de La Rioja (2 psiquiatras (1 de ellos se comparte en otros ámbitos de salud mental, otro pendiente de contratación), 6 enfermeros (con un supervisor/a de enfermería para el H. de La Rioja), 10 auxiliares de enfermería y 1 terapeuta ocupacional a media jornada).
Unidad de Rehabilitación de Área (URA)	Hospital de La Rioja (1 psicólogo clínico, 1 enfermera, 3 auxiliares de enfermería, 1 trabajadora social (compartida para todo el servicio de SM del HGR) y 1 terapeuta ocupacional a media jornada).

Centro de Salud Mental de Albelda de Iregua (CSMAI)	Larga Estancia (1 psiquiatra, 1 psicóloga clínica, 1 médico general, 14 enfermeras, 1 supervisor de enfermería, 67 aux. de enfermería, 1 trabajadora social, 1 terapeuta ocupacional, 1 fisioterapeuta y 7 profesionales no sanitarios, como conserjes y administrativos). Existen dos plazas sin cubrir de enfermera especialista en Enfermería de Salud Mental.
Unidad Trastornos de la Conducta Alimentaria	Para infanto-juvenil el H. de Día de SM Infanto-Juvenil del H. San Pedro ofrece 2 plazas para Tratamiento de TCA. Para adultos el Hospital de Día de adultos ofrece 2 plazas para el Programa de Tratamiento de TCA.
Hospital de Día adultos	Hospital de La Rioja (1 psiquiatra, 1 psicóloga clínica, 1 enfermera, 1 terapeuta ocupacional, 1 auxiliar de enfermería y personal administrativo compartido).
Unidad De Día Infanto-Juvenil y Trastornos de la Conducta Alimentaria	Hospital San Pedro (1 psiquiatra, 1 psicólogo clínico y 1 enfermera).
Equipo de Terapia Asertiva Comunitaria (ETAC)	Hospital La Rioja (1 psiquiatra, 1 enfermera de SM y 1 auxiliar de enfermería).

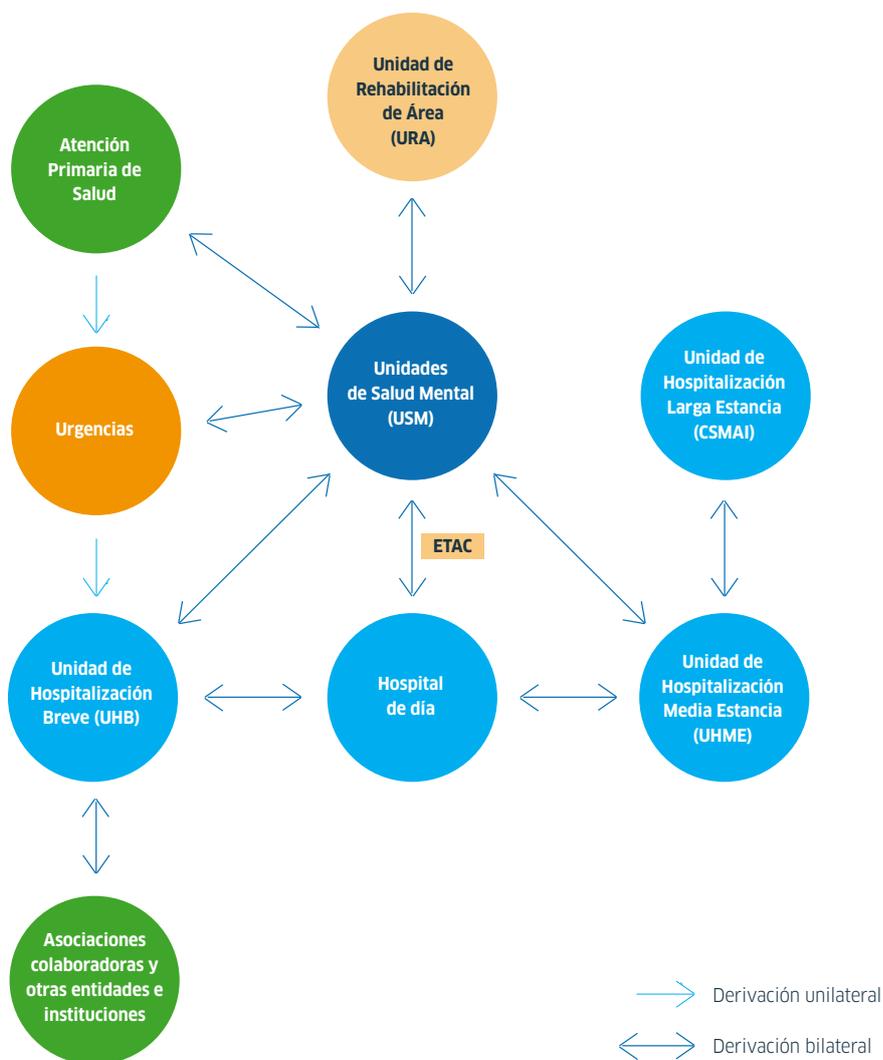
Fuente: Datos actualizados del Mapa de Recursos de Salud Mental de La Rioja. 2021.

A estos profesionales se añadirán en el corto plazo otras dos plazas de especialistas en Enfermería de Salud Mental para el Hospital San Pedro, que están aprobadas pero pendientes de incluir en las Relaciones de Puestos de Trabajo.

4.5. Flujo y derivaciones

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

Figura 52. **Diagrama de flujos y derivaciones de la Red de Salud Mental del Servicio Riojano de Salud**



Fuente: Datos del Servicio Riojano de Salud. 2021.



5. Líneas estratégicas de Salud Mental en La Rioja

Este IV Plan de Salud Mental de La Rioja tiene como objetivo completar las actuaciones que se iniciaron con el plan anterior, de las cuales, muchas se han visto interrumpidas e interferidas por el desarrollo de la pandemia por COVID-19, creando esto nuevas necesidades y retos a afrontar.

En línea con el borrador de la Estrategia Nacional de Salud Mental²² para el periodo 2021-2026, este plan comparte su objetivo de mejorar la salud mental de la población en todos los niveles y ámbitos de la atención del Sistema Nacional de Salud a través de diversas líneas estratégicas, cada una de ellas con objetivos, recomendaciones e indicadores concretos.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

LÍNEA 1.- Promoción de la Salud Mental.

LÍNEA 2.- Prevención del Trastorno Mental.

LÍNEA 3.- Asistencia a los Trastornos Mentales.

3.1. Salud Mental en Atención Primaria.

3.2. Asistencia al Trastorno Mental Grave y Persistente.

3.3. Prevención de la Conducta Suicida.

3.4. Asistencia a los Trastornos relacionados con abuso de alcohol y conductas adictivas.

3.5. Asistencia a la Salud Mental en la edad Infanto-Juvenil.

3.6. Asistencia en la Salud Mental Geriátrica.

LÍNEA 4.- Coordinación Interinstitucional y con Asociaciones de Pacientes y Familiares.

LÍNEA 5.- Actuaciones frente a la discriminación y lucha contra el estigma social de las personas con problemas de salud mental.

LÍNEA 6.- Profesionales y Salud Mental, formación e investigación.

LÍNEA 7.- Calidad y Evaluación en los Servicios de Salud Mental.

LÍNEA 1. Promoción de la Salud Mental

Estado de situación

El bienestar emocional es una dimensión importante del estado de salud. El estrés, la ansiedad y la mala gestión de las emociones son importantes factores de la carga global de las enfermedades crónicas más prevalentes y tienen importantes repercusiones en la salud y el bienestar de las personas.

El 12,7% de la población española de 15 y más años presenta sintomatología depresiva de distinta gravedad y es más prevalente en mujeres (16,3%) que en hombres (8,95%), con agravamiento a medida que avanza la edad. La pandemia ha tenido un impacto importante en muchos de los signos y síntomas de la salud mental, la sensación de decaimiento y/o estado depresivo ha afectado a un porcentaje mayor de personas (>3%), así como los problemas para conciliar el sueño (>2%) y la apatía o falta de interés por hacer cosas (>3%)⁷¹.

Se han realizado avances en los últimos años, a pesar de que se trata de un área clara a continuar trabajando según lo planteado en el III Plan²³ y lo que recoge el borrador de Estrategia Nacional²² en su segunda línea estratégica: 2. Promoción de la salud mental de la población y prevención de los trastornos mentales. Entre otras recomendaciones, instan a “sensibilizar y formar a los profesionales de las diferentes disciplinas sanitarias o de otro tipo (p. ej. educación) para identificar mejor los malos tratos y abusos sexuales a las personas vulnerables, especialmente a la infancia y adolescencia”, y a “promover intervenciones dirigidas a los medios de comunicación para implicarlos en la promoción de la salud mental desde las administraciones sanitarias, a nivel nacional y de comunidades autónomas”.

Los programas de parentalidad positiva son una buena herramienta para trabajar el bienestar emocional desde las primeras etapas de la infancia: capacitan a padres y madres en la responsabilidad doméstica de sus hijos e hijas y en su educación, en el desarrollo de habilidades y hábitos sanos (alimentación saludable, prevención consumo drogas y otras conductas adictivas, utilización adecuada del tiempo libre, fomento de la lectura y el estudio) y en la prevención del abandono y el fracaso escolar.

La Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud 2014⁷² contempla, entre sus líneas prioritarias, el bienestar emocional con especial atención al manejo de las emociones y el estrés, junto al resto de factores de riesgo que producen las enfermedades crónicas más prevalentes. En el marco de la estrategia se han elaborado recursos de formación e información para mejorar el bienestar emocional⁷³.

En general hay un acuerdo común sobre la necesidad de trabajar intensamente en esta línea en respuesta a la sobrecarga del sistema por malestar emocional general en la población, agravado por la pandemia y con especial impacto en colectivos especialmente vulnerables. Parece evidente que la promoción de la salud mental debe integrarse en el conjunto de acciones de promoción de la salud en la comunidad autónoma.

Para ello, en la actualidad, y tras lo ocurrido durante la pandemia, puede ser un buen momento, dada la mayor sensibilidad que existe como consecuencia de lo vivido en esta última etapa. Es una buena ocasión para potenciar el papel de Atención Primaria en la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos de salud mental, así como crear programas de formación en habilidades de afrontamiento y manejo del estrés y la ansiedad, en especial para determinados colectivos (mujeres, cuidadoras, víctimas de violencia de género, población vulnerable, etc.) y en centros educativos.

Es importante fomentar hábitos y estilos de vida saludables y promover programas de prevención en grupos de riesgo, incluyendo la prevención del suicidio y la prevención cuaternaria en salud mental, evitando o atenuando las consecuencias de una actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario y, específicamente, del sobrediagnóstico de trastornos mentales y su sobretratamiento, sobre todo con psicofármacos. Existe un consenso científico de que buena parte de los malestares y problemas menores de salud mental se beneficiarán poco de intervenciones psicológicas o psicofarmacológicas porque tienen su raíz en problemáticas de otra índole (social, laboral, económica o, en todo caso, fuera del sistema sanitario).

Objetivo General

- Promover la salud mental de la población de La Rioja a lo largo del ciclo vital, con intervenciones sobre los determinantes y factores de riesgo que inciden en ella y crear entornos que favorezcan el bienestar emocional.

Objetivos Específicos

- Promover la salud mental y el bienestar emocional en las distintas etapas de la vida, identificando las situaciones y grupos de población con mayor vulnerabilidad, con especial atención al bienestar emocional en la infancia.
- Proporcionar información y formación para el cuidado del bienestar emocional en los entornos donde viven las personas.
- Promover el bienestar emocional y proporcionar habilidades de vida en todo el ámbito educativo, incluido el universitario.
- Crear entornos saludables para la salud y poner al alcance de las personas herramientas y recursos comunitarios para la gestión de las emociones, el control del estrés y la ansiedad y la mejora de los estilos de vida.
- Diseñar estrategias multisectoriales para abordar los determinantes sociales que crean desigualdades en la salud mental de las personas.
- Desarrollar programas de formación, en promoción de salud mental y bienestar emocional, dirigidos a profesionales de los distintos ámbitos implicados
- Implicar a profesionales de la comunicación, en la promoción de la salud mental y bienestar emocional, mediante el desarrollo de estrategias de comunicación de calidad.

Acciones

Acciones prioritarias

1. Desarrollar documentos accesibles cognitivamente para todo tipo de familias y pacientes (discapacidad, desconocimiento de idiomas, etc.).
2. Desarrollar programas dirigidos a promover la Salud Mental de las personas mayores.
3. Desarrollar programas para la formación en habilidades de afrontamiento y manejo de estrés y la ansiedad, haciendo especial hincapié en población adolescente y juvenil.

Acciones a medio plazo

- Desarrollar programas de seguimiento y apoyo durante el embarazo y el postparto.
- Desarrollar programas de parentalidad positiva en el ámbito familiar, educativo y comunitario.
- Incluir, en el programa de salud infantil, pautas e indicaciones dirigidas a madres y padres, sobre promoción de salud mental y bienestar emocional.
- Desarrollar programas de promoción de la salud mental en las distintas etapas educativas, incluida la universitaria.
- Desarrollar programas para reducir el estrés y la ansiedad en el ámbito de trabajo y promover el bienestar emocional.
- Realizar actuaciones específicas orientadas a colectivos con alto riesgo de exclusión social: personas sin hogar, en paro, inmigrantes, presos...
- Impulsar la coordinación con la Consejería de Educación para realizar actuaciones de formación e información dirigida al personal docente de los centros educativos.
- Desarrollo de programas de formación dirigidos a profesionales de Atención Primaria.
- Impulsar la promoción y difusión de modelos de relación igualitaria y sana entre hombres y mujeres, para incorporar la perspectiva de género en todas las actuaciones de la salud mental.
- Realizar campañas de información a la ciudadanía sobre indicaciones que promuevan su bienestar emocional.
- Difundir a la población el decálogo de salud mental y bienestar emocional.
- Desarrollo de políticas destinadas al bienestar familiar: acceso a la vivienda, acceso gratuito a la educación de 0-3 años, disminuir el desempleo...
- Desarrollo de políticas socio educativas que contribuyan a disminuir el fracaso escolar.
- Desarrollar un proyecto de colaboración con los medios de comunicación sobre hábitos saludables de promoción de la Salud Mental. Fomentar apariciones periódicas en los medios de comunicación con información relativa a los trastornos mentales y a las personas con trastornos mentales graves.
- Crear guías de información y orientación sobre el bienestar mental de niños y adolescentes dirigida a padres, educadores y profesionales (no especializados en salud mental) que los ayude a comprender las problemáticas más frecuentes en este sector de la población, los factores de riesgo y de protección, así como posibles pautas de intervención y los canales de búsqueda de ayuda e información especializada.
- Realización de actividades de sensibilización y educación para la promoción de la salud mental con el objeto de reducir el estigma asociado y promover el bienestar emocional.

- Celebrar y visibilizar durante todo el año actos institucionales y actividades orientadas al conocimiento de la salud mental (charlas, cursos, ciclos de cine o teatro, actividades deportivas, exposiciones, etc.).
- Fomentar y mejorar la promoción de la salud mental a través de la utilización de las redes sociales e internet. Implantar medidas dirigidas a favorecer que las nuevas tecnologías sean un instrumento que promueva la salud mental, mediante la creación de un portal web con información exhaustivamente seleccionada y sometida a constante revisión.
- Fomentar la investigación de indicadores de impacto.
- Fomentar la formación en perspectiva de género.
- Realizar actuaciones orientadas a informar y sensibilizar a profesionales de Servicios Sociales.
- Organizar intervenciones comunitarias para favorecer la promoción de la salud mental en el ámbito social (por ejemplo: asociaciones vecinales) a través del manejo de emociones, malestar en colectivos vulnerables (cuidadores, víctimas de violencia de género, etc.).
- Generar espacios y estrategias de coordinación sobre salud comunitaria, promoción de la salud y prevención entre Salud Mental, Atención Primaria, Salud Pública, Servicios Sociales, las administraciones locales y otros sectores, con acciones como el desarrollo Diagnóstico de Salud de cada Zona con visión de activos y trabajar la Salud Comunitaria estableciendo alianzas con las asociaciones del territorio. Dicha acción puede ser liderada por la Enfermera Especialista en Familiar y Comunitaria.

Indicadores

- Número de intervenciones anuales en medios de comunicación relativas a promoción de la Salud Mental.
- Número de actividades de sensibilización y educación para la salud realizadas después de la entrada en vigor del Plan de Salud Mental.
- Nivel de satisfacción, medido mediante encuestas, del público participante en las actividades de promoción de la salud mental.
- Existencia de programas multisectoriales operativos de promoción y prevención en materia de salud mental.
- Número de intervenciones anuales, por parte de Enfermería de Salud Mental y Atención Primaria, destinadas a los cuidados de salud mental de los pacientes y a la trasmisión de hábitos saludables y recomendaciones en salud.
- Número de actuaciones orientadas a informar y sensibilizar a profesionales de Atención Primaria y otros profesionales.
- Número de actuaciones específicas orientadas a personas mayores, geriatría y paliativos, adolescencia, y familiares e infancia.
- Número de actuaciones específicas orientadas a colectivos con alto riesgo de exclusión social: personas sin hogar, inmigrantes, presos.
- Número de actuaciones para impulsar la promoción y difusión de modelos de relación igualitaria y sana entre hombres y mujeres.
- Número de actuaciones orientadas a informar y sensibilizar a profesionales de Servicios Sociales.

LÍNEA 2. Prevención del Trastorno Mental

Estado de situación

Esta línea, junto con la de promoción de la salud mental, es de gran importancia y debe seguir trabajándose en la región. En el borrador de la Estrategia Nacional²² queda recogida junto con la promoción en su segunda línea, 2. Promoción de la salud mental de la población y prevención de los trastornos mentales.

También recoge dentro de este epígrafe la **prevención cuaternaria**: prevención del daño asociado a la asistencia sanitaria. “Se define como la intervención que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario. Pretende evitar el sobrediagnóstico y sobretratamiento, así como disminuir el daño a los pacientes asociado a la asistencia sanitaria. Buena parte de los malestares y problemas menores de la salud mental se beneficiarán poco de intervenciones psicológicas o psicofarmacológicas porque tienen su raíz en problemáticas de otra índole (social, laboral, económica o, en todo caso, fuera del sistema sanitario)”.

En La Rioja este aspecto debe potenciarse en salud mental, a pesar de la dificultad que implica la falta de tiempo de los profesionales para dedicarlo a actividades de prevención, dada la sobrecarga asistencial del momento.

También es importante potenciar el papel de Atención Primaria y Trabajo Social en actividades de prevención, dada su especial condición al estar en mayor contacto con la población.

Para asegurar una prevención eficaz, se requiere conocimiento de factores de riesgo y formación para la detección precoz de trastornos emocionales, especialmente en la adolescencia/juventud.

Objetivo General

- Prevención de los trastornos de salud mental.

Objetivos Específicos

- Concienciar y sensibilizar de la corresponsabilidad de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud mental.
- Coordinación en materia preventiva con los equipos de Atención Primaria, Atención Hospitalaria, equipos psicológicos, universidad, asociaciones y otros agentes involucrados.
- Impulsar la atención temprana a la salud mental como recurso preventivo.

Acciones

Acciones prioritarias

1. Incrementar la colaboración con los equipos de Atención Primaria, equipos psicopedagógicos, universidad, y otros agentes comunitarios en la detección de factores de riesgo de los problemas psicológicos más prevalentes en la población general y en grupos de riesgo, incluyendo iniciativas de prevención de trastornos en la población juvenil. Llevar a cabo también acciones de colaboración con los equipos y profesionales del ámbito de los Servicios Sociales y de Educación.
2. Desarrollo de un protocolo estandarizado de detección del riesgo de Trastorno Mental Grave.
3. Crear redes de comunicación interdisciplinares entre Sanidad y Educación.
4. Programa de prevención y promoción específicos en población diana. Familias con niños de alto riesgo social. Niños de alto riesgo neuropsicológico. Hijos de familias con TMG. Atención al niño vulnerable.
5. Promover iniciativas de prevención de trastornos de salud mental entre profesionales sanitarios, en coordinación con asociaciones especializadas y con redes sociales y medios de comunicación, de modo que se comparta la información y no se duplique a través de ese recurso único de información mencionado: un centro documental online (ejemplo: escuela de salud online) que concentre toda la información en prevención.

Acciones a medio plazo

- Realización de actividades de prevención de los problemas de salud mental en los ámbitos educativos, comunitarios y laboral y de la Atención Primaria de Salud.
- Implementar instrumentos de evaluación inicial comunes para Sanidad y Educación con el fin de facilitar las primeras intervenciones en Sanidad.
- Apoyo a las familias. Impulsar el ejercicio positivo de responsabilidad familiar, parentalidad positiva promoviendo el desarrollo en los padres de cuidados que favorezcan el desarrollo evolutivo psicológico.
- Programas de salud mental perinatal. Elaboración de materiales de apoyo en consulta para educación para la salud individual.
- Crear un recurso único de información: una estructura informativa de calidad a la que poder remitir a los pacientes y a la que acudan los profesionales (contenido adaptado a los distintos grupos etarios).
- Analizar los datos recogidos por los informes científicos realizados sobre la prevalencia del estado de salud mental de los adolescentes riojanos, implementando recomendaciones e intervenciones concretas a través de la coordinación con equipos de orientación escolar para abordar la problemática de salud mental subclínica y elaborar protocolos específicos de actuación en los centros escolares.
- Realización de un programa de prevención escolar, integral y continuado. Que abarque desde primaria hasta secundaria. Donde se trabajen las adiciones de forma transversal en temas relacionados con las emociones, pensamientos, ocio y tiempo libre, valores, etc.
- Realizar un programa de prevención en el ámbito laboral. La empresa es un lugar privilegiado, que reúne condiciones excepcionales para realizar programas de Salud Laboral, información y sensibilización sobre consumo de sustancias y otras adicciones comportamentales,

programas de detección temprana y consejo breve, así como favorecer el acceso a tratamiento de los trabajadores.

- Contar con la colaboración de Farmacia Comunitaria para colaborar con el resto de los profesionales de salud mental y participar en labores de difusión informativa y en campañas de Salud Pública.
- Aumentar la coordinación entre enfermería Especialista en Enfermería de Salud Mental y de Atención Primaria en aspectos de prevención.
- Formación del personal empleado público del Servicio de Protección de Menores, en detección de factores de riesgo de salud mental más prevalentes en la población y en detección de conducta suicida, así como a los Equipos técnicos y Personal de atención directa que trabajan con los menores en los Centros de Acogimiento Residencial y en los programas de Acogimiento Familiar.

Indicadores

- Número de actividades desarrolladas e implantadas anualmente en colaboración con Atención Primaria y otros dispositivos.
- Número de entidades y asociaciones colaboradoras.
- Número de convenios suscritos entre las entidades.
- Nivel de bienestar emocional y estado de salud mental de población general.
- Número de documentos elaborados y distribuidos, sobre el bienestar mental de los adolescentes después de la entrada en vigor del Plan de Salud Mental.
- Elaboración de un protocolo estandarizado.
- Confección de un equipo multidisciplinar de profesionales de salud mental y Atención Primaria.
- Satisfacción de los usuarios de los servicios de salud mental.
- Creación de un recurso de información centralizada.
- Número de intervenciones tras las derivaciones de los centros escolares.
- Número de coordinaciones realizadas con asociaciones e instituciones colaboradoras: centros educativos, Servicios Sociales, Servicios Judiciales, etc.
- Nivel de satisfacción, medido mediante encuestas, de las asociaciones e instituciones colaboradoras: centros educativos, Servicios Sociales, Servicios Judiciales, etc.

LÍNEA 3. Asistencia a los Trastornos Mentales

- 3.1. Salud Mental en Atención Primaria.
- 3.2. Asistencia al Trastorno Mental Grave y Persistente.
- 3.3. Prevención de la Conducta Suicida.
- 3.4. Asistencia a los Trastornos relacionados con abuso de alcohol y conductas adictivas.
- 3.5. Asistencia a la Salud Mental en la edad Infanto-Juvenil.
- 3.6. Asistencia en la Salud Mental Geriátrica.

3.1. Salud Mental en Atención Primaria

Estado de situación

La asistencia a trastornos mentales desde Atención Primaria ha aumentado entre 2015 y 2019, suponiendo en 2019 el 7% de las consultas atendidas. De estas consultas el 56,4% fue en mujeres y el 43,6% en hombres⁷⁴.

Por edad, los grupos con mayor solicitud de asistencia de problemas mentales fueron el de 15-49 años y el de mayores de 80 años. Ha habido un aumento de la prevalencia de la patología psiquiátrica en la 3ª y 4ª edad.

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013⁷⁵ incluía como uno de sus objetivos que las comunidades autónomas deben establecer procedimientos de apoyo desde la atención especializada en salud mental a la Atención Primaria para la detección y tratamiento precoz de los trastornos mentales. El borrador de la Nueva Estrategia²² recomienda que los profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría y enfermeras de Atención Primaria tengan una adecuada formación para evaluar a niños y adolescentes con riesgo de depresión y otros problemas de salud mental, registrando el perfil de riesgo en su historia clínica.

El recientemente publicado Plan Estratégico de Atención Primaria y del Hospital de San Pedro³³, indica en uno de sus objetivos, la necesidad de normalizar y avanzar en el desarrollo de la salud mental en Atención Primaria, con medidas concretas:

- Uso racional de la medicación psicofarmacológica en Atención Primaria y Salud Mental con un programa de reducción de tratamiento farmacológico de personas con Trastorno Mental Leve/Común (ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos).
- Favorecer la coordinación entre los Equipos de Atención Primaria y las Unidades de Salud Mental en la implementación de programas de continuidad de cuidados y hábitos saludables dirigidos a pacientes y sus familias/cuidadores.
- Establecer programas de prevención de la patología mental y fomento del bienestar psicosocial en la población general, y en la infanto-juvenil en particular, en Atención Primaria de forma coordinada con las Unidades de la Salud Mental.
- Reforzar la USMIJ para dar cobertura a la demanda asistencial actual.
- Establecer protocolos de continuidad asistencial entre Salud Mental infanto-Juvenil y Pediatría de Atención Primaria.

También define como acción necesaria la redefinición y potenciación de la actividad del Hospital General de La Rioja como centro de atención a la cronicidad, fragilidad, salud mental y fase final de vida.

La pandemia por COVID-19 ha puesto a prueba a los Equipos de Atención Primaria aumentando la presión asistencial y las consultas por malestar psicosocial.

Pilares necesarios para la transformación de la AP en La Rioja:

- Una adecuada gobernanza y liderazgo.
- Desarrollo de servicios de salud integrales equitativos.
- Enfoque de prevención y promoción de la salud.
- Trabajo en equipos multidisciplinares.
- Reducción de la asimetría respecto al sistema hospitalario en la asignación de recursos materiales y humanos.
- Incorporación de tecnología en la consulta y uso razonable de la misma.

En este punto se plantea la posibilidad de incluir psicólogos clínicos en Atención Primaria, como ya han instaurado algunas comunidades (Madrid, Cataluña, Asturias, Navarra y Baleares) y en otras está en proceso (Cantabria y Extremadura). En el caso del País Vasco, se van a desarrollar jefaturas de sección de psicología clínica para diseñar planes específicos para abordar esto, en concreto se va a generalizar con un programa *botton-up* el Protocolo Unificado de Barlow (un tratamiento transdiagnóstico) en grupo. Cada USM tendrá al menos dos grupos (10-14 pacientes por grupo) activos para canalizar las derivaciones de Atención Primaria.

Objetivo General

- Favorecer la coordinación directa y frecuente entre los profesionales de los equipos de Atención Primaria y de salud mental de cada zona de salud para mejorar la calidad, la eficacia de las intervenciones y las derivaciones, generando sinergias que potencien los efectos terapéuticos.

Objetivos Específicos

- Protocolizar los abordajes terapéuticos en salud mental y Atención Primaria con profesionales de ambos estamentos.
- Potenciar la atención por parte de Enfermería de Salud Mental y Atención Primaria en los cuidados de salud mental y en la responsabilización de los pacientes en los cuidados de su salud mediante la trasmisión de hábitos saludables, procedimientos terapéuticos recomendaciones para el cumplimiento del Tratamiento.
- Incrementar el conocimiento en materia de salud mental en las diferentes etapas evolutivas en Atención Primaria y Pediatría.

Acciones

Acciones prioritarias

1. Crear equipos de médico, enfermería y trabajo social en Atención Primaria que sean el vínculo con psiquiatría con el que consultar y realizar el seguimiento de los pacientes con trastornos de salud mental.

2. Realizar sesiones clínicas y bibliográficas conjuntas entre Atención Primaria y Salud Mental.
3. Avanzar en el enfoque interdisciplinar para la incorporación de psicólogos en los equipos de Atención Primaria y trabajadores sociales, con el fin de mejorar la atención del malestar emocional.
4. Fomentar la especialización del personal de enfermería para tratar a los pacientes en las USM y coordinarse con el equipo de Atención Primaria (enfermería, médico y trabajadora social). La categoría profesional en las USM debe ser de Especialista en Enfermería de Salud Mental.

Acciones a medio plazo

- Incluir en la Historia Clínica Electrónica, además del registro clínico del paciente, un registro de las actuaciones sociales involucradas (atención social necesaria y/o recibida, recursos sociales a los que tiene acceso, etc.).
- Potenciar el empleo de las interconsultas dentro de la Historia Clínica Electrónica con Comunicación entre médicos de Atención Primaria, psiquiatras y psicólogos clínicos de manera ágil y rápida. Vía digital/telefónica. Disminuir así las derivaciones y la lista de espera de la especializada y medicaciones innecesarias.
- Fijar un procedimiento de reuniones presenciales para favorecer la transferencia de información y el establecimiento de objetivos terapéuticos comunes entre Atención Primaria y salud mental.
- Promover la actualización del trastorno mental en la Atención Primaria, mediante la realización de cursos de formación y sesiones clínicas e informar sobre los recursos existentes en salud mental, incluyendo a las asociaciones que gestionan recursos de salud mental.
- Fomentar la interrelación de los recursos sanitarios de Atención Primaria y de los existentes en Salud Mental, incluyendo a las asociaciones que gestionan recursos en este campo.
- Crear protocolos conjuntos de actuación en TMG y trastornos prevalentes.
- Elaborar instrumentos de detección o derivación de menores en situaciones de riesgo.
- Crear protocolos conjuntos de actuación en trastornos mentales más habituales en niños y adolescentes.
- Coordinación entre enfermería de Atención Primaria y Unidades de Salud Mental. Diseño de programas de implicación familiar en continuidad de cuidados y hábitos saludables.
- Realizar interconsulta presencial.
- Valorar equipos con médico, enfermería y trabajo social en salud mental con presencia periódica en Atención Primaria no sólo virtual y que sean el vínculo con el que realizar el seguimiento de los pacientes con trastornos de salud mental.
- Promover rotaciones de residentes de psiquiatría en Atención Primaria, valorando esta inclusión en el plan de formación.
- Reforzar el papel de la trabajadora social en los equipos interdisciplinares de las USM como enlace entre lo sanitario y lo social, coordinándose con Servicios Sociales y atención sanitaria, prestando servicio a las familias y gestionando el acceso a los recursos.
- Crear un espacio de comunicación fluida entre especialistas, asociaciones, Servicios Sociales y Orientación Educativa, mediante una plataforma web, en la que poder hablar entre profesionales y agilizar la atención y el acceso a los recursos.

- Dotar de herramientas e instrumentos especializados en la detección de los trastornos mentales en personas con discapacidad intelectual o del desarrollo
- Valorar la inclusión de la figura de los psicólogos clínicos en Atención Primaria.
- Elaborar un protocolo o programa de intervención por el equipo multidisciplinar de salud mental para las patologías más prevalentes (trastornos afectivos o trastornos de ansiedad graves) o de seguimiento prioritario en salud mental como trastornos obsesivos compulsivos, psicosis (tanto primeros episodios como refractarios o crónicos) o trastornos de personalidad tipo límite.
- Incluir la figura de la trabajadora social en los equipos de salud mental.
- Potenciar el papel de enfermería especialista.
- Elaborar protocolos de continuidad asistencial con enfermería.
- Potenciar las intervenciones psicoterapéuticas individuales, familiares y grupales.
- Promover acciones específicas para impulsar la Atención Comunitaria, como los Grupos de Ayuda Mutua en los centros de Salud; el desarrollo de la Atención Comunitaria en las herramientas de gestión: contratos programa y acuerdos de gestión; promover la creación en las Zonas Básicas de Salud (ZBS) y Unidades de Salud Mental (USM) de Referentes y Grupos de Atención Comunitaria multidisciplinarios que puedan facilitar el proceso de reorientación comunitaria de la Atención Primaria y la puesta en marcha del servicio de cartera; y asegurar que el enfoque de equidad se tenga en cuenta en la distribución de recursos en los Centros de Salud y USM.

Indicadores

- Existencia de un procedimiento que favorezca la transferencia de información entre Atención Primaria y Salud Mental.
- Número de intervenciones anuales, por parte de Enfermería de Salud Mental y Atención Primaria, destinadas a los cuidados de salud mental de los pacientes y a la trasmisión de hábitos saludables y recomendaciones en salud.
- Número de protocolos elaborados para la atención a la Salud Mental.
- Existencia de sesiones clínicas conjuntas (Atención Primaria y Salud Mental).
- Número de interconsultas realizadas entre Atención Primaria y Salud Mental.
- Listas de espera en consultas sucesivas, demora de atención preferente desde los servicios de urgencias o desde que son dados de alta en las unidades de hospitalización (por ejemplo, porcentaje de pacientes derivados desde las Unidades Hospitalarias, atendidos en los siguientes 10 días en sus USM de referencia).
- Medir el registro de la situación sociofamiliar de los pacientes en la historia clínica.
- Avance en la mejora de sistemas de información entre Educación y Salud.
- Especialistas en Enfermería de Salud Mental en las distintas Unidades de Salud Mental (USM).

3.2. Asistencia al Trastorno Mental Grave y Persistente

Estado de situación

En cuanto a la atención al Trastorno Mental Grave y Persistente, ha habido importantes avances en los últimos años, con la creación de:

- Hospital de día de adultos
- ETAC (Equipo de Terapia Asertivo-Comunitaria)

Sin embargo, sigue habiendo margen de mejora en cuanto a la atención a las familias y cuidadores desde el ámbito sanitario, los tiempos de demora, la coordinación y conocimiento de los servicios a nivel sociosanitario y asistencial, así como los servicios de alojamiento y atención residencial comunitaria.

Durante la pandemia han aumentado los nuevos casos, sobre todo de depresión y ansiedad, y se han agravado otros trastornos mentales ya existentes.

El borrador de la Estrategia Nacional²² incluye una línea sobre “Atención a las personas con problemas de salud mental basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario”. Entre los objetivos marcan “centrar la atención en la persona y sus necesidades y realizar Planes Individualizados de Atención (PIA) en el marco de una alianza terapéutica, con participación activa de la persona” o “potenciar las intervenciones psicoterapéuticas individuales, familiares y grupales de cuya eficacia se tiene conocimiento”, tal y como recoge el documento al que ha tenido acceso este medio.

Además, en la línea 1. Autonomía y derechos. Atención en la persona; entre las recomendaciones, establecen que hay que “reducir progresivamente al mínimo imprescindible las intervenciones que van en contra de la voluntad de la persona con trastorno mental, así como cualquier otra medida restrictiva y generar las condiciones que las hagan innecesarias” e “implementar en todos los servicios un protocolo de actuación y un registro del uso de las contenciones y otras prácticas coercitivas y hacer un seguimiento de su evolución”.

Características y necesidades de atención, intervención y apoyo de las personas con TMG y persistente: Las personas con Trastorno Mental Grave ven notablemente afectada la manera de cubrir, entre otras, sus necesidades de manutención, salud, alojamiento, trabajo, seguridad, relaciones afectivas, sociales y familiares, traduciéndose en una esperanza de vida un 20% inferior a la población general.

La red de atención comunitaria integral debe contemplar sus dificultades específicas y considerar entre otros servicios:

- 1. Atención y tratamiento de la salud mental,** asegurando una continuidad de cuidados que incluya una asistencia integral: hospitalaria, comunitaria y de rehabilitación psicosocial.
- 2. Atención y tratamiento de la salud general.** Es una población que tanto por su propia patología como por los posibles efectos secundarios derivados de los tratamientos farmacológicos -y en algunos de éstos incrementado por el consumo de tóxicos-, tienen una mayor

incidencia de problemas somáticos y de urgencias generales: trastornos cardiovasculares, trastornos infecciosos, trastornos respiratorios, síndrome metabólico, trastornos osteomusculares, trastornos bucodentales...

3. Atención al diagnóstico dual, en coordinación con los recursos específicos. Existe una importante prevalencia de comorbilidad (40-50%) derivada del consumo de tóxicos y/o deficiencia mental con Trastorno Mental Grave. La existencia de comorbilidad en los trastornos mentales graves conlleva una peor respuesta al tratamiento, y por tanto un pronóstico más desfavorable.

4. Atención en situación de crisis. Debe responder a la complejidad de situaciones clínicas, psicosociofamiliares y legales que se pueden presentar. Se prestará especial atención a la prevención de recaídas.

5. Intervención precoz desde la USM, que debe incluir la derivación a recursos de rehabilitación para evitar el deterioro y las situaciones de “puerta giratoria”; y de un programa de seguimiento comunitario.

6. Atención en rehabilitación psicosocial. Es imprescindible realizar programas individualizados de rehabilitación (PIR) con los diferentes dispositivos específicos, orientados al mantenimiento de la estabilización clínica, y a la adquisición de habilidades y capacidades, que permitan un aumento de la autonomía y una mejor integración comunitaria.

7. El apoyo a las familias y cuidadores incluye un amplio abanico de atención: desde información de recursos (sanitarios, sociales, asociaciones...), apoyo social, legal, psicoeducación, afrontamiento de la enfermedad, resolución de problemas, soporte emocional, grupos de autoayuda, hasta servicios residenciales de “respiro familiar”.

8. Apoyo a la rehabilitación psicosocial y soporte comunitario. Para que los objetivos de los programas de rehabilitación se mantengan en el tiempo, es indispensable contar con Recursos Sociales a largo plazo que den soporte a las necesidades de apoyo en la red social, de tiempo libre, ocupacionales, etc., dentro de programas de ocio y tiempo libre, centros de día, talleres ocupacionales...

9. Inserción ocupacional y laboral. Muchas de las personas afectadas con un Trastorno Mental Grave están en el rango de edad entre los 20 y 50 años y han visto truncada su trayectoria educativo-profesional, por lo que retomar este aspecto es el eje fundamental para poder optar a una integración real.

10. Alojamiento y atención residencial comunitaria. Es otra de las acuciantes necesidades de las personas con Trastorno Mental Grave ya que muchas de ellas no se encuentran en condiciones de vivir de forma independiente y autónoma, por lo que van a necesitar en menor o mayor medida un grado de supervisión diaria a largo plazo. Una de las máximas preocupaciones de los cuidadores (muchos de ellos el padre y/o la madre de edad avanzada) es el asegurar las necesidades básicas cuando ellos no estén. Este es uno de los problemas que han llevado tradicionalmente a la institucionalización en los Hospitales Psiquiátricos de muchas de las personas con TMG.

11. Información, protección y defensa de sus derechos. La población con Trastorno Mental Grave presenta un desconocimiento sobre cuáles son sus derechos, tanto como ciudadanos, como en relación a las necesidades derivadas de su enfermedad –una de las situaciones posibles es la intervención del sistema judicial a lo largo de la evolución de la enfermedad: tratamientos e ingresos involuntarios, incapacidad parcial y total, nombramiento de tutores, defensores judiciales– por lo que es preciso proporcionarles un asesoramiento legal.

12. Atención integral: Todas estas necesidades deben ser atendidas de forma coordinada por los diferentes dispositivos, servicios y administraciones.

Como práctica a futuro, se plantea la creación de un grupo de trabajo para comenzar a ofrecer tratamientos psicológicos coadyuvantes a los farmacológicos en TMG en las USM. En Navarra se han estandarizado intervenciones psicológicas para familiares de pacientes con TMG, así como intervenciones psicológicas intensivas individuales para TMG dirigidas a promover la recuperación (no solo reducir “síntomas”).

Esto requiere de una formación específica a los profesionales para poder hacer este tipo de tratamientos tan especializados, y de un mayor tiempo de consulta, al menos 45 minutos con cada paciente. Pero se plantea la opción de no tener como solución la externalización en el tercer sector (asociaciones de enfermos y familiares de enfermos, principalmente) los tratamientos no farmacológicos (psicosociales), ya que puede ser a la larga ruinoso para la administración (iatrogenia/cronificación). Además, la necesidad de profesionales con formación específica hace que sea más la carga que recae en el hospital (hospitalización cuando es necesaria la contención-seguridad) y en las USM (contención psicofarmacológica ambulatoria). Por tanto, es importante estudiar la creación de planes individuales de verdadera recuperación.

Objetivo General

- Mejora del funcionamiento personal y social y de la calidad de vida de las personas que sufren un TMG, así como el apoyo a su integración, promoviendo que el paciente pueda definir sus propios objetivos y encuentre en los profesionales ayuda para desarrollarlos.

Objetivos Específicos

- Definir la condición de persona con Trastorno Mental Grave y persistente, de acuerdo con criterios operativos, así como las diferentes necesidades que puede presentar en cada momento de su evolución.
- Crear una vía integrada de atención a la persona con Trastorno Mental Grave y persistente. Esta vía establecerá sistemas de coordinación con Atención Primaria, otros servicios de Atención Hospitalaria, los servicios sociales y otros departamentos de la administración relacionados con las necesidades de las personas con trastorno mental grave y persistente y sus familiares. Se establecerá la participación e implicación del sistema de Servicios Sociales para la atención comunitaria a la población con Trastorno Mental Grave y persistente, teniendo como única forma de acceso y derivación a los diferentes centros y recursos (centros de día, pisos tutelados, mini residencias, etc) mediante propuesta del Servicio de Salud Mental responsable de cada paciente a través de un informe motivado en el que se indique la necesidad de la atención: social, rehabilitadora y/o residencial de los centros mencionados.
- Crear una unidad de coordinación 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.

Acciones

Acciones prioritarias

1. Implementar los Planes Individualizados de Atención (PIA) para cada paciente, mediante un equipo multidisciplinar que evalúe y determine el tipo de tratamiento que necesita, así como la atención psicosocial y los recursos a los que puede tener acceso, marcando una hoja de ruta concreta para cada paciente y reforzando las intervenciones psicoterapéuticas individuales, familiares y grupales.
2. Promover la creación de dispositivos especializados de atención en la comunidad y en el domicilio, que fomenten la plena integración y permanencia de la persona con Trastorno Mental Grave y Persistente en el entorno donde reside.
3. Mejorar y ampliar el Hospital de Día de adultos y facilitar el acceso a pacientes de toda La Rioja.

Acciones a medio plazo

- Crear una base de datos de los usuarios con Trastorno Mental Grave y persistente, de acuerdo con los criterios que definen a la persona con trastorno mental grave.
- Definir el perfil y las actuaciones del gestor de caso, o profesional de la Red de Salud Mental asignado a cada persona incluida en el registro de personas con Trastorno Mental Grave y persistente, como garante de la continuidad de cuidados y de la coordinación con los servicios sociales, favoreciendo la adherencia al tratamiento y evitando los abandonos.
- Definir el perfil de enfermera Especialista en Enfermería de Salud Mental para liderar la unidad de coordinación con el sistema para la autonomía y atención a la dependencia, definida en los objetivos específicos y las actuaciones de gestor de casos, cuando se trata de promoción de autonomía, prevención de dependencia y continuidad de cuidados.
- Elaborar, por un grupo de expertos, el diseño de la vía integrada de atención al paciente con Trastorno Mental Grave y persistente.
- Incrementar el número de personas que, de acuerdo con sus necesidades, reciben tratamiento en programas de rehabilitación psicosocial como prevención terciaria.
- Ampliar los recursos residenciales (pisos tutelados, mini residencias, etc.) disponibles para personas con Trastorno Mental Grave y persistente¹.
- Continuar, dentro de la vía integrada de atención al paciente con Trastorno Mental Grave y persistente, el programa de Tratamiento Asertivo Comunitario.

¹Desde la Consejería de Servicios Sociales y Gobernanza Pública se está trabajando en una nueva normativa específica para la regulación de las distintas fórmulas de atención residencial dentro del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales previstas para las personas con discapacidad y con problemas de salud mental o diagnóstico de trastorno mental crónico, así como los requisitos y procedimiento para el acceso a las plazas públicas de dichos recursos y su régimen jurídico básico. En dicha normativa se regulan como posibles recursos residenciales de servicios sociales, los centros residenciales, las viviendas con apoyos u otros dispositivos residenciales.

Dentro de esta normativa en tramitación, se contempla también la previsión de creación de una Comisión Técnica permanente de atención residencial para personas con problemas de salud mental, como órgano colegiado consultivo, de participación y coordinación, que se encargará de la aplicación del baremo correspondiente (que se recogerá como anexo a la norma) y la determinación de la idoneidad o no de la plaza de atención residencial de la red de recursos de servicios sociales. En principio formarán parte de esta Comisión, entre otros, representantes de la Administración de los ámbitos de Servicios Sociales, así como de las entidades representativas de las personas y/o familias destinatarias de estos servicios sociales de salud mental, y las entidades que participan de la gestión de estos servicios de responsabilidad pública, y en la que sería necesario contar también con representantes del ámbito de Salud, con el fin de potenciar la necesaria coordinación de ambos sistemas, y contribuir a la implementación de la red de apoyo y seguimiento continuo de pacientes con problemas de salud mental y una red de vivienda y coordinar el uso de estos recursos.

- Diseño y reorganización de los dispositivos y estructura asistencial en relación con la atención a los trastornos de la conducta alimentaria.
- Priorizar, en los programas de formación de los profesionales, los temas relacionados con la atención a personas con Trastorno Mental Grave y persistente y a sus familiares.
- Garantizar el acceso a los centros de rehabilitación psicosocial mediante la indicación contenida en el plan individualizado de atención, independientemente del grado de dependencia reconocido al paciente.
- Avanzar en la mejora de la valoración de la situación de dependencia derivada de un trastorno mental.
- Valorar la reubicación de algunas camas de la Unidad de Media Estancia al Centro de Salud Mental de Albelda de Iregua, para determinados perfiles de pacientes crónicos, que requieran hospitalizaciones más prolongadas, con el objetivo de optimizar la gestión de los recursos y mejorar la coordinación de los servicios.
- Ampliar la atención domiciliaria iniciada con la creación del ETAC y desarrollar las unidades de hospitalización domiciliaria.
- Reforzar la unidad de rehabilitación, tanto en Rioja Baja como en Rioja Alta.
- Desarrollar el apoyo y control continuo y la ayuda a domicilio para aquellos pacientes más dependientes mediante la coordinación de salud, servicios sociales y las asociaciones que gestionan estos recursos.
- Contemplar acciones de humanización de la asistencia (aplicación y actualización tarjeta AA "Acompañamiento y Accesibilidad", protocolo de atención en urgencias, protocolos específicos discapacidad intelectual y trastorno mental, plan de reducción progresiva de intervenciones que van en contra de la voluntad).
- Crear algún tipo de dispositivo intermedio para los pacientes que salen de agudos, y dar más importancia a la figura de la psicología clínica de enlace.
- Protocolizar la atención dentro de urgencias para homogeneizarla. Mejorar los circuitos de derivación de pacientes y de ingresos, para que los pacientes no pasen excesivas horas en urgencias. Mejorar el protocolo de derivación de urgencias desde Calahorra al Hospital de San Pedro.
- Mejorar el abordaje de los trastornos de personalidad.
- Elaborar una cartera de servicios con los recursos existentes dirigidos a personas con TMG, para evitar el uso de fórmulas informales en La Rioja.
- Mejorar la infraestructura informática para facilitar la teleasistencia e incorporarla como una alternativa en algunos casos concretos (medio rural, incapacidad para trasladarse, etc.)
- Crear un grupo con mujeres con TMG relacionado con violencia de género.
- Desarrollo de un plan formativo/informativo para los agentes de los diferentes medios de comunicación en la Comunidad Autónoma con recomendaciones sobre el tratamiento de los trastornos de salud mental en los medios.
- Mejorar el abordaje de los trastornos mentales en personas con discapacidad intelectual o del desarrollo mediante la puesta en marcha de sesiones de análisis y evaluación de casos entre los profesionales de la red de salud mental y de las asociaciones que intervienen con ellas.
- Analizar cómo adaptar la nueva Ley de discapacidad⁷⁶: Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.

- Mejorar la accesibilidad a los recursos en salud mental en los entornos rurales.
Fomentar la creación de convenios y bolsas de empleo específicas para personas con Trastorno Mental Grave.
- Apoyar en los Centros de día a estas personas para conseguir las habilidades pre-laborales necesarias para su incorporación al mercado laboral.

Indicadores

- Número total de enfermos con TMG que utilizan nuestros servicios / número de población de referencia.
- Nuevos casos de TMG / nº total casos nuevos al año.
- Número de pacientes con TMG con Plan de tratamiento individual integrado / nº de registros con diagnóstico de TMG.
- Número pacientes con TMG que disponen de profesional de contacto asignado.
- Listas de espera en consultas sucesivas, demora de atención preferente desde los servicios de urgencias o desde que son dados de alta en las unidades de hospitalización (p ej., porcentaje de pacientes derivados desde las Unidades Hospitalarias, atendidos en los siguientes 10 días en sus USM de referencia).
- Porcentaje de casos que abandonan el programa tras 90 días sin atención (dejan de tener contacto con los recursos).
- Días de ingreso por paciente al año.
- Porcentaje de casos que requieren atención especializada urgente.
- Evaluación de resultados de los procesos de rehabilitación.
- Tasa de reingresos en Unidades de Hospitalización.
- Porcentaje de pacientes que permanecen más de 45 días ingresados en Unidades de Hospitalización.
- Grado de satisfacción expresada por pacientes.
- Existencia del documento que defina la condición de persona con trastorno mental grave y crónico, de acuerdo con criterios operativos, así como las diferentes necesidades que puede presentar en cada momento de su evolución.
- Número de personas atendidas en el ETAC.
- Número de personas atendidas en unidades de rehabilitación en Rioja Baja.
- Creación de un dispositivo intermedio para los pacientes salen de agudos.
- Número de derivaciones desde Calahorra al Hospital San Pedro.
- Creación de cartera de servicios con los recursos existentes dirigidos a personas con TMG.
- Creación de una infraestructura informática de teleasistencia.
- Creación de un grupo con mujeres con TMG relacionado con violencia de género.

3.3. Prevención de la Conducta Suicida

Estado de situación

El Observatorio del Suicidio en España ha publicado el avance de las cifras de suicidio de 2020⁴⁷ en España, que alcanzan los 3.941 casos (74,3% hombres y 25,7% mujeres), 270 casos más que en 2019. El aumento global es de 7,35%: 5,74% más en hombres y 12,33% en mujeres. En 2020 el número de suicidios en España alcanza el máximo histórico desde que se poseen datos (año 1906). Nunca se habían superado las 1.000 muertes por suicidio en mujeres.

En cuanto a las cifras por edad y género, en 2020 el mayor número de suicidios se ha producido entre los 40 y 59 años; en mujeres de 50 a 59 años ha aumentado un 27% respecto a 2019 y los casos de suicidio en mayores de 79 años ha aumentado un 20% respecto a 2019, tanto en hombres como mujeres. En La Rioja no ha habido variación.

En el borrador de Estrategia Nacional²² se establece el punto: 3. Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida. Recomiendan fomentar una adecuada continuidad de cuidados de las personas que han realizado una tentativa de suicidio y promover la formación y capacitación de los profesionales de Atención Primaria, Medicina, Enfermería y Trabajo social en identificación de grupos de riesgo y en técnicas de entrevista para la detección y manejo de este riesgo, entre otros.

Se insiste en este borrador en la necesidad de abordar el tema mediante la colaboración entre autoridades sanitarias y otras instituciones y sectores.

También se proponen medidas como la dotación a los profesionales de herramientas que posibiliten la identificación de posibles pensamientos suicidas y el establecimiento de criterios de detección de posible conducta suicida o de factores de alto riesgo que pudieran dar lugar a la reaparición de ideas suicidas, establecer criterios de intervención y ayuda en caso de detección de riesgo suicida.

Otra cuestión importante que aborda la Estrategia Nacional es el desarrollo de registros precisos de suicidios consumados con las variables sociodemográficas necesarias para identificar grupos vulnerables y así poder actuar sobre ellos y registro y monitorización de los factores de riesgo que llevan al suicidio.

En La Rioja, el III Plan de Salud Mental²³ recogía una línea específica de prevención de suicidio que contemplaba la puesta en marcha de un Plan de prevención del suicidio. Dicho plan se inició en 2019 y ha permitido avanzar en una mayor protocolización de la detección, derivación en un mejor seguimiento de los casos de tentativa y atención a su entorno. Así, se ha puesto en marcha un buzón telefónico atendido por enfermería que se activa a través de un formulario de asistencia o evaluación desde los profesionales que atienden las urgencias. Tras la intervención en urgencias se activa una intervención psicológica en las USM. Para poder llevar a cabo esta intervención se ha reservado un hueco asistencial de 30 minutos cada día en la agenda de psicología. Los huecos asistenciales en psiquiatría constan de dos espacios de

15 minutos dos veces a la semana. La intervención del psiquiatra de la USM se lleva a cabo según la indicación dada tras la valoración de psiquiatra de urgencias.

Sin embargo, la pandemia por COVID-19 ha interferido y ralentizado varias de las acciones que se estaban llevando a cabo fruto de este plan. La percepción de los profesionales y las asociaciones es que han aumentado los intentos de suicidio en el contexto de la pandemia por COVID-19, especialmente entre jóvenes. Todo ello hace recomendable mantener esta línea estratégica, retomando y actualizando las acciones previstas en el III Plan Estratégico de Salud Mental¹⁹.

Objetivos Generales

- Disminuir la tasa de muertes por suicidio y de tentativas de suicidios en La Rioja.
- Realizar un abordaje integral que proporcione apoyo psicosocial a personas con ideas o con tentativas previas de suicidio y a familiares y amigos de personas que han intentado o consumado el suicidio.

Objetivos Específicos

- Desarrollar un programa autonómico de prevención y abordaje del suicidio.
- Desarrollar una amplia Red de Atención Integral al Suicidio, preventiva y de intervención, con personas en riesgo suicida, con los familiares, con los sistemas de su entorno (de salud, educativos, medios de comunicación, asociaciones, sociedad en general...).

Acciones

Acciones prioritarias

1. Revisión y mejora de la información epidemiológica sobre el suicidio en La Rioja mediante la colaboración de la Red de Salud Mental del SERIS, los servicios de información epidemiológica de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales y el Instituto de Medicina Legal de La Rioja. Desarrollo de un sistema de registro de tentativas suicidas en los dispositivos de Urgencias del SERIS y también los consumados por parte del Instituto de Medicina Legal y Forense, así como la ideación. Formar y unificar los criterios de registro de estos datos por parte de los profesionales.
2. Continuar desarrollando el protocolo de detección precoz e intervenciones en los factores de riesgo de conductas suicidas. Ampliar la aplicación de test de riesgo en los Servicios de Urgencias y de Atención Primaria, haciendo uso de las escalas estandarizadas para mejorar la detección de personas con alto riesgo de suicidio.
3. Continuar con el sistema de seguimiento y supervisión que garantice la continuidad asistencial de las personas que han realizado un intento de suicidio y han sido atendidos en servicios de urgencia una vez son dados de alta en los mismos. Continuar con los mecanis-

mos de intervención y derivación entre los diferentes niveles asistenciales que permiten una mayor agilidad que facilite la adherencia al tratamiento y la asistencia a las sesiones de seguimiento. Estandarizar el seguimiento por parte de psicología.

4. Optimizar la aplicación del protocolo de actuación específica para adolescentes con ideas autolíticas o autolesivas implicando a los distintos canales de atención.

5. Reactivar las reuniones periódicas con el equipo de profesionales representantes de todos los servicios e instituciones implicados en actuaciones con personas en riesgo de suicidio: centros de Atención Primaria, centros de salud mental, unidades de urgencia de los hospitales, área infanto-juvenil, psicogeriatría, teléfono de emergencias 112, Guardia Civil, bomberos y policía local, Teléfono de la Esperanza, Centros educativos, Universidad de La Rioja, etc.

6. Desarrollar protocolos específicos de derivación y coordinación con asociaciones e instituciones (incorporación en HCE, mejorar el acceso, incorporar datos de servicios sociales).

7. Retomar las acciones de formación continuada a los profesionales en la atención y el seguimiento de los trastornos suicidas, fomentando la cooperación entre los especialistas y los distintos sistemas e incentivando a los profesionales. Continuar con el desarrollo de programas de formación sobre detección, orientación y manejo terapéutico del riesgo suicida para los profesionales de Atención Primaria, personal de Urgencias, especialistas en Salud Mental, otros profesionales de la salud y personal de servicios sociales, educativos y asociaciones relacionadas. Retomar las acciones de formación e información sobre la forma de registro y alerta.

8. Continuar con la coordinación con los agentes de los diferentes medios de comunicación en la comunidad autonómica con recomendaciones sobre el tratamiento del suicidio en los medios, difusión de decálogo de buenas prácticas, etc.

9. Mejorar las vías de comunicación entre todos los niveles implicados, priorizando los casos y protocolizando esta comunicación.

10. Desarrollar un programa de prevención universal de la conducta suicida en centros educativos:

- a. Elaboración y despliegue de un plan de prevención, detección e intervención en casos de ideación suicida en ámbito educativo
- b. Acciones de acompañamiento, apoyo y formación al personal de Educación que se enfrentan a este tipo de situaciones.

Acciones a medio plazo

- Establecimiento de una “línea de crisis” para la ayuda y asesoramiento telefónico inmediato de personas en riesgo de suicidio y sus familias.
- Revisión de los planes de tratamiento de los trastornos mentales más frecuentemente relacionados con la aparición de conductas suicidas trastornos afectivos (especialmente depresión y trastorno bipolar), trastornos de tipo psicótico (esquizofrenia), trastornos de personalidad (límite) y dependencias de tóxicos (alcoholismo y drogadicción) y protocolización del tipo de intervención en cada caso.
- Potenciar el papel de la enfermería de salud mental en el apoyo y acompañamiento de los pacientes con tentativa de suicidio. Reforzar acciones de formación específicas para enfermería en esta línea de trabajo.

- Desarrollo de un programa de apoyo a los supervivientes, familiares y personas próximas a la persona en riesgo de suicidio desde el sistema público, que incluya información y apoyo emocional que facilite la convivencia con alguien con riesgo, que contribuya a la prevención y que facilite apoyo en el duelo si la persona ha consumado el suicidio (atención individual, de pareja, familiar y grupal). Complementario al desarrollado desde el teléfono de la esperanza.
- Desarrollar programas informativos, guías, para la población en general dirigidos fundamentalmente al conocimiento de factores de riesgo de suicidio, aspectos preventivos, intervención en crisis e información sobre recursos de ayuda profesional, impulsados desde la red pública.
- Continuar con el desarrollo del protocolo de la conducta suicida, contando con la participación de todos los actores implicados en este ámbito, entre ellos Educación y aquellas asociaciones relacionadas con el ámbito educativo.
- Promover la formación para la detección rápida de la conducta suicida para Enfermeras Comunitarias, y establecer un rápido mecanismo de interconsulta en caso de posible detección.

Indicadores

- Existencia de una base de datos para la mejora del conocimiento de la incidencia de suicidios y conductas suicidas en La Rioja y de los aspectos epidemiológicos y asistenciales relacionados con estas conductas. Registro unificado de datos sobre suicidio: ideación, tentativas y consumados.
- Indicadores de seguimiento incluidos y seguidos: número de fallecimientos por suicidio en la Comunidad, número de ingresos en Urgencias y Unidades de Hospitalización por tentativas, número de personas con riesgo detectados en Consultas de Atención Primaria, número de derivaciones a trabajo social por tentativa.
- Existencia de un protocolo dirigido a mejorar la detección precoz e intervenciones en los factores de riesgo de conductas suicidas.
- Existencia de un programa específico para la atención a los familiares y amigos de personas que han consumado el suicidio.
- Sesiones de formación continuada a profesionales.
- Existencia de protocolos específicos de derivación y coordinación incluyendo asociaciones e instituciones.

3.4. Asistencia a los trastornos relacionados con abuso de alcohol y conductas adictivas

Estado de situación

La Rioja se encuentra entre las comunidades con un consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días en población de 15-64 años mayor que la media nacional (63%)³⁷.

También se encuentra entre las comunidades con un consumo de cannabis en los últimos 30 días en población de 15-64 años superior a la media nacional (8%)³⁷.

En general, los profesionales perciben que se ha producido un aumento de consumo de sustancias debido a la pandemia por COVID-19, lo cual puede ir acompañado de trastornos de salud mental e incrementar sus efectos en los casos en que ya hubiera una patología subyacente.

Además, existe una cuestión susceptible de mejora respecto a la existencia de varios centros distintos para la administración de metadona, con diferentes criterios, en la comunidad de La Rioja. Si bien, la administración gestionada en uno de los centros por la institución ARAD permite que haya un vínculo terapéutico con los profesionales de la entidad, lo que favorece que los usuarios inicien un tratamiento más integral, con el objetivo de que reduzcan paulatinamente la dosis de metadona prescrita hasta conseguir prescindir de este tratamiento farmacológico. También se favorece de este modo la adherencia al tratamiento farmacológico prescrito por el psiquiatra de referencia, ya que, en algunas personas se precisa realizar una supervisión para la correcta y efectiva toma de la medicación. De este modo, se favorece el seguimiento médico. Desde el Centro de Dispensación, los profesionales también llevan a cabo la gestión de la agenda de citas, recordando a los pacientes sus próximas citas en USM y en el resto de especialidades.

En la línea estratégica del borrador de la Estrategia Nacional¹⁸: Promoción de la salud mental de la población y prevención de los trastornos mentales, se establece como uno de los objetivos la prevención de la aparición de problemas de salud mental, drogodependencias y adicciones en la comunidad, mediante el desarrollo y evaluación de intervenciones comunitarias en áreas con alto riesgo de exclusión social, discriminación, pobreza y marginalidad, con el fin de actuar sobre los determinantes sociales, incluidos los determinantes de género, de los problemas de salud mental y de las drogodependencias y adicciones. También contemplan el desarrollo y evaluación de intervenciones dentro de lo contemplado en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 y en los planes de acción que la desarrollan y, en su caso, con los planes desarrollados en las distintas comunidades autónomas, como el desarrollado en la comunidad de La Rioja, con el objetivo de disminuir las adicciones con y sin sustancia.

Otro de los temas que incluye la Estrategia Nacional es el de las adicciones comportamentales, o adicciones sin sustancia, como las derivadas de las conductas de juego problemático o patológico, y propone impulsar las medidas para su detección temprana e intervención directa en la capacidad de juego de este tipo de participantes y en la población joven, menor de 18 años, la ciberadicción y sus consecuencias.

Sobre este tema, explica la Estrategia Nacional que las conductas adictivas sin sustancias (ciberadicción y ciberacoso) no han sido integradas como tales trastornos en la clasificación americana DSM-5 y en la propuesta de clasificación de la WHO ICD-11 (en el momento de la redacción la CIE 11 todavía no está adoptada en España) se incluyen como “adicción a los videojuegos” (y a internet: gambling disorder y gaming disorder). La comunidad científica las acepta bajo el nombre de adicciones comportamentales, (trastornos como la adicción al juego problemático o patológico, la adicción a las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y el uso indiscriminado de los instrumentos de pantalla).

Objetivo General

- Establecer un modelo integral de tratamiento para personas con trastorno por abuso de drogas y otras conductas adictivas.

Objetivos Específicos

- Potenciar las actuaciones orientadas a la detección precoz e intervención temprana en el abuso de drogas y conductas adictivas, especialmente en ciertos colectivos.
- Instaurar procesos asistenciales para el abordaje de las adicciones.

Acciones

Acciones prioritarias

1. Crear una unidad o equipo de patología dual que preste apoyo a las asociaciones Proyecto Hombre y ARAD. Reforzar la evaluación y el seguimiento del trastorno psiquiátrico por parte de las USM.
2. Mejorar el acceso protocolizado y la coordinación ágil desde las asociaciones que gestionan recursos de esta población con los servicios de salud mental, mediante la ampliación de los recursos desde salud a este tipo de personas.
3. Potenciar la atención, control y seguimiento de las personas sin hogar con este tipo de adicciones y aquellas que cuentan con menos recursos, dotándoles de recursos de alojamiento, para facilitar su adherencia al tratamiento y su evolución positiva.
4. Instaurar un plan asistencial para el tratamiento del alcoholismo, que incluya las secuencias de actuación de los diferentes dispositivos, desde la Atención Primaria hasta la Red de Salud Mental, con criterios de derivación y mecanismos de coordinación.
5. Instaurar un plan asistencial para el tratamiento de la patología dual, que incluya las secuencias de actuación de los diferentes dispositivos, desde la Atención Primaria, hasta la Red de Salud Mental, con criterios de derivación y mecanismos de coordinación.
6. Instaurar un plan asistencial para el tratamiento de la adicción a drogas ilegales, que incluya las secuencias de actuación de los diferentes dispositivos, desde la Atención Primaria hasta la Red de Salud Mental, con criterios de derivación y mecanismos de coordinación.

Acciones a medio plazo

- Establecer la utilización de herramientas de detección e intervención breve en los centros de salud.
- Incluir a las personas con trastornos derivados del abuso de alcohol y otras drogas y con adicciones comportamentales en los programas de coordinación de la Red de Salud Mental con los recursos sociales y grupos de autoayuda, asociaciones de Alcohólicos, ARAD, Proyecto Hombre de forma que se asegure la continuidad asistencial y de atención, de acuerdo con sus necesidades.
- Derivar al trabajador/a social de salud a las personas con trastornos derivados del abuso de alcohol y otras drogas para incluir en los programas de coordinación de la Red de Salud Mental.
- Establecer una batería de indicadores de rendimiento y satisfacción para usuarios y familiares.
- Realizar campañas de concienciación sobre el alcoholismo en La Rioja para fomentar la prevención de las adicciones en la población general de manera directa.
- Iniciativas específicas de prevención de consumo de tóxicos en preadolescentes y adolescentes, contando con la experiencia de asociaciones, como ARAD, para plantear iniciativas en prevención eficaces para dicho sector poblacional.
- Abordar la adicción a pantallas y tecnologías entre jóvenes y niños, con la ayuda de entidades como ARAD, a través de iniciativas que la institución ya ha puesto en marcha en otras ocasiones.
- Valorar opciones para posibilitar la derivación directa desde AP a asociaciones especializadas, como ya existe desde la atención especializada, teniendo en cuenta la necesidad de un seguimiento psiquiátrico desde Salud Mental, dada la gran comorbilidad entre trastornos por uso de sustancias y trastornos mentales
- Valorar atención diaria en el URA para personas con adicciones.
- Adecuación de espacios para la realización de ejercicio físico, preferentemente al aire libre, para fomentar el abandono del hábito tabáquico y como parte de terapias.

Indicadores

- Existencia de un plan asistencial integral para el tratamiento del alcoholismo, patología dual y conductas adictivas.
- Existencia de protocolos orientados a la detección precoz, intervención temprana y asistencia integral en el abuso de alcohol y otras drogas, en coordinación con el resto de dispositivos de atención a este colectivo.
- Derivación a entidades colaboradoras ARAD, Proyecto Hombre.
- Informes de derivación bidireccional con colaboradores ARAD / Proyecto Hombre.
- Sesión conjunta con las entidades colaboradoras.
- Creación de una unidad o equipo de patología dual.
- Cuantificar los pacientes de metadona que inician un tratamiento más integral con el objetivo de llegar a prescindir de este tratamiento farmacológico.

3.5. Asistencia a la Salud Mental en la edad Infanto-Juvenil

Estado de situación

La atención a la salud mental de la población infantil y juvenil de La Rioja se desarrolla en La Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) comunitaria, que se encuentra en el centro de Salud Espartero, dotado de 2 psiquiatras, 4 psicólogos clínicos (uno en la USM de Rioja Baja) y 1 enfermero. Comparte 1 auxiliar administrativo con la USM de adultos y 1 auxiliar de enfermería.

En los últimos años se ha avanzado en la atención a este grupo de edad, especialmente gracias a la creación del Hospital de día infanto-juvenil y a la incorporación de una psicóloga en infanto-juvenil a nivel ambulatorio en Calahorra, lo que ha supuesto una mejora en la zona de Rioja baja.

Además, durante este último periodo, se ha creado el programa de TDAH y el de trastornos de la conducta alimentaria, aunque se han visto interrumpidos por los efectos de la pandemia por COVID-19.

En cuanto al equipo de profesionales de infanto-juvenil, éste carece actualmente de un coordinador desde la jubilación de la anterior coordinadora en 2019 y necesita esta figura para coordinar a los profesionales y la atención de manera adecuada. Otra de las cuestiones que pueden mejorarse en cuanto al equipo es la pasada división entre la atención a pacientes de 0 a 14 años y de 14 a 18, lo cual ha hecho que la carga asistencial en cada grupo sea muy distinta y esté descompensada, de modo que una unificación de la atención podría ser beneficiosa.

La línea que contempla a este grupo dentro de la Estrategia Nacional²² es la línea 5. Salud mental en la infancia y en la adolescencia, la cual incide en la intervención precoz y los primeros brotes psicóticos en esta edad y en la prevención relacionada con los malos tratos, abusos sexuales, acoso y fracaso escolar, centrandose sus objetivos en estos temas. Entre las recomendaciones que hace la nueva Estrategia Nacional está la formación de los profesionales de los profesionales de medicina familiar y comunitaria, pediatría y enfermeras de Atención Primaria de para evaluar a niños y adolescentes con riesgo de depresión y otros problemas de salud mental, registrando el perfil de riesgo en su historia clínica; la dotación los servicios de salud mental de recursos humanos, económicos y de espacios físicos necesarios para desarrollar adecuadamente un tratamiento integral de los problemas de salud mental evaluando las intervenciones psicológicas, farmacológicas y psicosociales necesarias para mejorar el bienestar y la capacidad funcional, prestando atención a los factores familiares y al contexto social que pueda interferir en la evolución; y el desarrollo de unidades específicas de salud mental de la infancia y la adolescencia en los dispositivos asistenciales comunitarios de salud mental, con profesionales que posean la formación específica.

Por último, cabe destacar la futura creación de un centro terapéutico residencial para menores de La Rioja. Tiene como objeto dar respuesta a la necesidad planteada en la Comunidad Autónoma de La Rioja respecto a la **atención residencial en régimen de acogimiento espe-**

cializado de menores sujetos a trastornos de conducta, de edades comprendidas entre los 14 y 18 años ambos inclusive, cuya guarda se ejerce por parte de la Comunidad Autónoma de La Rioja. No obstante, podrán ingresar menores de esa edad cuando las circunstancias así lo aconsejen a juicio de la Dirección General competente en materia de Protección de Menores.

Tendrá capacidad de 20 plazas, en régimen de acogimiento Residencial especializado, para el abordaje de:

- trastorno de conducta, asociado o no a patología mental y/o discapacidad mental,
- problemas de drogodependencia y abuso de sustancias, incluidas las adicciones a las TIC'S.

Objetivo General

- Impulsar la mejora de la atención a los problemas de salud mental infanto-juvenil completando la red de recursos asistenciales específicos para este grupo de edad.

Objetivos Específicos

- Garantizar la continuidad de cuidados, mediante la coordinación sanitaria y social y el aumento de recursos humanos, a los pacientes con trastornos graves en salud mental infanto-juvenil.
- Unificar infanto-juvenil para una atención integral y mejor coordinación y reparto de la carga asistencial entre los profesionales de este ámbito.

Acciones

Acciones prioritarias

1. Desarrollar un plan para unificar infanto-juvenil: conocer los recursos existentes y las necesidades (psiquiatras, psicólogos, enfermeras). Facilitar el intercambio entre profesionales.
2. Incrementar los recursos enfocados a la población infanto-juvenil y los espacios dedicados a su atención, unificando infanto-juvenil en una misma área física, para una atención mejor coordinada a los pacientes.
3. Desarrollar protocolos de coordinación con recursos externos y definir circuitos de pacientes, de modo que se optimicen los recursos existentes.
4. Mejorar la colaboración de las unidades de salud mental infanto-juvenil con los dispositivos dependientes de los servicios sociales y educativos mediante la creación de estructuras formales de coordinación y protocolos de derivación, para garantizar la continuidad de cuidados y evitar duplicidades.
5. Establecer una figura de coordinación en infanto-juvenil, liberándola de carga asistencial e incluso proponiendo su dedicación parcial o exclusiva.
6. Mejorar la hospitalización infanto-juvenil en la Unidad de Corta Estancia del Hospital San Pedro, ampliar el número de camas, dotarla de nuevos espacios e incluso valorar un espacio

único y diferenciado de la Unidad de adultos que sea específico para Infanto-Juvenil. Adaptar progresivamente los espacios dedicados a la atención de la salud mental infanto-juvenil, garantizando su diferenciación de la atención de adultos y adaptándolos para ser más acogedores y no estigmatizantes, contribuyendo así a la humanización de la asistencia.

7. Mejorar la coordinación con los servicios de Pediatría de Atención Primaria y, especialmente con los equipos de atención temprana, mediante la creación de grupos de trabajo para formación y coordinación de intervenciones y supervisión de casos. Incluir una hoja de ruta para pediatría².

8. Crear programas específicos para infanto-juvenil de: primeros episodios de psicosis, trastorno de personalidad y trastornos del aprendizaje y seguir con lo ya elaborado en proceso TEA e interrumpido por la pandemia por COVID-19.

Acciones a medio plazo

- Consolidar e incrementar la asistencia y calidad asistencial. Potenciar los tratamientos psicológicos grupal y familiar. Identificar mejores prácticas clínicas para el tratamiento de cada trastorno y potenciar la aplicación de la psicoterapia donde aparezca recogida como tal.
- Potenciar y completar dispositivos intermedios como el Hospital de Día Infanto-Juvenil del Hospital San Pedro según se contempla en su plan funcional.
- Desarrollar protocolos específicos para el abordaje especializado de los trastornos mentales en población infanto-juvenil. Especialmente trastornos que incluyen la psicosis, trastornos de la conducta alimentaria, y conductas que sugieren el desarrollo de trastornos de la personalidad, como el de TEA, paralizado debido a la pandemia por COVID-19.
- Mejorar la coordinación con la Dirección General de Salud Pública y Consumo, mediante la creación de grupos de trabajo para formación y coordinación de intervenciones y supervisión de casos, especialmente en tabaquismo, alcohol, otros tóxicos y adicciones a tecnologías.
- Elaborar instrumentos y procedimientos para la detección precoz y derivación de posibles casos de menores en situaciones de riesgo, de forma coordinada con otras redes de atención al menor.
- Desarrollar programas de formación del personal educativo de los centros y hogares en aspectos básicos de la psicopatología del niño y adolescente. Fomentar la inclusión de la enfermera escolar en educación.

²Los equipos de atención temprana de salud, educación y servicios sociales son los tres sistemas implicados, tal y como se prevé en el Decreto 3/2011, de 19 de enero, regulador de la intervención integral en atención temprana en La Rioja, que tiene como objeto regular la intervención integral en atención temprana en la Comunidad Autónoma de La Rioja, coordinando las actuaciones de los sistemas implicados en el desarrollo de acciones de atención temprana, creando un modelo unificador que permita una evaluación continua de la intervención, que sin perjuicio de las actuaciones que en los ámbitos de salud, educación y servicios sociales se puedan llevar a cabo en el marco de sus competencias, posibilite la mejora o el desarrollo de los recursos específicos de atención temprana, y con ello la cartera de servicios de cada sistema.

Dentro de esta norma se regula la coordinación interdisciplinar de los profesionales de los diferentes recursos que intervienen en atención temprana en cada uno de los sistemas implicados, actuarán bajo el principio de coordinación para una adecuada intervención y para optimizar los recursos y con ello conseguir el logro de las mayores posibilidades de desarrollo del menor. A tal efecto se establecerán mecanismos de coordinación con protocolos de trabajo para la derivación, intervención, el seguimiento e intercambio y registros de información.

Así mismo se establece en el citado Decreto que para una adecuada intervención, para optimizar los recursos y para conseguir todas las posibilidades de desarrollo de la población infantil de 0 a 6 años en situación de dependencia o con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos es primordial la coordinación entre las instituciones y las distintas administraciones que tienen atribuciones y responsabilidades en este ámbito. Por ello dentro de los sistemas implicados: el sanitario, el educativo y los servicios sociales se deben establecer mecanismos de coordinación en la intervención integral en atención temprana con protocolos básicos de derivación e intercambio y registros de información y que el acceso a los recursos de los tres sistemas implicados y las acciones a desarrollar por los mismos se planificará de forma coordinada, de conformidad con los protocolos de coordinación y derivación, que a tal efecto se establezcan, de forma que se consiga una coherencia y optimización de los mismos, procurando una complementariedad de las intervenciones con el menor, su familia y su entorno, desde los tres sistemas sin que pueda producirse en ningún caso una duplicidad de servicios.

- Creación de un comité técnico de coordinación entre las distintas instituciones implicadas para mejorar esta coordinación y evolución del seguimiento.
- Fomentar la colaboración con las figuras de orientadores escolares y trabajadores sociales en la atención a este sector de la población.
- Elaborar un mapa de recursos de las asociaciones dedicadas a esta población, definiendo las formas de acceso a los mismos.
- Protocolizar el intercambio de información reglado, a través de un modelo de comunicación informatizada que facilite la coordinación entre salud, asociaciones y servicios sociales. Tener en consideración la protección de datos.
- Formar a los pediatras sobre el abordaje de los problemas de salud mental y los recursos existentes para esta población desde las asociaciones y servicios sociales.
- Realizar cribados en problemas de conducta con una valoración psicológica, de modo que se realicen correctamente derivaciones a salud mental o a orientación familiar en los casos que sea necesario.
- Agilizar la coordinación en infanto-juvenil con: educación, servicios sociales, justicia.
- Reforzar la plantilla de psicología y psiquiatría en función de los programas que se asuman.
- Completar el hospital de día infanto-juvenil con educación y trabajo social, como incluye el plan funcional existente. Fomentar una unidad coordinada entre salud y educación, para pacientes jóvenes con trastornos importantes, los cuales tienen una escolarización diferenciada en una unidad.
- Mejorar la comunicación entre pediatría y el resto de profesionales, para evitar duplicidad de intervenciones y mejorar el diagnóstico y reforzar las derivaciones. Realizar protocolos y hojas de ruta, así como interconsultas telemáticas.
- Realizar terapias grupales en estas edades.
- Potenciar los recursos en dispositivos intermedios para ingresar lo menos posible y crear una unidad y desarrollar la hospitalización de infanto-juvenil, ampliar el número de camas y dotarla de nuevos espacios.
- Fomentar el trabajo con la familia en el caso de infanto-juvenil, junto con el paciente (especialmente con padres y hermanos).
- Desarrollar un plan de coordinación con psiquiatría de adultos como enlace para la transición progresiva de infanto-juvenil a adulto, donde la dinámica de consultas es muy distinta.
- Crear programas específicos para menores en situación de desprotección (riesgo y/o guarda y/o tutela de la Administración) con familiares con problemas de salud mental, con la colaboración de los educadores sociales e inclusión en los grupos de Terapia Asertiva Comunitaria.
- Mejorar los circuitos de derivación a Salud Mental desde Educación. Continuar con la actualización del protocolo de TDAH contando con los grupos implicados en esta patología, entre ellos Educación y asociaciones relacionadas con el ámbito educativo.
- Organizar charlas y talleres en colegios e institutos sobre aspectos relevantes como conductas adictivas, etc.
- Avanzar en la figura del psicólogo en el contexto educativo, en los equipos psicosociales de base y dentro de los Servicios de Orientación Escolar.

- Formar al personal e incorporar en infantil a equipos multidisciplinares para atender perfiles TEA (Trastornos del Espectro Autista) y perfiles de jóvenes con discapacidad intelectual y trastornos mentales y mejorar su valoración y tratamiento desde Salud Mental.- Formación a los profesionales de la USMIJ sobre herramientas de detección, evaluación e intervención con personas jóvenes con discapacidad intelectual y trastornos mentales.
- Finalizar el desarrollo del protocolo TEA iniciado antes de la pandemia, valorando los siguientes aspectos:

- Realizar el diagnóstico en el momento adecuado, sin límite de edad de 6 años como pronto.
- Crear una unidad especializada en este tipo de pacientes.
- Realizar un seguimiento continuado con un profesional que acuda al entorno natural del paciente y reciba información al verlo y de sus cuidadores y familiares (o mediante video-llamada).
- Mayor conocimiento por parte de todos los profesionales de esta patología, de cara a la necesidad de realizarles pruebas de otro tipo (muchas veces deben ser sedados).
- Establecer un apartado para el ingreso infantil en estos pacientes que fuera un entorno más tranquilo.
- Elaboración de una "Guía de salud mental infantil", elaborada por psicólogos, pedagogos y pediatras que sirva de orientación a los padres sobre cuestiones que importantes en el desarrollo mental y afectivo de niños y adolescentes. Difusión de este documento desde Atención Primaria.
- Promover comisiones de trabajo con representantes de Atención Primaria, Educación, Salud Mental, del Servicio de Protección de Menores y representantes de familias de diferentes colectivos, y sistematizar protocolos consensuados de actuación para la prevención e intervención en problemas de salud mental en la población infanto-juvenil.

Incorporar las Escuelas de Padres dentro de las instituciones y recuperar los grupos de padres que recogía el Protocolo de coordinación del TDAH de La Rioja.

- Evitar la excesiva rotación de los profesionales que atienden a esta población, de cara a favorecer una adecuada vinculación.

Promoción y defensa de la nueva especialización en Salud Mental Infanto-Juvenil.

- Incorporar la atención domiciliaria en los menores que así lo requieran y sus familias en la cartera de servicios de los equipos asertivo-comunitarios, que incluyan la figura del psiquiatra, enfermero, psicólogo clínico y trabajador social, con formación específica en la población infanto-juvenil.
- Fomentar programas de continuidad de cuidados para problemas de salud mental crónicos de inicio en la infancia o adolescencia.
- Elaborar un documento institucional con las asociaciones y recursos con los que cuentan las familias en La Rioja.

Indicadores

- Existencia de protocolos específicos para el abordaje especializado de los trastornos mentales graves en población infanto-juvenil.
- Existencia de grupos de trabajo para coordinación de intervenciones y supervisión de casos.

- Número de reuniones del comité técnico de coordinación.
- Creación de una figura de coordinación de infanto-juvenil.
- Unificación del servicio infanto-juvenil.
- Finalización del desarrollo del protocolo de TEA.
- Número de interconsultas realizadas desde pediatría a salud mental.
- Elaboración de un protocolo de primeros episodios de psicosis en infanto-juvenil.
- Elaboración de un protocolo de trastorno de personalidad en infanto-juvenil.
- Elaboración de un protocolo de trastornos del aprendizaje en infanto-juvenil.
- Elaboración de un plan de coordinación con psiquiatría de adultos para trabajar en la transición desde infanto-juvenil.
- Creación de un programa desde servicios sociales de atención a niños con familiares con trastorno mental grave.
- Sesiones de formación a profesionales sobre el abordaje del perfil TEA.
- Creación de un equipo multidisciplinar para atender perfiles TEA.
- Porcentaje de nuevos profesionales incorporados respecto a las necesidades detectadas.
- Tasa: Número de niños con necesidad de intervención de la USMIJ/ Número de niños derivados por los pediatras de Atención Primaria.

3.6. Asistencia en la Salud Mental Geriátrica

Estado de situación

El porcentaje de personas mayores de 65 años en La Rioja (20,91%) se encuentra por encima de la cifra nacional (19,26%), siendo mayor la cantidad de mujeres que de hombres en este grupo de edad. En los últimos años ha habido un incremento del grupo de 85 y más años en La Rioja, especialmente las mujeres que doblan en número a los hombres. La tasa de dependencia es superior en La Rioja, lo que alerta de una población más envejecida que la media nacional⁷⁷.

Las proyecciones indican que en el futuro esta población irá en aumento, llegando al 29% de población mayor de 64 años en 2035. La tasa de dependencia para mayores de 64 años pasará del 34,12% en 2021 al 48,9% en 2035⁷⁸.

Se calcula que el 20% de las personas de 55 años o más sufren algún tipo de problema de salud mental. Las afecciones más comunes son la ansiedad, el deterioro cognitivo grave y los trastornos del estado de ánimo (como la depresión o el trastorno bipolar). Los problemas de salud mental suelen estar implicados como factor en los casos de suicidio. Esto hace que las estrategias internacionales prioricen la atención específica a la salud mental de los mayores.

La mayor longevidad, mayor esperanza de vida, aumento de la cronicidad y fragilidad hacen necesario transformar el modelo de atención del Sistema Riojano de Salud. El anterior plan incluía actuaciones en relación con atención geriátrica que no se han desarrollado plenamente y se consideran de interés vigente y prioritario.

El borrador de la nueva Estrategia Nacional²² contempla entre los grupos de mayor vulnerabilidad entre los que promover el acceso a una atención a la salud mental de calidad las personas mayores, entre otras. Este grupo, puede correr un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental.

Objetivo General

- Mejorar la atención integral e integrada de las personas mayores con trastornos psicogeriátricos.

Objetivos Específicos

- Potenciar la atención psiquiátrica a las personas mayores y que favorezca su autonomía e independencia, respete su identidad y estilo de vida en todo lo posible, contribuya a tratar sus problemas físicos y sin olvidar posibles problemas de aislamiento y soledad.
- Implantar un programa de atención psicogeriátrica asegurando la coordinación con servicios sociales, atención primaria y servicios especializados de salud.

- Coordinar las actuaciones del programa de atención psicogerítrica de forma preferente con los servicios de Geriatría y Neurología.

Acciones

Acciones prioritarias

1. Mejorar los métodos de screening y diagnóstico precoz de los trastornos psicogerítricos en los servicios de Atención Primaria y de urgencia, incluyendo las situaciones de maltrato o abuso en las personas mayores.
2. Implementar programas de “enlace” en los centros residenciales sociosanitarios para mayores dependientes atendiendo sus necesidades de tratamiento psicogerítrico. Estos programas serán coordinados por enfermeras Especialistas en Enfermería de Salud Mental.
3. Implementar un programa de vigilancia farmacológica en pacientes geriátricos centrado en la polimedicación, las interacciones y los efectos secundarios de los psicofármacos.

Acciones a medio plazo

- Facilitar el acceso de las personas mayores con trastornos mentales, sin límite de edad, desde los servicios de urgencias, Atención Primaria y servicios sociales, a todos los dispositivos especializados en salud mental.
- Fomentar la presencia de profesionales de psicología en las residencias de mayores.
- Potenciar la formación en psicogeriatría de los profesionales de la Red de Salud Mental, así como la investigación en este ámbito.
- Implementar un programa de vigilancia farmacológica en pacientes geriátricos centrado en la polimedicación, las interacciones y los efectos secundarios de los psicofármacos.
- Atención y seguimiento de los mayores en residencias y domicilios, en colaboración con Atención Primaria y Geriatría, abordando el tema de la soledad y haciendo uso de los recursos de servicios sociales.
- Trabajar la SM geriátrica conjuntamente con geriatría y con neurología, mediante un equipo multidisciplinar, ya que son las tres especialidades que llevan las demencias.
- Continuar con las valoraciones integrales desde Atención Primaria, que incluyen exploraciones con test y escalas definidos para analizar de manera precoz alteraciones psicogerítricas.

Indicadores

- Existencia de un programa de atención psicogerítrica coordinado entre Atención Primaria y los dispositivos especializados de atención a la salud mental, servicios de neurología y geriatría.
- Existencia de protocolo dirigido a la vigilancia farmacológica en pacientes geriátricos centrado en la polimedicación, las interacciones y los efectos secundarios de los psicofármacos.
- Existencia de documento que recoge el modelo de atención psicogerítrica.
- Existencia de documento que recoge los métodos de screening y detección precoz en psicogeriatría.

- Número de personas incluidas en el programa de vigilancia psicofarmacológica.
- Número de centros con programa de “enlace”.
- Número de personas atendidas en el programa.
- Existencia de un equipo multidisciplinar con profesionales de geriatría, neurología y psiquiatría.
- Uso de recursos de programas de soledad de servicios sociales.

LÍNEA 4. Coordinación Interinstitucional y con Asociaciones de Pacientes y Familiares

Estado de situación

La coordinación interinstitucional en materia de salud mental en La Rioja consigue atender y abordar la problemática de un gran número de personas que necesitan de recursos socio-sanitarios y que se benefician de las relaciones que existen entre distintas entidades y que tanto ayudan en la atención a los diferentes trastornos mentales de la población riojana. Sin embargo, actualmente no existe un protocolo establecido de atención sociosanitaria con servicios sociales, algo que mejoraría esta coordinación.

Uno de los temas a abordar es la ausencia de recursos residenciales en la actualidad en La Rioja. La Asociación Salud Mental La Rioja está construyendo, en el momento de elaboración de este Plan Estratégico, una Casa Hogar que prevén abrir en 2022 con 28 plazas y 2.000 m² de superficie en Varea, Logroño. Esto sin duda supondrá un gran avance, aunque deba reforzarse poco a poco este recurso residencial tan necesario para muchos pacientes.

Por otro lado, otro de los avances de los últimos años ha sido la inclusión de algunas asociaciones, como ARAD y Proyecto Hombre al programa de historia clínica SELENE, lo cual facilita la gestión de los pacientes y la comunicación y el conocimiento por ambas partes del seguimiento de la persona. A nivel informático, parece que aún existe alguna restricción, que, en caso de solventarse, mejoraría aún más esta coordinación.

Otros problemas que enfrenta la comunidad a día de hoy es la insuficiente dotación de recursos de algunas asociaciones ante el aumento de las derivaciones desde sistema asistencial y servicios sociales y el elevado tiempo de espera en la atención del sistema público, que muchas veces provoca derivaciones al sistema privado.

También se considera un aspecto a mejorar la coordinación entre unidades de atención temprana (USMIJ; at. temprana de educación y at. temprana de servicios sociales).

El borrador de la nueva Estrategia Nacional²² incorpora la atención a las familias en su línea estratégica 6. Atención e intervención familiar, que tiene como objetivos la atención y relación con las familias y el fortalecimiento de la red de recursos públicos especializados en la atención a las familias de personas con problemas de salud mental.

Objetivo General

- Promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos e instituciones involucradas en la mejora de la salud mental.

Objetivos Específicos

- Implantar mecanismos eficaces de coordinación y cooperación a nivel institucional e interinstitucional, que garanticen la atención integral de las personas.
- Establecer líneas transversales de colaboración entre salud mental y servicios sociales.
- Aumentar la coordinación entre los equipos de Atención primaria y los equipos de salud mental.
- Implantar mecanismos eficaces de coordinación y cooperación a nivel institucional que garanticen la atención integral de niños y adolescentes.

Acciones

Acciones prioritarias

1. Crear y desarrollar una figura de coordinación en el ámbito de la salud mental y una estructura técnica y de gestión dependiente y adscrita a la Dirección de Asistencia Sanitaria del Servicio Riojano de Salud, con dedicación exclusiva y cuyas funciones incluyan el seguimiento del Plan Estratégico y la coordinación interinstitucional e intersectorial (creación de una Oficina Regional de Salud Mental, coordinador de Salud Mental...).
2. Actualización periódica y difusión entre los profesionales del Mapa de Recursos en Salud Mental que incluye todos los servicios y prestaciones tanto de ejecución directa por las diferentes Administraciones Públicas como a través de Asociaciones que comprenden prestación asistencial, colectivos a los que va dirigido y modo de acceso al servicio, así como coordinación entre ambos sistemas.
3. Mejorar la coordinación entre Salud, Servicios Sociales y asociaciones, Justicia, Educación y Vivienda mediante mecanismos concretos y estables (creación de una Comisión mixta de coordinación con reuniones periódicas que valore los recursos y procesos existentes, los criterios de acceso, las dificultades y necesidades existentes y posibles soluciones).

Acciones a medio plazo

- Coordinación de dispositivos de la Red de Salud Mental a través de la Comisión de Gestión Clínica.
- Elaboración de un Programa de Coordinación entre Atención Primaria y la Red de Salud Mental.
- Crear una comisión interinstitucional que aborde integralmente las necesidades de las personas con trastornos mentales (residencia, empleo, ocio, tiempo libre, etc.).
- Establecer foros de participación de familiares, pacientes de Salud Mental y profesionales.
- Definir el papel asistencial y/o de sensibilización a desempeñar por las Asociaciones y otras entidades colaboradoras que trabajan en el campo de la Salud Mental y Adicciones.
- Coordinación con recursos comunitarios y entidades del movimiento asociativo. Implantar mecanismos eficaces de cooperación que potencien la salud mental en niños y familias afectados de distintas patologías.
- Crear un observatorio de vigilancia que asegure los derechos del menor en materia de Salud Mental.

- Realizar un programa de flujo y asistencia entre las diferentes instituciones competentes (Servicios Sociales, Justicia, Educación, Salud) con protocolos de actuación en: maltrato al menor; conflictos sociales, separación/divorcio; abuso sexual; violencia de género.
- Diseñar programas específicos de niños con trastorno mental grave que estén en protección (Servicios Sociales).
- Elaborar un protocolo de colaboración con otras comunidades autónomas en casos graves.
- Protocolos conjuntos con educación en TDHA, ansiedad/fobia escolar; trastornos del aprendizaje; protocolo de acoso escolar; coordinación y apoyo terapéutico en aulas terapéuticas.
- Diseño de programa de coordinación abuso de tóxicos, maltrato a padres, trastornos de conducta graves (Justicia).
- Implantar un modelo de coordinación específico entre asociaciones, Instituciones Educativas y Unidades de Salud Mental.
- Identificar necesidades de la población de diagnóstico en diferentes etapas. Diseñar plan de actuación coordinado.
- Potenciar la relación con la Consejería de Servicios Sociales, especialmente en lo referente al desarrollo autonómico de la “Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia”.
- Diseñar e implantar un modelo de coordinación con las instituciones de Servicios Sociales, Educación, y Empleo que garantice la atención integral en los diferentes estadios evolutivos de la patología mental.
- En coordinación con las instituciones de Justicia, establecer programas relativos a las necesidades de medidas penales alternativas a los ingresos en prisión para pacientes de La Rioja.
- Establecer acuerdos de colaboración. Incorporar la actividad de las diferentes asociaciones en materia de Salud Mental al sistema de citación del Sistema Público de Salud en Coordinación con el Servicio de Admisión del Servicio Riojano de Salud.
- Fomentar el desarrollo desde servicios sociales de una red de apoyo y seguimiento continuo de pacientes con problemas de salud mental y una red de vivienda y coordinar el uso de estos recursos.
- Trabajar con instituciones como el Instituto Riojano de la Vivienda (IRVI) para promover la creación de viviendas protegidas para personas con Trastorno Mental Grave.
- Establecer sistemas que permitan integrar información de SELENE y de la plataforma de recursos sociales de salud mental.
- Mejorar la atención a las familias e incluirlas en el tratamiento del paciente con trastorno mental.
- Apoyar a familias inmigrantes con hijos adolescentes y a las instituciones que sirven a este colectivo.
- Promover la creación de alojamientos para mujeres en riesgo de exclusión social, que no hayan sido víctimas de violencia de género y de cierta edad, sin menores a su cargo.
- Desarrollar un plan de supervisión del tratamiento farmacológico para aquellos pacientes que no tienen familiares.
- Mejorar la comunicación y coordinación de las asociaciones con la red asistencial y social en el contexto de los PIA (planes individualizados de atención).
- Mejorar el acceso y la coordinación con las asociaciones a través del SELENE.

- Facilitar el acceso de los usuarios de Proyecto Hombre a la Unidad de Hospitalización Breve. Agilizar este acceso y favorecer que los usuarios lleven a cabo el proceso de deshabitación en el hospital, especialmente las personas que no cuentan con apoyo familiar adecuado.
- Mejorar la asistencia psicológica a familias que sufren violencia, conflictividad, discriminación y/o falta de recursos económicos y/o sociales, a través de un equipo psicosocial de Servicios Sociales de Base y Especializados.
- Proporcionar información accesible y de fácil comprensión a las personas en condición de discapacidad, adecuándola a sus circunstancias personales.

Indicadores

- Número de intervenciones desarrolladas por la Comisión de Gestión Clínica destinadas a coordinación de dispositivos.
- Número de pacientes adscritos a programa de Gestión de Casos.
- Implantación del Programa de Coordinación con Atención Primaria.
- Número de intervenciones de la comisión socio-sanitaria.
- Número de foros realizados por las asociaciones de pacientes.
- Número de acuerdos de colaboración.
- Número de intervenciones coordinadas con la Consejería de Servicios Sociales en relación a la aplicación de la “Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia” en el paciente mental.
- Número de intervenciones realizadas con las diferentes instituciones.
- Número de intervenciones realizadas con el objeto de establecer programas específicos.
- Número de cursos dirigidos a profesionales sanitarios en colaboración con asociaciones.
- Número de alumnos asistentes a cursos dirigidos a profesionales sanitarios en colaboración con asociaciones.
- Número de pacientes derivados a la nueva casa hogar de la Asociación Salud Mental La Rioja, que abrirá en 2022³.
- Creación del Mapa de Recursos en Salud Mental actualizado, incluyendo los recursos sociosanitarios.
- Número de reuniones de la Comisión mixta de coordinación con miembros de salud, servicios sociales y asociaciones, Justicia, Educación y Vivienda.
- Creación de un plan de supervisión del tratamiento farmacológico.
- Creación de una vía de comunicación entre el sistema de información SELENE y la plataforma de recursos sociales de salud mental.

³ En el caso de que plazas de la residencia casa hogar para personas con problemas de salud mental, sean contratadas por la Consejería de Servicios Sociales y Gobernanza Pública, vía contrato administrativo, pasarían a formar parte del Sistema Riojano para la autonomía personal y la dependencia (Sistema Público Riojano de Servicios Sociales), y que por tanto a la hora de adjudicarse a posibles usuarios habría de tenerse en cuenta el procedimiento previsto en la normativa específica de servicios sociales de acceso al servicio de atención residencial.

LÍNEA 5. Actuaciones frente a la discriminación y lucha contra el estigma social de las personas con problemas de salud mental

Estado de situación

El estigma sigue estando presente en la sociedad, sin embargo, tras la pandemia, se han hecho visible los problemas en salud mental y muchas personas han padecido algún trastorno, lo que ha contribuido a una cierta desestigmatización. La visión transmitida por los medios de comunicación contribuye de manera relevante al estigma sobre los problemas de salud mental.

Es importante trabajar en esta línea, ya que, incluso en ocasiones, los propios profesionales sanitarios contribuyen al estigma.

Uno de los factores que puede influir sobre el estigma, y que se debe tener en cuenta en los sistemas de información, es velar por el cumplimiento estricto de la confidencialidad de datos en los registros electrónicos.

En el borrador de la Estrategia Nacional de Salud Mental²², la primera línea estratégica es sobre “Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona”. Y marca como unos de sus objetivos lograr la igualdad de derechos de toda persona con independencia de sus dificultades y erradicar el estigma personal y social y la discriminación que conllevan los problemas de salud mental, y realizar y evaluar un plan integral de intervención contra el estigma, estereotipos, prejuicios y la discriminación que aborde los siguientes ámbitos: laboral, medios de comunicación, servicios sociales, ámbito cultural, servicios sanitarios, fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, educativo, ejecutivo, legislativo y judicial, familiar, penitenciario.

La Ley 41/2002⁷⁹ de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica remarca la importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales. Especialmente relevante es el principio básico (Artículo 2) que subraya que “el paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles”, algo de suma importancia en el ámbito de la salud mental para favorecer la adherencia, participación activa y motivación al cambio con cualquier tratamiento.

Objetivos Generales

- Luchar contra el estigma y la discriminación, previniendo y/o disminuyendo el impacto y las consecuencias negativas que tiene en la vida de las personas con problemas de salud mental y en sus familiares.

- Mejorar el conocimiento sobre los trastornos mentales de la sociedad en su conjunto, modificando actitudes e implementando políticas y actuaciones que disminuyan la discriminación asociada al estigma, así como la autonomía del paciente a la hora de decidir el tratamiento (eliminar el paternalismo sanitario).
- Rechazar firmemente cualquier tipo de estigmatización y discriminación de las personas con trastornos mentales en todos los ámbitos de la sociedad y especialmente en aquellos en los que se produce la vulneración de sus derechos.

Objetivo Específico

- Diseño, desarrollo y evaluación de un Plan Estratégico de Lucha contra el Estigma y la Discriminación asociada a los problemas de salud mental, coordinado conjuntamente con la Asociación Salud Mental La Rioja (anteriormente ARFES), movimiento asociativo representante de las personas con trastornos mentales y sus familiares en La Rioja.

Acciones

Acciones prioritarias

1. Se constituirá una Comisión Técnica/ Grupo de Trabajo contra el Estigma y la Discriminación hacia las personas con trastornos mentales, coordinada por la Asociación Salud Mental La Rioja, a la que se invitará a participar a representantes de diferentes Organismos Oficiales, Instituciones, agentes sociales y profesionales relacionados con el ámbito policial y judicial, sanitario, educativo, de los servicios sociales, penitenciario, medios de comunicación y del ámbito ejecutivo y legislativo.

Este grupo de trabajo será el responsable de la elaboración en el plazo de un año de un Plan Estratégico para La Rioja que permita trabajar por la erradicación del estigma y las discriminaciones, por el ejercicio real de los derechos y por el fomento de las oportunidades para que las personas con trastornos mentales participen activamente en la sociedad en igualdad de condiciones y puedan llevar una vida digna e integrada como ciudadanos.

El “modelo de recuperación e inclusión” de las personas con trastornos mentales será el marco de referencia de dicho Plan Estratégico, que recogerá por ámbitos de actuación los objetivos específicos y actuaciones concretas a desarrollar para erradicar el Estigma y la Discriminación.

Los ámbitos de actuación del Plan serán los siguientes: medios de comunicación, empleo, Salud, Servicios Sociales, Educación, familias, ámbito policial y judicial, ámbito penitenciario y ámbito ejecutivo y legislativo. El Plan Estratégico tendrá una vigencia de 4 años y anualmente se desarrollará el POA (Programa Operativo Anual) correspondiente a cada ejercicio, que incluirá una evaluación de las medidas desarrolladas y objetivos alcanzados en cada año de ejecución.

2. Dicho Plan contra el Estigma tendrá un enfoque transversal, definiendo e impulsando una estrategia específica, coordinada, interdisciplinar e interinstitucional, de carácter per-

manente que monitorice las acciones y que garantice la implantación, desarrollo, difusión y evaluación de estas, vinculadas al III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja²³.

Acciones a medio plazo

- Identificar como aspectos esenciales de la lucha contra el estigma y la discriminación del colectivo los siguientes: la no discriminación laboral; la identificación y el trato como a cualquier otro ciudadano; el rechazo del uso de términos ofensivos, inexactos o inadecuados para referirse a las personas afectadas; el apoyo a las personas con trastornos mentales y a sus familias; el apoyo al movimiento asociativo; considerar el papel clave de determinados agentes sociales, como los profesionales de los medios de comunicación, el personal docente, los empresarios, los profesionales de los servicios sociales y sanitarios, etc.
- El Plan contemplará intervenciones específicas para erradicar el estigma y la discriminación en los diferentes ámbitos de actuación señalados, orientadas a la consecución de medidas como las que se describen a continuación.
- Disminuir hasta eliminar el uso inapropiado de lenguaje estigmatizante y de términos relacionados con los trastornos mentales graves que provoquen discriminación o favorezcan los procesos de exclusión.
- Aumentar la información en la población general y en colectivos específicos (empresarios, fuerzas del orden público, ámbito escolar, juzgados, medios de comunicación, etc.) a través del desarrollo de acciones formativas, así como de campañas especializadas, centradas en la divulgación de la realidad actual de los trastornos mentales y las posibilidades reales de rehabilitación, tratamiento e integración social, diferenciando adecuadamente los trastornos mentales de otras condiciones de discapacidad y dependencia.
- Analizar y proponer las reformas necesarias para conseguir la igualdad de oportunidades de las personas con trastornos mentales, así como garantizar a las personas afectadas el conocimiento de los derechos que les protegen, mediante el desarrollo de medidas de asesoramiento e información.
- Elaboración y difusión de manuales de estilo, guías y normas específicas destinados a los medios de comunicación para un tratamiento mediático positivo e integrador de las noticias relacionadas con la salud mental.
- Apoyo a la difusión social de noticias positivas relacionadas con los trastornos mentales y su tratamiento no vinculadas a estereotipos.
- Profundización e incremento de medidas de apoyo a la integración laboral y social de las personas con trastornos mentales graves y persistentes.
- Propiciar el contacto entre la población general y las personas con trastornos mentales en contextos estructurados que posibiliten los efectos “anti-estigma”.
- Desarrollar una página web específica de salud mental orientada a la ciudadanía donde se muestre información, recursos, actividades, campañas, así como un foro - observatorio “anti-estigma”.
- Difundir y promover las mejores prácticas en la lucha contra el estigma.
- Escuchar a los usuarios y sus familias con respecto al tipo de intervención en salud mental preferida y su grado de satisfacción con las intervenciones.
- Mejora de las estrategias de afrontamiento del estigma con personas con problemas de salud mental y sus familiares, mediante intervenciones específicas generadas desde los pro-

pios recursos de salud mental y desde el movimiento asociativo de familiares y personas con trastornos mentales.

- Elaboración entre todas las partes implicadas del ámbito judicial, policial, sanitario, de servicios sociales, movimiento asociativo, etc. de un “Protocolo de Coordinación de actuaciones para los traslados e ingresos de personas con problemas de salud mental”, considerando que es una herramienta clave para mejorar la atención al colectivo y luchar contra el estigma.
- Reforzar el respaldo a la Asociación Salud Mental La Rioja, movimiento asociativo representante de las personas con trastornos mentales y sus familiares en La Rioja, para que puedan actuar como interlocutores y ejerzan con eficacia las funciones de representación, atención, apoyo y defensa de los derechos del colectivo.
- Establecer e implantar vías de participación efectiva de las personas con trastornos mentales y sus familias, en el diseño, planificación y evaluación de las políticas de salud mental que les afectan.
- Potenciar la atención sociosanitaria a las enfermedades mentales, especialmente a las más graves, y fomentar la participación de los afectados y sus familiares en el desarrollo y mantenimiento de esta atención.
- Intensificación del trabajo con los medios de comunicación para eliminar el estigma.
- Trabajo con los profesionales sanitarios en general.

Indicadores

- Número de reuniones del Grupo de Trabajo responsable de la elaboración del Plan Estratégico de lucha contra el Estigma y la discriminación.
- Número de Instituciones, Organismos públicos o privados, entidades, etc. de los distintos ámbitos que participan y se involucran en las acciones del Plan.
- Grado de ejecución (%) anual de las medidas propuestas en los distintos ámbitos de actuación para luchar contra el estigma, recogidas en el correspondiente Programa Operativo Anual.
- Grado de consecución (%) anual de los objetivos propuestos en los distintos ámbitos de actuación para luchar contra el estigma, señalados en el correspondiente Programa Operativo Anual.
- Número de eventos, campañas de información, sensibilización y divulgación social realizadas, jornadas de formación y otras actividades desarrolladas anualmente.
- Número de participantes en los diversos eventos, campañas, jornadas y actividades realizadas.
- Número de acciones realizadas para la difusión social y mediática de los eventos y acciones organizadas.
- Número de guías, dípticos, poster, así como otro material divulgativo elaborado y distribuido.
- Número de noticias estigmatizantes aparecidas en los medios de comunicación.
- Número de acciones desarrolladas para mejorar el trato mediático y una positiva difusión de las noticias relacionadas con la salud mental.
- Resultados de las encuestas de satisfacción a personas con trastornos mentales y sus familias (medidas de percepción) sobre las acciones desarrolladas de lucha contra el estigma y la discriminación.

- Resultados de las encuestas de satisfacción a la sociedad (medidas de percepción) sobre las acciones desarrolladas de lucha contra el estigma y la discriminación.
- Existencia de un programa de actuaciones contra la discriminación y el estigma, coordinado por los distintos dispositivos de atención a la salud mental.
- Porcentaje de casos con adscripción a un programa específico de tratamiento en el que ha sido posible atender al menos la mitad de las preferencias iniciales expresadas por el usuario con respecto al tipo y modalidad de tratamiento tras la evaluación, y el grado de satisfacción con el mismo.

LÍNEA 6. Profesionales y Salud Mental, formación e investigación

Estado de situación

Cuidado de la Salud Mental de los profesionales

Es importante reflexionar sobre la necesidad del cuidado y la atención de la salud mental de todos los profesionales de salud, y en concreto de aquellos dedicados a este campo de la salud mental, como aspecto clave para prestar la mejora asistencia posible.

La pandemia por COVID-19 ha puesto de manifiesto cuadros de estrés, depresión y ansiedad en este colectivo, que merecen una atención especial.

En este sentido, en el Sistema Riojano de Salud, cabe destacar la disponibilidad de un psicólogo clínico del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, disponible para atender a los profesionales que lo requieran. Durante el tiempo de confinamiento, entre los meses de marzo, abril y mayo de 2020 se realizaron desde este servicio más de 500 intervenciones formales. El servicio está también disponible para los residentes.

Es necesario continuar trabajando para normalizar la necesidad de buscar este tipo de ayuda psicológica ya que, en ocasiones, no se valora por falta de conocimiento o estigma asociado a los problemas de salud mental, incluso entre los profesionales sanitarios.

Un estudio sobre recomendaciones para mejorar la salud mental de los profesionales sanitarios, concluye que las actividades de promoción y protección en salud mental para el afrontamiento de la emergencia sanitaria generada por la COVID-19 en todo el mundo deben abarcar acciones articuladas entre el trabajador, los equipos de salud y las instituciones sanitarias como parte de un cuidado integral, comunitario, corresponsable y ser sostenidas en el tiempo⁸⁰. Entre las recomendaciones dirigidas a las instituciones de salud se incluye planificar estrategias de medio y largo plazo para promover y tratar la salud mental de los trabajadores de la salud: identificar y priorizar servicios o colectivos de alto riesgo, a los que dirigir estrategias preventivas en salud mental. Se recomienda incluir en las estrategias la formación de trabajadores clave. También recomienda que, una vez finalizada la emergencia sanitaria, se mantenga un proceso sistemático de evaluación de las señales de alarma dentro de los equipos de trabajo por un mínimo de seis meses, y mantener activos los canales de atención y apoyo durante ese tiempo.

Estos efectos de la presión sobre el personal sanitario como consecuencia de la pandemia vienen recogidos también en la memoria de 2021 del PAIME⁸¹ (Programa de atención Integral al Médico Enfermo) a través de datos concretos, como el aumento récord en 2021 del 75% de facultativos que han tenido que ser atendidos por patologías mentales con respecto al año anterior o el crecimiento en el número de médicos residentes que han sido atendidos en el PAIME con respecto al año anterior, pasando de 36 en 2020 a 51 en 2021. Este informe concluye que es muy importante ayudar a los médicos tanto ahora, durante la crisis sanitaria, como después.

Formación

La formación de los profesionales de la salud es indispensable para alcanzar una atención eficiente y un uso adecuado de los recursos, sin duplicidades ni tiempos de espera innecesarios. Actualmente, muchos profesionales de La Rioja desconocen algunos de los recursos de los que disponen y pueden ofrecer desde consulta, algo que se puede mejorar mediante una formación continuada a este colectivo.

Tras la elaboración del plan de prevención del suicidio, se comenzó una formación al respecto, que se ha visto interrumpida por la pandemia por COVID-19 y que para los profesionales estaba siendo de gran ayuda y es necesario continuar.

Por su parte, la formación de salud mental en Atención Primaria debería centrarse más en cómo atender los problemas de los pacientes de salud mental y los recursos que tienen y menos en los criterios de derivación.

Otro aspecto a mejorar es el acceso de las enfermeras de salud mental a las acciones formativas del resto de profesionales especializados.

Además, con la reciente aprobación de la ley de eutanasia, se considera necesaria la formación en este ámbito. Debe crearse un grupo de trabajo multiprofesional sobre eutanasia para garantizar este derecho de la ciudadanía. No existe formación específica en salud mental.

Igualmente, la reciente publicación de la Ley 8/2021⁷⁶, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, supone un cambio radical desde un sistema el que predominaba la sustitución en la toma de las decisiones en personas con discapacidad, por otro basado en el respeto a la voluntad y las preferencias de la persona quien, como regla general, será la encargada de tomar sus propias decisiones. La aplicación de esta normativa supone también un cambio en el funcionamiento de las Fundaciones Tutelares y del papel de los profesionales de salud mental en este tipo de personas. Por ello, estrechar la coordinación, abriendo nuevos canales de comunicación si fuera preciso con este tipo de organizaciones, será esencial. Se debe crear un grupo de trabajo multiprofesional.

Investigación en Salud Mental

En cuanto a la actividad investigadora en la región, no existe una red de investigación dentro del Sistema Riojano de Salud y la mayor parte de la investigación se hace desde la Universidad de La Rioja o por iniciativa propia y fuera de horario laboral.

En el borrador de la Estrategia Nacional²² se recoge: 10. Investigación, innovación y conocimiento. Entre otros objetivos está el de impulsar el desarrollo de líneas de investigación innovadoras referidas a la relación con cuestiones de género y salud mental en diferentes ámbitos y también sobre los factores socio-familiares de las personas con problemas de salud mental. Entre sus recomendaciones se encuentra la inclusión en los planes autonómicos de salud mental la promoción y el impulso a la investigación y la promoción del trabajo en red

en los sistemas de información e investigación en salud mental con la finalidad de impulsar la investigación en todos los ámbitos relacionados con la salud mental.

Objetivo General

- Desarrollo de la formación, docencia e investigación en Salud Mental.

Objetivos Específicos

- Implementar acciones para prevenir, promover y tratar problemas de Salud Mental dirigidas a profesionales sanitarios a medio y largo plazo y realizar una monitorización de la misma.
- Fomentar el desarrollo de los conocimientos en Salud Mental de los profesionales del Servicio Riojano de Salud.
- Fomentar el desarrollo de la formación especializada en Salud Mental (MIR, PIR y EIR).
- Fomentar la investigación epidemiológica y clínica en Salud Mental.
- Desarrollar un programa oficial de postgrado de formación en salud mental en La Rioja.
- Fomentar/impulsar la producción científica por las diferentes instituciones de salud mental riojanos.

Acciones

Acciones prioritarias

Cuidado de la Salud Mental en Profesionales Sanitarios

- Refuerzo de la atención psicológica a profesionales en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Implantar medidas para facilitar una mejor atención a los profesionales sanitarios cuando son pacientes (designación de profesional referente, acceso prioritario a atención psicológica, colaboración y adaptabilidad, elaboración de protocolo sobre medidas de actuación en los profesionales con trastornos mentales) y elaborar un protocolo eficaz de derivación a los profesionales de salud mental ambulatoria, desde el propio servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

Formación e investigación

- Desarrollo de actividades de formación continuada con el objeto de aumentar los conocimientos en salud mental en el ámbito laboral de la Atención Especializada, Atención Primaria de Salud y otros profesionales no asistenciales.

- Aumentar el número de plazas (MIR, PIR y EIR).

Acciones a medio plazo

Cuidado de la Salud Mental en Profesionales Sanitarios

- Fomentar el cuidado de la salud mental de los profesionales de salud mental mediante acciones concretas de prevención y promoción y un servicio psicológico disponible para este colectivo.
- Impulsar modelos de trabajo en equipo, definiendo claramente las funciones y distribuyendo de forma equilibrada las cargas laborales.
- Actividades formativas a profesionales de salud mental sobre el Código de Buenas Prácticas, abordaje y solución de conflictos en las instituciones sanitarias y prevención y actuación frente al acoso en el trabajo.
- Apoyar medidas de conciliación familiar del personal sanitario, facilitando en la medida de lo posible la adaptación de horarios.

Formación e Investigación

- Velar por la calidad de las actividades de formación continuada desarrolladas, en el marco del Sistema Autonómico de Acreditación de Formación Continuada de las profesiones sanitarias.
- Potenciar la investigación en salud mental en el Servicio Riojano de Salud. Convocatoria de becas de investigación con periodicidad anual.
- Desarrollar estudios epidemiológicos que permitan conocer la incidencia del trastorno mental, así como los factores asociados a la enfermedad.
- Elaborar un convenio de formación e investigación entre la Red de Salud Mental y Universidad de La Rioja. Diseñar planes de investigación coordinados.
- Formación a los profesionales y creación de grupos de trabajo sobre las actualizaciones legislativas que afectan a salud mental (derechos de los usuarios, ley de eutanasia y de discapacidad), teniendo en cuenta a las asociaciones que gestionan recursos de salud mental.
- Formación a los especialistas sobre el trato y cómo abordar y tratar a los pacientes con problemas de salud mental desde un punto de vista médico y humano.
- Dotar de más recursos para la investigación para conocer bien los factores de riesgo y protección y así fomentar la prevención en salud mental.
- Fomentar que el jefe de estudios disponga de liberación de carga asistencial a fin de disponer de tiempo para poder coordinar y organizar la formación multiprofesional.
- Convocar becas de investigación con periodicidad anual que reviertan sobre las propias unidades de salud mental de La Rioja, con un compromiso con la comunidad asociado.
- Desarrollar líneas de investigación que tengan en cuenta la perspectiva de género.
- Diseñar protocolos basados en evidencia empírica, de modo que la evidencia esté basada en la práctica.
- Integrar a urgencias, Atención Primaria y el servicio de salud mental en sesiones conjuntas con el servicio de psiquiatría.
- Formación a profesionales que no son especialistas en salud mental sobre estos trastornos y su manejo. Informar a todos los profesionales sobre los recursos existentes.
- Incidir en la formación en empatía, en comunicación y en habilidades sociales hacia los usuarios.
- Continuar con la formación iniciada con la puesta en marcha del plan de prevención del suicidio.
- Integración y reconocimiento de la enfermería especialista en Salud Mental.

- Fomentar la participación de profesionales sanitarios SM en grupos y líneas de investigación. Facilitar la creación de grupos mixtos CIBIR-universidad.
- Creación de grupos mixtos SERIS-Universidad de La Rioja para la participación en la formación de especialistas en salud mental.
- Adecuar la oferta de plazas en formación de Especialistas en Salud Mental a las necesidades de La Rioja.
- Facilitar la investigación en el campo de la Atención Comunitaria y la Orientación Comunitaria de AP para la mejora de la salud mental e incluirlo como indicador en las herramientas de Gestión.
- Fomentar la educación para la salud individual y grupal orientada a los determinantes de la salud, formando a profesionales de APS y USM y asegurar que quienes reciban la formación pondrán en marcha grupos dentro de la comunidad.
- Garantizar actividades que fomenten las capacidades de las personas, las familias y la comunidad y que potencien su poder transformador en aras de mejorar la salud mental en el territorio.
- Asegurar la formación en salud comunitaria, participación, intersectorialidad y determinantes sociales de la salud para los profesionales de Atención Primaria y SM.
- Organizar Jornadas de Salud Comunitaria anuales en las que participen profesionales de APS y SM, administraciones sociosanitarias, Asociaciones científicas, Colegios profesionales y ciudadanía.

Indicadores

- Número de actividades de formación continuada realizadas después de la entrada en vigor del Plan de Salud Mental.
- Número de profesionales asistentes a las actividades de formación continuada.
- Satisfacción de docentes y profesionales asistentes a las actividades de formación.
- Existencia de evaluadores del "Sistema Autonómico de Acreditación de Formación Continuada de las profesiones sanitarias" entre los profesionales de la Red de Salud Mental del SERIS.
- Número de documentos científicos publicados, asistencias y contribución a congresos, y/o líneas de investigación desarrolladas o existentes en relación con el fomento de la salud mental.
- Número de becas de investigación en Salud Mental convocadas anualmente después de la entrada en vigor del Plan de Salud Mental.
- Número de estudios epidemiológicos que permitan conocer la incidencia del trastorno mental, así como factores asociados a la enfermedad.
- Existencia de un Plan de investigación coordinado.
- Número de plazas MIR, PIR y EIR.
- Sesiones conjuntas entre urgencias, Atención Primaria, salud mental y el servicio de psiquiatría.
- Número de proyectos de investigación y ayudas concedidas en Salud Mental.
- Reconocimiento de la figura de enfermería especialista en Salud Mental.

- Número de actividades formativas sobre problemas de salud mental y lucha contra el estigma en profesionales realizadas.
- Monitorización de indicadores de estado de salud mental de los profesionales del Servicio Riojano de Salud.
- Elaboración de protocolo sobre medidas de actuación en los profesionales con problemas de salud mental grave.

LÍNEA 7. Calidad y Evaluación en los Servicios de Salud Mental

Estado de situación

La calidad y evaluación de los servicios de salud mental suponen una garantía de mejora de cara al futuro y ayudan en su labor a los profesionales sanitarios. Actualmente los profesionales no disponen de datos o indicadores para evaluar su nivel de cumplimiento, y esto dificulta el conocimiento de lo que hacen y aquello en lo que podrían mejorar.

Un adecuado registro de la actividad mejoraría esto, ya que en la actualidad cuentan con un formulario para consulta nueva pero no para sucesivas ni otra información necesaria sobre el paciente para realizar un registro y evaluación apropiados.

Objetivos Generales

- Mejora de la calidad de los servicios orientados a la ciudadanía.
- Mejorar la coordinación directa entre los profesionales de los equipos de Atención Primaria y los de salud mental de cada zona de salud.
- Mejora de la efectividad y resolución

Objetivos Específicos

- Optimizar la cartera de servicios para mejorar la respuesta a las necesidades de la población.
- Orientar la organización de los servicios a la mejora de la accesibilidad, sobre todo en lo relativo al acceso a tratamientos no psicofarmacológicos en los servicios públicos de salud.
- Promover la intervención de los equipos de Salud Mental comunitarios en aquellas poblaciones con mayor riesgo social y sanitario.
- Potenciar la comunicación, coordinación y colaboración entre las unidades de salud mental y Atención Primaria.
- Impulsar el desarrollo de circuitos asistenciales integrados entre las unidades de salud mental y los equipos de atención primaria.
- Reforzar los sistemas de información en salud mental y que promuevan un sistema de medición, evaluación y difusión de resultados en Salud Mental.
- Implantar guías de práctica clínica y protocolos asistenciales.
- Mejorar la efectividad y resolución de los servicios de Salud Mental.

Acciones

Acciones prioritarias

1. Realizar evaluaciones y revisiones estadísticas de manera anual, para fomentar la mejora de los servicios.
2. Tener un registro de actividad y hacer un mismo formulario para toda la red de salud mental.
3. Tener un registro con una codificación de los pacientes, pruebas diagnósticas, tipo de tratamiento (psicofarmacológico solo, psicofarmacológico y psicoterapéutico, psicoterapéutico solo), diagnóstico final, tipo de alta (exitus, alta voluntaria o alta terapéutica), etc.
4. Hacer un seguimiento de los resultados alcanzados con los programas/intervenciones, no sólo de actividad realizada.
5. Monitorizar como indicador el tiempo de espera entre consultas, y el que pasa desde que se deriva al paciente desde AP hasta que es atendido por el especialista.
6. Implementar registros de actividad de los profesionales adecuados, ágiles y fáciles de cumplimentar.
7. La necesidad presente y futura de profesionales exige aumentar el número de plazas MIR de Psiquiatría, PIR y EIR en el Servicio Riojano de Salud.

Acciones a medio plazo

- Creación de dispositivos especializados de atención en la comunidad y en el domicilio, que fomenten la plena integración y mantenimiento autónomo de la persona con trastorno mental grave y crónico en el entorno donde reside.
- La necesidad presente y futura de profesionales exige aumentar el número de plazas MIR de Psiquiatría, PIR y EIR en el Servicio Riojano de Salud.
- Armonizar los objetivos de la cartera de servicios de Salud Mental con Atención Primaria, Atención Especializada, Salud Pública y Política Social.
- Incrementar el número de personas que, de acuerdo con sus necesidades, reciben tratamiento en programas de rehabilitación psicosocial como prevención terciaria, tal como recoge la Cartera Común Básica de Servicios Asistenciales del Sistema Nacional de Salud.
- Disponer en las unidades de salud mental y en relación con el trastorno mental grave, un sistema organizativo para evitar los abandonos, facilitar la adherencia, y que incluya la coordinación multisectorial del proceso asistencial.
- Impulsar estrategias para disminuir la frecuentación innecesaria y la corresponsabilidad de la ciudadanía en la utilización de los servicios.
- Informar a la sociedad sobre la cartera de servicios, los procedimientos de trabajo y los resultados de la atención.
- Identificar personas con alto riesgo de padecer un trastorno mental grave y promover su evaluación y eventual tratamiento.
- Adaptar los servicios y la información facilitados a los usuarios a las necesidades de las poblaciones de alto riesgo.
- Continuar, dentro de la vía integrada de atención al paciente con trastorno mental grave y crónico, el programa de tratamiento asertivo comunitario en toda el área sanitaria de La Rioja.

- Avanzar en la mejora de la valoración de la situación de dependencia derivada de un trastorno mental.
- Potenciar el empleo de las interconsultas dentro de la Historia Clínica Electrónica con comunicación entre médicos de Atención Primaria, psiquiatras y psicólogos clínicos.
- Protocolizar los abordajes terapéuticos en salud mental y Atención Primaria con profesionales de ambos estamentos.
- Establecer procedimientos sistemáticos y estandarizados de seguimiento de los objetivos terapéuticos comunes entre atención primaria y salud mental.
- Creación de un sistema de información de diagnóstico y asistencia en salud mental.
- Recoger de forma sistemática y comunicar al final de cada ejercicio los resultados obtenidos a través de un conjunto mínimo de indicadores de salud mental que nos permita monitorizar el Plan.
- Realizar evaluaciones anuales y sistemáticas del Plan de Salud Mental.
- Disponer de guías de práctica clínica y protocolos elaboradas de acuerdo a las prioridades y los criterios de calidad establecidos por el Sistema Nacional de Salud.
- Desarrollar estrategias dirigidas a la implantación de las guías clínicas, así como a la evaluación del impacto de su implantación.
- Reorganización de los servicios: disminuir sistemáticamente la política de atención en el Centro de Salud Mental de Albelda, unidad de larga estancia, a favor de otras estructuras de asistencia en la comunidad.
- Establecer recursos asistenciales alternativos a la hospitalización de agudos como los hospitales de día.
- Fomentar el desarrollo de indicadores de impacto.

Indicadores

- Mapa de dispositivos de salud mental en La Rioja.
- Porcentaje de abandonos de pacientes con TMG: <30%.
- Porcentaje de pacientes con trastorno mental grave incluidos en el programa asertivo comunitario sobre el total de personas diagnosticadas de trastorno mental grave.
- Porcentaje de pacientes con trastorno mental grave cuya dependencia está valorada sobre el total de personas diagnosticadas de trastorno mental grave.
- Número de reuniones y actuaciones relacionadas con la coordinación interinstitucional entre los dispositivos de atención al TMG.
- Número de protocolos elaborados para la atención a la salud mental (especificarlos).
- Continuidad de cuidados: Alta con cita concertada: 100% en plazo máximo de 15 días.
- Lista del conjunto mínimo de indicadores de salud mental.
- Informe anual de evaluación de resultados.
- Existencia de un registro de personas con trastorno mental grave y crónico, de acuerdo con los criterios definidos.

- Existencia de un programa de atención integral y continuidad de cuidados para la atención a personas con TMG que incluya el abordaje asertivo comunitario.
- Número de dispositivos especializados de atención a la Salud Mental en la comunidad alternativos a la hospitalización completa.
- Existencia de evaluaciones y revisiones estadísticas anuales.
- Existencia de un registro de los resultados alcanzados con los programas/intervenciones
- Existencia de un registro con una codificación de los pacientes, pruebas diagnósticas, tipo de tratamiento, diagnóstico final y tipo de alta.
- Existencia de un registro del tiempo de espera entre consultas, y el que pasa desde que se deriva al paciente desde AP hasta que es atendido por el especialista.
- Número de formularios de registro de actividad cumplimentados por los profesionales sobre el número de profesionales de salud mental.
- Incluir en SELENE modelos de informes como, por ejemplo, renovación carnet de conducir, solicitud/revisión de la incapacidad o minusvalía o informes para mutua, entre otros.



6. Calidad, evaluación y seguimiento

Para el seguimiento y evaluación del Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja 2021/2025 se designará un Comité de Evaluación y Seguimiento específico, el Comité de Salud Mental de La Rioja. Este Comité estará formado por un equipo interdisciplinar con responsabilidad en la mejora de la Salud Mental de la comunidad autónoma y velará por el adecuado cumplimiento del Plan de Salud Mental de La Rioja 2021/2025. Este Comité de Evaluación y Seguimiento estará compuesto por integrantes del grupo de trabajo implicado en la redacción del Plan Estratégico, designándose un responsable de cada una de las líneas estratégicas.

Serán funciones del Comité de Salud Mental el seguimiento y evaluación del Plan de Salud Mental de La Rioja 2021/2025 con la emisión de informes anuales de seguimiento y evaluación del Plan, así como con la supervisión de la evolución de los diferentes objetivos y acciones que en él se establecen.



Referencias

- ¹ Mental health: strengthening our response. [Internet]. WHO. 2018. [consultado 22 abr 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- ² La Agenda para el Desarrollo Sostenible. [Internet]. Naciones Unidas. [consultado 21 enero 2022]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>
- ³ La salud mental, una asignatura pendiente. [Internet]. Pacto Mundial de Naciones Unidas. Red Española. 2021. [consultado 23 feb 2022]. Disponible en: <https://www.pactomundial.org/tribuna/la-salud-mental-una-asignatura-pendiente/#:~:text=Seg%C3%BAn%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de,de%20discapacidad%20en%20el%20mundo>
- ⁴ La salud mental en cifras. [Internet]. Confederación Salud Mental España. 2021. [consultado 1 dic 2021]. Disponible en: <https://comunicasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/>
- ⁵ Fusar-Poli, P. Integrated Mental Health Services for the Developmental Period (0 to 25 Years): A Critical Review of the Evidence. [Internet]. Frontiers in Psychiatry. 2019. [consultado 21 enero 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00355>
- ⁶ Walker, McGee, Druss. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications. A Systematic Review and Meta-analysis. [Internet]. JAMA Psychiatry. 2015. [consultado 21 enero 2022]. Disponible en: [doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2502](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502)
- ⁷ Catalá-López, Gènova-Maleras, Álvarez-Martín, et al. Carga de enfermedad en adolescentes y jóvenes en España. 2013. [Internet]. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. [consultado 21 enero 2022]. Disponible en: <https://medes.com/publication/84542>
- ⁸ Suicidio. [Internet]. OMS 2021. [consultado 21 enero 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- ⁹ Christensen MK, Lim CCW, Saha S et al. The cost of mental disorders: a systematic review. [Internet]. Cambridge University Press. Epidemiology and Psychiatric Sciences 2020. [consultado 21 enero 2022]. Disponible en: [doi:10.1017/S204579602000075X](https://doi.org/10.1017/S204579602000075X)
- ¹⁰ Parés-Badell O, Barbaglia G, Jerinic P et al. Cost of Disorders of the Brain in Spain. [Internet]. PLOS ONE 2014. [consultado 21 enero 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105471>
- ¹¹ Bacigalupe A, Cabezas A, Baza M et al. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. [Internet]. Gaceta Sanitaria 2020 [consultado 21 enero 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7624660>
- ¹² Sáenz-Herrero M. Psychopathology in women. Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology. [Internet]. Springer, New York (2015), p. 741 [consultado 21 enero 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=579755>
- ¹³ COVID-19 disrupting mental health services in most countries, WHO survey. [Internet]. WHO. 2020. [consultado 22 abr 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
- ¹⁴ Fariña E. El 65% de los españoles tiene síntomas de ansiedad o depresión. [Internet]. El Médico Interactivo. 2020. [consultado 12 enero 2022]. Disponible en: <https://elmedicointeractivo.com/el-65-de-los-espanoles-tiene-sintomas-de-ansiedad-o-depresion/#:~:text=y%20el%20patrocinador-,El%2065%25%20de%20los%20espa%C3%B1oles%20tiene%20s%C3%ADntomas%20de%20ansiedad%20o,Symposium%20Internacional%20Controversias%20en%20Psiquiatr%C3%ADa>
- ¹⁵ If not now when? Mental Health Europe's strategic Plan. [Internet]. Mental Health Europe. 2021. [consultado 1 dic 2021]. Disponible en: https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2021/10/MHE_BrochureA4_PROD_DEF.pdf
- ¹⁶ Día Mundial de la Salud Mental 2020. [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020. [citado 23 feb 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/campaigns/world-mental-health-day/world-mental-health-day-2020>
- ¹⁷ Patiño T., Lazcano MJ., Muster R. et al. Repercusiones biopsicosociales del personal de salud: enfrentando la pandemia Covid-19, una revisión bibliográfica. [Internet]. Revista Confluencia, 4(2), 59-64. 2021. [citado 10 enero 2022]. Disponible en: <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/670>
- ¹⁸ Poblete F., Coggiola L., Meeder V. et al. Efectos en la salud física y mental de los profesionales de enfermería al cuidado de pacientes COVID-19, una revisión bibliográfica. [Internet]. Revista Confluencia, 4(2), 47-52. 2021. [citado 10 enero 2022]. Disponible en: <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/682>
- ¹⁹ Calegario VC., Motta J., Fernandes MA. Et al. Latin American Forum of Mental Health in the Pandemic: challenges, current outlook and future prospects. [Internet]. Rev. Bras. Psicoter. (Online) ; 23(1): 13-29, 20210000. 2021. [citado 10 enero 2022]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1349434>
- ²⁰ Del Pozo-Herce P., Garrido-García R., Santolalla-Arnedo I. et al. Psychological Impact on the Nursing Professionals of the Rioja Health Service (Spain) Due to the SARS-CoV-2 Virus. [Internet]. Int J Environ Res Public Health. 2021. [consultado el 15 feb 2022]. Disponible en: [doi: 10.3390/ijerph18020580](https://doi.org/10.3390/ijerph18020580)
- ²¹ Santolalla-Arnedo I., Pozo-Herce P.D., De Viñaspre-Hernandez R.R. et al. Psychological impact on care professionals due to the SARS-Cov-2 virus in Spain. [Internet]. International Nursing Review 2022. [consultado el 15 feb 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/inr.1274>
- ²² Borrador de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. 2021-2026. [In-

- ternet]. Gobierno de España. 2021. [consultado el 20 sept 2021]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/EstrategiaSaludMental-RedaccionMedica%282%29.pdf>
- ²³ III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja para el periodo 2016-2020. [Internet]. Gobierno de La Rioja. Fundación Rioja Salud. 2014. [consultado 16 jun 2021]. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/III-plan-salud.pdf>
- ²⁴ Protocolo de actuación frente al abuso sexual en infancia y/o adolescencia desde el centro educativo. La Rioja. I.E.S. Ciudad de Los Ángeles. [Internet]. Centros Referentes en Educación en Derechos de Infancia y Ciudadanía Global. UNICEF. 2019. [consultado 2 mar 2022]. Disponible en: <https://instituto.iescla.org/wp-content/uploads/2019/06/IESCLA.-Protocolo-Abuso-sexual.pdf>
- ²⁵ Protocolo de coordinación del TDAH de La Rioja 2018. [Internet]. Gobierno de La Rioja. Fundación Rioja Salud. 2018. [consultado 16 jun 2021]. Disponible en: https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/Protocolo_Coordinacion_TDAH_mayo%202018_180510_Def.pdf
- ²⁶ Plan de prevención del suicidio en La Rioja 2018. [Internet]. Gobierno de La Rioja. Fundación Rioja Salud. 2018. [consultado 16 jun 2021]. Disponible en: <https://www.telefonodelaesperanzalarioja.org/images/PlanDePrevencion-DeSuicidioDeLaRioja.pdf>
- ²⁷ Mapa de recursos en Salud Mental de La Rioja 2018. [Internet]. Gobierno de La Rioja. Fundación Rioja Salud. 2018. [consultado 16 jun 2021]. Disponible en: https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/Mapa_Recurso_Salud_Mental_Def.pdf
- ²⁸ Plan de prevención de adicciones 2018-2024. [Internet]. Gobierno de La Rioja. Fundación Rioja Salud. 2018. [consultado 16 jun 2021]. Disponible en: https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/Plan_de_Prevencion_de_Adicciones.pdf
- ²⁹ Plan de Cuidados Paliativos de La Rioja 2018. [Internet]. Gobierno de La Rioja. Fundación Rioja Salud. 2018. [consultado 16 jun 2021]. Disponible en: https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/Plan_de_Cuidados_Paliativos.pdf
- ³⁰ Plan Director Complejo Hospital San Pedro de La Rioja 2018. [Internet]. Gobierno de La Rioja. Fundación Rioja Salud. 2018. [consultado 16 jun 2021]. Disponible en: https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/Plan_Director_HSP_12dic18.pdf
- ³¹ I Plan Estratégico de Innovación en Salud de La Rioja 2017-2022. [Internet]. Gobierno de La Rioja. Fundación Rioja Salud. 2017. [consultado 16 jun 2021]. Disponible en: https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/Plan_de_Innovacion.pdf
- ³² Estrategia de crónicos. [Internet]. Gobierno de La Rioja. Fundación Rioja Salud. 2017. [consultado 16 jun 2021]. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/estrategia-cronicos.pdf>
- ³³ Estrategias Alineadas: Estrategia de Atención Primaria. Estrategia del Hospital Universitario San Pedro y Acciones Transversales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria. 2021-2024. [Internet]. Gobierno de La Rioja. Fundación Rioja Salud. 2021. [consultado 1 dic 2021]. Disponible en: https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/PlanEstrategicoAP_HUSP.pdf
- ³⁴ Datos del Servicio Riojano de Salud.
- ³⁵ La Rioja en Cifras 2020. Anuario Estadístico de La Rioja. [Internet]. Gobierno de La Rioja. 2020. [Consultado 7 julio 2021]. Disponible en: <https://www.larioja.org/larioja-client/cm/estadistica/images?idMmedia=1259037>
- ³⁶ Fonseca-Pedrero E, Ortuño-Sierra J, Pérez-Albéniza A. Dificultades emocionales y conductuales y comportamiento prosocial en adolescentes: un análisis de perfiles latentes. [Internet]. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2020. [citado 21 enero 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.01.002>
- ³⁷ Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) 1995-2019/2020. [Internet]. Ministerio de Sanidad. 2020. [Consultado 30 junio 2021]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf
- ³⁸ Informe ESTUDES 2021. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España 1994-2021. [Internet]. Observatorio español de las drogas y las adicciones. Ministerio de Sanidad. 2021. [Consultado 13 diciembre 2021]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/gl/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2021_Informe_de_Resultados.pdf
- ³⁹ Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. [Internet]. Ministerio de Sanidad. 2017. [Consultado 29 junio 2021]. Disponible en: <http://inclasns.msssi.es/main.html>
- ⁴⁰ COVID-19, consumo de sustancias psicoactivas y adicciones en España. [Internet]. DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. 2020. [Consultado 29 junio 2021]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2020_Coronavirus/pdf/20200715_Informe_IMPACTO_COVID-19_OEDA_final.pdf
- ⁴¹ OEDA. Encuesta OEDA-COVID 2020 en la población de 15 a 64 años en España. [Internet]. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. 2020. [Consultado 29 junio 2021]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/COVID-19/20210326_Informe_ENCUESTA_OEDA-COVID_2020_def.pdf

- ⁴² Informe ESTUDES 2020. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. [Internet]. Observatorio español de las drogas y las adicciones. Ministerio de Sanidad. 2020. [Consultado 29 junio 2021]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2020_Informe.pdf
- ⁴³ Pérez-Albéniz A, Gil M, Díez-Gómez A et al. Gambling in Spanish Adolescents: Prevalence and Association with Mental Health Indicators. [Internet]. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022. [citado 21 enero 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph19010129>
- ⁴⁴ Incremento del Consumo de Psicofármacos en España debido al COVID-19. [Internet]. ITAD (Instituto de Formación, Tratamiento en Terapia Familiar Sistémica y Adicciones). 2020. [Consultado 1 julio 2021]. Disponible en: <https://itadsistemica.com/adicciones/incremento-consumo-psicofarmacos-en-espana-debido-al-covid19/>
- ⁴⁵ Henares Montiel J., Ruiz-Pérez I., Sordo L. Salud mental en España y diferencias por sexo y por comunidades autónomas. [Internet]. Gaceta Sanitaria. 2019. [Consultado 1 julio 2021]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v34n2/0213-9111-gs-34-02-114.pdf>
- ⁴⁶ TENDENCIAS COFARES LA FARMACIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA (III). [Internet]. COFARES. 2020. [Consultado 1 julio 2021]. Disponible en: https://www.rgare.com/docs/default-source/newsletters-articles/tendencias-cofares-diciembre-2020.pdf?sfvrsn=589d8b3a_0
- ⁴⁷ Suicidios España 2020. [Internet]. Observatorio del Suicidio en España. 2021. [Consultado 30 noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>
- ⁴⁸ Suicidios España 2019. [Internet]. Observatorio del Suicidio en España. 2019. [Consultado 1 julio 2021]. Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio/>
- ⁴⁹ Crude suicide rates (per 100 000 population). [Internet]. OMS. 2021. [citado 30 nov 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-data?lang=en>
- ⁵⁰ Registro de Mortalidad de La Rioja. [Internet]. Rioja Salud. 2017. [Consultado 1 julio 2021]. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/salud-publica-consumo/epidemiologia/registro-de-mortalidad>
- ⁵¹ Fonseca-Pedrero E, Inchausti F, Pérez-Gutiérrez L. Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. [Internet]. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2018. [citado 21 enero 2022]. Disponible en: DOI: [10.1016/j.rpsm.2017.07.004](https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.07.004)
- ⁵² Fonseca-Pedrero E, Pérez de Albéniz A. EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES: A PROPÓSITO DE LA ESCALA PAYKEL DE SUICIDIO. [Internet]. Papeles del Psicólogo. 2020. [citado 21 enero 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>
- ⁵³ Impacto de la COVID-19 en las tasas de suicidio: una oportunidad para la prevención. [Internet]. Consejo General de la Psicología de España. 2021. [citado 8 jul 2021]. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=17018
- ⁵⁴ Pirkis J., John A., Shin S. Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. [Internet]. The Lancet. [citado 30 noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2215-0366%2821%2900091-2>
- ⁵⁵ Los expertos alertan: las tentativas de suicidio se disparan con la pandemia. [Internet]. La Vanguardia. 2021. [citado 8 jul 2021]. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vivo/psicologia/202108/49260473202/pandemia-aumento-suicidios.html>
- ⁵⁶ Expertos lamentan que mientras el Covid-19 ha recibido una atención “sin precedentes” el suicidio sigue “descuidándose”. [Internet]. Infosalus. 2021. [citado 8 jul 2021]. Disponible en: <https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-expertos-lamentan-mientras-covid-19-recibido-atencion-precedentes-suicidio-sigue-descuidandose-20210318161500.html>
- ⁵⁷ Rafael Tabarés: “Preocupan mucho las conductas suicidas entre los más jóvenes en la pandemia”. [Internet]. El País. 2021. [citado 8 jul 2021]. Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2021-04-21/rafael-tabares-preocupan-mucho-las-conductas-suicidas-entre-los-mas-jovenes-en-la-pandemia.html>
- ⁵⁸ Informe del Sistema Nacional de Salud 2019. [Internet]. Ministerio de Sanidad. 2019. [Consultado 29 junio 2021]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/Informe_SNS_2019.pdf
- ⁵⁹ Web Salud Mental. [Internet]. Fundación Rioja Salud. [citado 24 jun 2021]. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/servicios/salud-mental>
- ⁶⁰ Datos proporcionados por la Fundación Rioja Salud. 2021.
- ⁶¹ Guía Itinerario Formativo UDM Salud Mental Enfermería 2020-2022. [Internet]. Gobierno de La Rioja. Fundación Rioja Salud. 2018. [citado 24 jun 2021]. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/files/content/rrhh/sistema-docente/oferta-docente/enfermeria-salud-mental.pdf>
- ⁶² Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Catálogo Nacional de Hospitales 2021. Población: INE Cifras de población referidas al 01/01/2020, resumen por Comunidades Autónomas.
- ⁶³ Datos de la Dirección General de Servicios Sociales del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia del Sistema Público Riojano.
- ⁶⁴ Eurostat Data Browser. [Internet]. 2021. [consultado el 27 jul 2021]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/>

- ⁶⁵ INFOCOP. [Internet]. Consejo General de la Psicología de España. Núm. 95 Oct-Dic 2021. [citado 7 mar 2022]. Disponible en: <https://www.cop.es/infocop/pdf/1202.pdf>
- ⁶⁶ Duro Martínez JC. DO WE KNOW HOW MANY PROFESSIONAL SPECIALISTS IN CLINICAL PSYCHOLOGY WORK IN THE SPANISH NATIONAL HEALTH SYSTEM? [Internet]. Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers, 2021 Vol. 42(2), pp. 81-93. 2021. [citado 7 mar 2022]. Disponible en: <http://www.psychologistpapers.com/English/2955.pdf>
- ⁶⁷ Orden SND/948/2021, de 8 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2021 para el acceso en el año 2022, a plazas de formación sanitaria especializada para las titulaciones universitarias de grado/licenciatura/diplomatura de Medicina, Farmacia, Enfermería y ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. [Internet]. Boletín Oficial del Estado. Núm 218. Sept 2021. [citado 7 mar 2022]. Disponible en: <https://boe.es/boe/dias/2021/09/11/pdfs/BOE-A-2021-14809.pdf>
- ⁶⁸ Mental Health ATLAS 2020. [Internet]. World Health Organization. 2020. [citado 2 mar 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
- ⁶⁹ Headway 2023 - Mental Health Index. A new roadmap in Mental Health. [Internet]. The European House - Ambrosetti in collaboration with Angelini Pharma. 2021. [citado 7 mar 2022]. Disponible en: https://eventi.ambrosetti.eu/headway2023/wp-content/uploads/sites/196/2021/10/211005_Headway-2023_Report_DEF.pdf
- ⁷⁰ Situación actual del reconocimiento de la especialidad de Enfermera Especialista de Salud Mental en las Comunidades Autónomas. [Internet]. Asociación Española de Enfermería de Salud Mental. Junio 2021. [citado 2 mar 2022]. Disponible en: <https://www.aeesme.org/principal/situacion-actual-del-reconocimiento-de-la-especialidad-de-enfermera-especialista-de-salud-mental-en-las-comunidades-autonomas/>
- ⁷¹ Encuesta Europea de Salud en España 2020. [Internet]. Gobierno de España. 2020. [citado 25 enero 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2020_datos.htm
- ⁷² Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (2014). [Internet]. Gobierno de España. 2014. [citado 25 enero 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocionyPrevencion.htm>
- ⁷³ Estilos de vida saludable. [Internet]. Gobierno de España. 2015. [citado 25 enero 2022]. Disponible en: <https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/>
- ⁷⁴ Cuadro de Mandos del SERIS Morbilidad (mayo 2021).
- ⁷⁵ Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. [Internet]. Gobierno de España. 2021. [citado 24 jun 2021]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>
- ⁷⁶ Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. [Internet]. Gobierno de España. 2021. [citado 21 enero 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9233>
- ⁷⁷ INE 2020. Población en La Rioja.
- ⁷⁸ Datos de RiojaSalud.
- ⁷⁹ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Internet]. Gobierno de España. 2021. [citado 21 enero 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
- ⁸⁰ Cantor-Cruz F., McDouall-Lombana J., Parra A. et al. Mental health care of health workers during Covid-19: Recommendations based on evidence and expert consensus. [Internet]. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2021. [citado 10 enero 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.02.007>
- ⁸¹ Durante la pandemia, un 75% más de médicos tienen que ser atendidos por patologías psiquiátricas con respecto al año anterior. [Internet]. Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid. 2022. [citado 17 enero 2022]. Disponible en: <https://www.icomem.es/comunicacion/noticias/3848/Durante-la-pandemia-un-75-mas-de-medicos-tienen-que-ser-atendidos-por-patologias-psiquiatricas-con-respecto-al-ano-anterior>



La Rioja

larioja.org



**Rioja
Salud**