



ESTRATEGIA DE ASISTENCIA EN
SALUD MENTAL
DE CASTILLA Y LEÓN

2024-2030



ESTRATEGIA DE ASISTENCIA EN
SALUD MENTAL
DE CASTILLA Y LEÓN

2024-2030

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Presentación | 5 |
| Introducción | 7 |
| 1. Justificación | 8 |
| 2. Misión, visión, valores, objetivo general y principios..... | 8 |
| 2.1. Misión..... | 8 |
| 2.2. Visión | 8 |
| 2.3. Valores | 8 |
| 2.4. Objetivo general | 9 |
| 2.5. Principios..... | 9 |
| 3. Marco normativo y conceptual..... | 9 |
| 3.1. Marco normativo | 9 |
| 3.2. Marco conceptual | 12 |
| 4. Población diana | 13 |
| 5. Análisis de la situación..... | 13 |
| 5.1. Antecedentes | 13 |
| 5.2. Epidemiología de la salud mental en Castilla y León..... | 13 |
| 5.3. Recursos de atención a la salud mental | 18 |
| Metodología | 23 |
| Líneas Estratégicas..... | 25 |
| 1. Conductas suicidas | 25 |
| 1.1. Humanización de la atención a la salud mental | 25 |
| 1.2. Promoción de la salud mental y prevención | 26 |
| 1.3. Continuidad asistencial y coordinación..... | 26 |
| 1.4. Digitalización y sistemas de información..... | 26 |
| 1.5. Gestión del conocimiento..... | 27 |
| 2. Trastorno mental común y atención primaria | 27 |
| 2.1. Humanización de la atención a la salud mental | 27 |
| 2.2. Promoción de la salud mental y prevención..... | 28 |
| 2.3. Continuidad asistencial y coordinación | 28 |
| 2.4. Digitalización y sistemas de información | 29 |
| 2.5. Gestión del conocimiento..... | 29 |
| 3. Salud mental en la infancia y la adolescencia | 30 |
| 3.1. Humanización de la atención a la salud mental | 30 |
| 3.2. Promoción de la salud mental y prevención | 30 |
| 3.3. Continuidad asistencial y coordinación..... | 31 |
| 3.4. Digitalización y sistemas de información..... | 32 |
| 3.5. Gestión del conocimiento..... | 32 |
| 4. Trastorno mental grave | 33 |
| 4.1. Humanización de la atención a la salud mental | 33 |
| 4.2. Promoción de la salud mental y prevención | 34 |
| 4.3. Coordinación y continuidad asistencial..... | 34 |

| | |
|---|----|
| 4.4. Digitalización y sistemas de información..... | 35 |
| 4.5. Gestión del conocimiento..... | 36 |
| 5. Salud mental y adicciones..... | 36 |
| 5.1. Humanización de la atención a la salud mental..... | 37 |
| 5.2. Promoción de la salud mental y prevención..... | 37 |
| 5.3. Continuidad asistencial y coordinación..... | 38 |
| 5.4. Digitalización y sistemas de información..... | 38 |
| 5.5. Gestión del conocimiento..... | 39 |
| 6. Salud mental en grupos de mayor vulnerabilidad..... | 39 |
| 6.1. Discapacidad intelectual..... | 39 |
| 6.2. Personas en exclusión social..... | 41 |
| 6.3. Personas con diversidad de identidad de género..... | 43 |
| 6.4. Trastornos mentales y violencia de género..... | 45 |
| 7. Salud mental de las personas mayores..... | 48 |
| 7.1. Humanización de la atención a la salud mental..... | 48 |
| 7.2. Promoción de la salud mental y prevención..... | 49 |
| 7.3. Continuidad asistencial y coordinación..... | 49 |
| 7.4. Digitalización y sistemas de información..... | 50 |
| 7.5. Gestión del conocimiento..... | 50 |
| Líneas transversales..... | 53 |
| 1. Humanización..... | 53 |
| 2. Promoción de la salud mental y prevención de enfermedad..... | 53 |
| 3. Continuidad asistencial y coordinación..... | 54 |
| 4. Digitalización y sistemas de información..... | 54 |
| 5. Formación y gestión del conocimiento..... | 54 |
| Innovación en salud mental..... | 57 |
| Seguimiento y evaluación de la estrategia..... | 61 |
| 1. Comisión Institucional de Seguimiento y Evaluación..... | 61 |
| 2. Metodología de la evaluación..... | 61 |
| 3. Etapas del proceso de seguimiento y evaluación. Cronograma..... | 61 |
| Anexos..... | 63 |
| Anexo 1. Recursos y dispositivos de salud mental por área (2024)..... | 63 |
| Anexo 2. Análisis DAFO..... | 64 |
| Anexo 3. Matriz de objetivos..... | 68 |
| Anexo 4. Abreviaturas..... | 71 |
| Anexo 5. Listado de tablas y figuras..... | 72 |
| Bibliografía..... | 73 |
| Autores..... | 77 |

PRESENTACIÓN

La Estrategia de Salud Mental de Castilla y León 2024-2030 constituye el conjunto de actuaciones que desarrollará la Junta de Castilla y León en materia de salud mental para los próximos años.

Todas y cada una de estas actuaciones tienen como objetivo mejorar la atención a las personas de nuestra Comunidad en un ámbito tan sensible como es el de la salud mental, componente indisoluble de la salud, tal y como la recoge la Organización Mundial de la Salud, entendiendo esta como un estado de completo bienestar físico, mental y social.

Este concepto de salud nos obliga a mejorar tanto aquellos aspectos asistenciales como los relativos a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Y, también, a impulsar actuaciones en el marco de las políticas sociales y educativas, pilares todos ellos fundamentales del estado de bienestar.

Esta Estrategia nace fruto de unos valores, con los cuales manifiesto mi compromiso personal e institucional, entre los que quiero destacar el respeto a la dignidad y derechos de las personas con problemas de salud mental, su participación activa en la toma de decisiones, la lucha contra el estigma y la humanización de la asistencia.

La equidad en la prestación de servicios es uno de los retos específicos en nuestra Comunidad, donde el envejecimiento de la población, la dispersión en el territorio y un importante sector rural, deben contar con respuestas específicas.

Nuestro compromiso con las personas debe ser aún mayor en el caso de aquellos colectivos más vulnerables, que tienen su reflejo en varios apartados de la Estrategia.

Y, por último, quiero manifestar mi agradecimiento a los profesionales y asociaciones de pacientes, así como a las sociedades científicas y colegios profesionales, su generosa participación y excelente trabajo para plasmar en un documento todas estas actuaciones que, sin duda, están enfocadas a mejorar la atención y calidad de vida de las personas de Castilla y León.

Alfonso Fernández Mañueco
Presidente de la Junta de Castilla y León



INTRODUCCIÓN

Siguiendo las consideraciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha pasado de la concepción de la salud como ausencia de enfermedad hacia un concepto más amplio en el que se incluye también el bienestar de las personas, sus capacidades para afrontar con éxito las dificultades de la vida, la capacidad de desarrollar plenamente el potencial personal, social y laboral, y el poder contribuir activamente a la mejora social en general [1]. Teniendo en cuenta que los trastornos mentales y del comportamiento representan la mayor carga de enfermedad en las sociedades avanzadas, es evidente que todos los esfuerzos que se realicen encaminados en la mejora de la salud mental repercutirán considerablemente en construir una sociedad mejor.

Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales no se limitan solamente a las características individuales, tanto biológicas como psicológicas, sino también incluyen factores sociales, culturales, educativos, económicos, laborales y de seguridad. Por ello, actuar sobre los determinantes de la salud mental requiere la adopción de medidas en sectores distintos del sector de la salud. Los programas de promoción y prevención deben involucrar a los sectores responsables de educación, trabajo, justicia, transporte, medio ambiente, vivienda y protección social. El sector de la salud puede contribuir de modo significativo integrando los esfuerzos de promoción y prevención en los servicios de salud, promoviendo, iniciando y, cuando proceda, facilitando la colaboración y la coordinación multisectoriales. Para ello, debemos contar con herramientas que faciliten la coordinación intersectorial y que contemplen dicha coordinación como una necesidad en la que se deben implicar activamente todos los sectores gubernamentales.

Las estrategias en salud mental son especialmente pertinentes en la actualidad, no solo para seguir la línea de la salud mental como centro del debate social y político, sino por los últimos acontecimientos derivados de la pandemia de COVID-19. Estos eventos han intensificado el malestar emocional y la aparición o agravamiento de determinados trastornos mentales. El sufrimiento poblacional, difícilmente abordable sólo desde la salud física, ha superado la capacidad de respuesta del sistema sanitario. Ahora más que nunca, se necesita optimizar los recursos y marcar líneas fundamentales y homogéneas de actuación, trabajando de forma organizada para conseguir objetivos comunes.

En un sistema en el que la competitividad por los recursos es la norma, es indispensable poner el foco en los grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad, por ser los más afectados en situaciones de precariedad socioeconómica y estrés social. Por ello, en esta Estrategia, se pretende tratar de forma específica a las personas consideradas más vulnerables, ya sea debido a su edad (niños, adolescentes, edad avanzada), condiciones de salud, discapacidad, género o precariedad social.

La Estrategia de Salud Mental de Castilla y León 2024-2030 comparte los principios establecidos en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026, si bien adecúa sus objetivos a la realidad de Castilla y León y a la necesidad de establecer un marco de atención y prevención de los trastornos mentales. Existe un compromiso claro de la Junta de Castilla y León con la calidad asistencial en salud mental, evidenciado en los últimos años con el refuerzo de recursos y la creación de redes de colaboración y coordinación específica con los ámbitos educativo y social.

La presente Estrategia dirige sus objetivos hacia siete líneas estratégicas priorizadas por los propios profesionales de la asistencia sanitaria y social, así como de asociaciones de personas con problemas de salud mental y familiares, a través de las diversas encuestas realizadas y de los grupos de trabajo desarrollados en los últimos años para el abordaje de las distintas prioridades: conductas suicidas; trastorno mental común y atención primaria (AP); salud mental en la infancia y la adolescencia; trastorno mental grave (TMG); trastorno mental y adicciones; grupos de mayor vulnerabilidad-personas con discapacidad, en

riesgo de exclusión social, que han sufrido violencia de género o con diversidad de identidad de género; y salud mental de los mayores.

Dentro de cada una de estas líneas de acción estratégica se desarrollan objetivos y acciones en cinco temáticas comunes o líneas transversales, priorizadas igualmente a través de la encuesta realizada: humanización de la atención; promoción de la salud mental y prevención; continuidad asistencial y coordinación; digitalización y sistemas de información -transformación tecnológica, telemedicina, sistemas de información sanitarios-; y gestión del conocimiento -formación, investigación e innovación-.

Existen una serie principios comunes de interés a lo largo de la Estrategia como son la eliminación del estigma y de cualquier forma de discriminación y vulneración de derechos, la participación de las personas con problemas de salud mental en el ejercicio de sus derechos y en la toma de decisiones, la eliminación/disminución de las contenciones, la intervención comunitaria, la imprescindible coordinación entre administraciones y dispositivos, la historia clínica electrónica (HCE) única o la formación e investigación, que deberán centrar el seguimiento de la Estrategia a través de indicadores y marcarán la consecución o no de los objetivos propuestos.

Un abordaje transversal y comunitario centrado en las necesidades de las personas, como el propuesto, exige la generalización de la actividad a través de equipos multidisciplinares, tanto de AP como en todos los dispositivos de salud mental, que integren las especialidades de psiquiatría, psicología clínica, enfermería especialista en salud mental, trabajo social (TS) y terapia ocupacional (TO), algo para lo que deberemos prepararnos y que constituye uno de los requisitos fundamentales para el desarrollo de una atención de la máxima calidad en la salud mental a nivel nacional.

1. Justificación

Es propósito de la Administración Autonómica abordar los problemas que generan el malestar emocional y los trastornos mentales, tanto para de las personas que las padecen, sus familiares y/o personas cuidadoras, como para la sociedad castellano y leonesa en su conjunto. Para ello, trabaja en consonancia con la Administración General del Estado y conjuntamente con las Corporaciones Locales, las Sociedades Científicas, las Asociaciones de Pacientes y Familiares, así como con las propias personas con problemas de salud mental y sus familiares.

La Estrategia que aquí se presenta, basada en la evidencia científica y el consenso de todos los agentes

implicados, pretende establecer objetivos concretos y medidas de acción encaminados a mejorar la asistencia de las personas en materia de salud mental con una atención más humana, impulsando la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental, la coordinación y la continuidad asistencial, mejorando los sistemas de la información y capacitando a profesionales y ciudadanía vinculada con la atención a la salud mental.

La salud mental constituye un pilar fundamental de la salud ("No hay salud sin salud mental"), por lo que son esenciales las actuaciones integradas de los distintos ámbitos del Sistema Sanitario y Social, con un enfoque integrado y coordinado para promover el bienestar de las personas. La Estrategia de Salud Mental de Castilla y León (2024-2030) constituye el mejor instrumento para ofrecer la respuesta que la ciudadanía precisa en esta materia, ya que, basándose en los principios comúnmente aceptados sobre la atención a la salud mental, establece aquellos objetivos y medidas más respaldadas por la evidencia científica y la práctica clínica para su mejora.

2. Misión, visión, valores, objetivo general y principios

2.1. Misión

Definir, planificar, implementar y evaluar medidas efectivas que ayuden a solucionar las necesidades identificadas en el área de la salud mental con el fin de mejorarla, adaptándose a las cambiantes necesidades de la sociedad y optimizando la efectividad de las intervenciones.

2.2. Visión

Promover un funcionamiento de los servicios de salud mental hacia un enfoque más proactivo, participativo y eficiente en la asistencia a la salud mental, con el objetivo de garantizar un acceso rápido, integral, multidisciplinar, integrado, flexible, seguro, continuado, satisfactorio, respetuoso y homogéneo.

2.3. Valores

- Respeto a la dignidad y derechos de las personas con problemas de salud mental, lo que implica reconocer y valorar las necesidades individuales de cada persona, su autonomía y sus derechos fundamentales.
- Humanización de la asistencia en salud mental y lucha contra el estigma, para garantizar una atención respetuosa, centrada en la persona y equitativa para las personas que experimentan problemas de salud mental y sus familiares.

- Participación activa y corresponsable de las personas con trastorno mental o problemas de salud mental, familias, profesionales y otras entidades.
- Igualdad en el acceso de recursos.
- Eficiencia en la gestión para optimizar los recursos, mejorar la calidad de la atención y garantizar que las personas reciban los apoyos necesarios de manera adecuada.
- Profesionalidad, ética y compromiso de los profesionales, donde la empatía, comprensión y el respeto sean pilares fundamentales en el proceso de atención a las personas con problemas de salud mental.
- Interés por generar talento, invertir en investigación, como aspectos esenciales para abordar los desafíos actuales y futuros en salud mental de manera efectiva.
- Formación a profesionales, familiares y personas con problemas de salud mental, promoviendo la colaboración y optimizando los resultados y fomentando las decisiones compartidas relacionadas con el tratamiento y la gestión de la salud mental.

2.4. Objetivo general

Mejorar la salud mental de los castellanos y leoneses, con un enfoque integral, adaptando la asistencia, el apoyo, la promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad a las características poblacionales, geográficas y de recursos de la Comunidad.

2.5. Principios

- Persona como sujeto de derecho, integrando la perspectiva de derechos humanos en el ámbito de la salud mental, garantizando que se respeten y promuevan sus derechos fundamentales en todos los aspectos de la vida.
- Enfoque de género, reconociendo las diferencias y desigualdades basadas en el género que pueden influir en la experiencia, manifestación y abordaje de los problemas de salud mental.
- Participación activa de la persona en la toma de decisiones, contribuyendo a una atención más centrada en la persona y promoviendo un mayor compromiso en el proceso de recuperación.
- Escucha activa, promoviendo espacios seguros y comprensivos que faciliten la expresión de las preocupaciones, pensamientos y experiencias emocionales.
- Tratamiento y trato individualizado, abogando por una atención centrada en la persona.
- Continuidad asistencial, garantizando una atención integral, coordinada, ininterrumpida y efectiva para las personas con problemas de salud mental.

- Prevención de la enfermedad y promoción de la salud mental en todos los escenarios vitales (salud, servicios sociales, educación, etc.) contribuyendo a una sociedad más saludable y resiliente, y promoviendo el buen trato, la educación emocional y los hábitos saludables.

3. Marco normativo y conceptual

La salud mental es un valor en sí misma y un componente inseparable de la salud general. Es un concepto amplio que ha terminado abarcando tanto contenidos con un significado positivo, a los que aludimos como “bienestar psicológico”, como aspectos problemáticos, que vienen representados por el conjunto de los trastornos mentales. La salud mental es una característica esencialmente individual que viene influida por una multitud de factores psicológicos, biológicos, sociales y culturales. Sin embargo, cabe hablar también de una salud mental de las colectividades y los grupos, especialmente familias, organizaciones y sociedades, que influye en el funcionamiento cotidiano de las mismas. La prevalencia de los trastornos mentales en la comunidad es muy elevada, así como la discapacidad generada por estos trastornos, como se verá más adelante en el apartado de *Epidemiología de la salud mental en Castilla y León*.

3.1. Marco normativo

Una de las características fundamentales de una comunidad saludable es la disponibilidad y accesibilidad a servicios de salud mental comunitarios para aquellos que los necesitan. El artículo 43 de la Constitución Española reconoce el derecho a la protección de la salud y establece que los poderes públicos organizarán y tutelarán la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Por su parte, en el artículo 49 del texto constitucional, se establece que los poderes públicos impulsarán las políticas que garanticen la plena autonomía personal y la inclusión social de las personas con discapacidad, en entornos universalmente accesibles.

El artículo 149.1.16ª de la Constitución Española [2] atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad. A su vez, el Estatuto de Autonomía para Castilla y León [3], dispone en el artículo 74 que “corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva sobre organización, funcionamiento, administración y gestión de centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos”. Asimismo, el citado artículo 74 establece que corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia en materia de sanidad y entre otras las funciones de sanidad y salud pública, la promoción de la salud en todos sus ámbitos y la planificación de los recursos sanitarios públicos.

Asimismo, en el artículo 13 del Estatuto de Autonomía para Castilla y León [3] se dispone que las personas con enfermedad mental tendrán derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes. Por su parte, el artículo 8 de la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema sanitario de Castilla y León [4], de conformidad con las previsiones del artículo 20 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, al contemplar las actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria que la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma llevará a cabo, se refiere expresamente a la atención a los problemas de salud mental.

El Decreto 83/1989, de 18 de mayo, de organización y funcionamiento de los servicios de la salud mental y asistencia psiquiátrica [5], definió la regulación, composición y funciones de los dispositivos de atención a la salud mental, así como los mecanismos de coordinación entre ellos. Así mismo estableció en la disposición adicional tercera a) la necesidad de elaborar el mapa de atención psiquiátrica sobre la base de la delimitación de los distintos distritos de asistencia psiquiátrica.

En cumplimiento de lo anterior, la Orden de 19 de abril de 1991, estableció la delimitación territorial de la asistencia psiquiátrica en la Comunidad sobre la base de Distritos de Asistencia Psiquiátrica [6] que comprendían diferentes Centros de Salud. Con posterioridad las Ordenes SAN/1298/2004, de 3 de agosto y SAN/345/2010, han reestructurado los distritos de Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad para adecuarlos a modificaciones estructurales, organizativas y a la demanda de los ciudadanos.

En el año 2007 se publicó el Decreto 118/2007, de 29 de noviembre, por el que se desarrolla la ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León, que establece las directrices para la delimitación territorial del mapa sanitario [7]. En virtud de dicho Decreto, cualquier zonificación sanitaria tanto territorial como funcional de la Comunidad de Castilla y León tomará como base la división del territorio en Zonas Básicas de Salud, y, de forma previa a su aprobación, será informada por la Dirección General de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación de la Consejería de Sanidad.

Las distintas planificaciones regionales de salud mental y asistencia psiquiátrica que se han sucedido en Castilla y León han seguido entre otros principios rectores el otorgar primacía a las intervenciones en el ámbito de la comunidad, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, reforzar los equipos de salud mental (ESM) como eje de todo el sistema de atención, incluyendo la atención domiciliaria; establecer sistemas de hospitalización parcial y facilitar la capacidad de resolución de los Equipos de AP en el

ámbito de la atención a los problemas de salud mental. Se ha sustentado el enfoque comunitario sobre el principio de normalización e integración de los recursos de atención a las personas con trastorno mental en el contexto de los dispositivos generales sanitarios y sociales destinados al conjunto de la población.

A lo largo de estos años se han producido importantes cambios en la dependencia institucional de los recursos de asistencia psiquiátrica en la Comunidad. Tras el traspaso de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud a la Comunidad de Castilla y León mediante el Real Decreto 1480/2001, de 27 de Diciembre [8] y el pleno desarrollo de la Gerencia Regional de Salud como Ente Público Institucional, con carácter de organismo autónomo, adscrito a la Consejería de Sanidad, alcanzado mediante la aprobación del Decreto 287/2001, de 13 de Diciembre, por el que se aprobó el Reglamento General de la Gerencia Regional de Salud, se crearon las Gerencias de Salud de Área, las Gerencias de AP y de Especializada [9].

Posteriormente el Decreto 44/2003, de 21 de noviembre, por el que se desarrolla la estructura orgánica de los Servicios Periféricos de la Gerencia Regional de Salud [10] adscribió los ESM de distrito e Infantojuveniles y las estructuras intermedias (hospitales de día, centros de día, hogares post-cura, etc.) a las gerencias de atención especializada del área de salud.

Con posterioridad se han transferido a la Comunidad los dispositivos psiquiátricos dependientes de diputaciones provinciales o consorcios de: Burgos (Decreto 70/2005, de 13 de octubre), Segovia (Decreto 57/2007, de 21 de mayo), Salamanca (Decreto 120/2007 de 20 de diciembre) y Valladolid (Decreto 91/2006, de 14 de diciembre) [11-14]. Asimismo, el Pacto Local del año 2005 contribuyó a definir las competencias de las diputaciones en materia de atención residencial a personas con trastornos mentales.

La experiencia acumulada en los años transcurridos desde la aprobación del Decreto 83/1989 [5] y los datos actualizados de carácter epidemiológico, clínico y asistencial sobre la prevalencia de trastornos mentales en nuestra Comunidad Autónoma así como la monitorización de la demanda de atención que se produce en la red de salud mental (RSM), permite identificar el cambio que se ha producido en la demanda de salud mental de la población, el progresivo encarecimiento de los costes de los psicofármacos, el creciente papel que desarrollan las Asociaciones de Familiares y de Afectados, así como la complejidad que conllevan algunos procesos de atención a personas diagnosticadas con un trastorno mental atendidos por el Sistema de Salud. También la importancia de la actuación sobre los aspectos psicológicos y sociales que influyen sobre el curso evolutivo, la

detección e intervención precoces y la importancia de garantizar continuidad en la atención.

El funcionamiento de la red en los últimos años ha puesto de manifiesto la necesidad de que las intervenciones sean realizadas desde un enfoque comunitario, multidisciplinar, rehabilitador y centrada en la persona proactivo, siendo llevadas a cabo desde los dispositivos especializados creados a tal fin, y que incluyan programas de psicoeducación y apoyo a los familiares cuando sea preciso. Así mismo la experiencia adquirida en estos años aconseja potenciar las estrategias y actividades regladas de colaboración entre AP y atención hospitalaria, teniendo en cuenta que el primer contacto de las personas usuarias con el Sistema Sanitario Público de Castilla y León se establece, con carácter general, en el ámbito de la AP.

Por otro lado, el Decreto 44/2003, de 21 de noviembre, por el que se desarrolla la estructura orgánica de los Servicios Periféricos de la Gerencia Regional de Salud [10] establece la necesidad de homogeneizar y avanzar en la organización en red de los Centros y Servicios de Nivel Especializado de Asistencia Psiquiátrica de la Gerencia Regional de Salud mediante la adopción progresiva de cuantas medidas sean precisas para configurar el conjunto de los Centros y Servicios de la Red Asistencial Pública de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de cada Área de Salud y los de referencia autonómica.

La Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud [15], en el artículo 7.1 establece que el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención, considerándose prestaciones de atención sanitaria los servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de promoción y mantenimiento de la salud.

Esta orientación comunitaria y de respeto a los derechos de las personas con problemas de salud mental y/o discapacidad psicosocial es refrendada e impulsada por diferentes normativas no estrictamente sanitarias como son la Ley 39/2006, del 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia [16], la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [17, 18], y la 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.

La actual Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026) [19] basada en la filosofía

y contenidos de la Declaración en Salud Mental de Helsinki, adopta igualmente un enfoque integrado que combina la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, la coordinación inter e intrainstitucional, y recomienda adoptar medidas que fomenten la inserción laboral y social de las personas que padecen estos trastornos.

Nuestra comunidad ha desarrollado ya desde el Decreto 83/1989, de 18 de mayo, que regula la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica de la Comunidad de Castilla y León [5], y sigue haciéndolo en la actualidad, un modelo que ha permitido la creación de una red sanitaria de atención a la salud mental orientada hacia lo comunitario e integrada en el sistema sanitario público.

La Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud [20], aspira a promover el cumplimiento de éstos, determinar los criterios generales para su mayor eficacia, y establecer el marco de las medidas administrativas dirigidas a su mejor protección y garantía. Concretamente, reconoce en su artículo 4.2 que las actuaciones del Sistema de Salud de Castilla y León se orientarán a la humanización de la asistencia, a ofrecer una atención individual y personalizada, y a promover la comodidad, el bienestar físico y psíquico, la comprensión y el trato adecuado del paciente y de sus familiares o personas vinculadas.

La Estrategia de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León de 2003 [21], coincidiendo con los preceptos señalados a nivel estatal, continuó con su orientación hacia el modelo comunitario de atención a la salud mental cuyos principios más destacables han sido la atención integral, el enfoque comunitario, la humanización de la asistencia y la capacitación profesional, y la Atención a las necesidades específicas de colectivos y personas (trastornos mentales graves [TMG], salud mental infanto-juvenil, mujeres, mayores, personas con discapacidad intelectual asociadas a problemas de salud mental, abuso de alcohol y otras drogas, inmigrantes, personas sin techo y otros colectivos en posible situación de desprotección).

En la misma línea, el IV Plan de Salud de Castilla y León (2016-2020) [22] propone dar visibilidad a situaciones que pueden producir inequidad, como las discapacidades, la exclusión social, la situación geográfica o el origen; y el Plan Persona Centrado la asistencia sanitaria en ti, añade una orientación centrada en las necesidades y demandas que tienen los pacientes y sus familiares, indicando que “la mejor contribución que como sistema sanitario podemos

realizar para preservar su salud y resolver o aliviar su enfermedad es adaptar nuestros entornos y nuestros cuidados a su forma de vida”.

Es bajo estas premisas de atención centrada en la persona y coordinación, como se han desarrollado tanto el VII Plan Regional sobre Drogas como la Estrategia de Prevención de las Conductas Suicidas de Castilla y León [23].

En otros aspectos de interés de esta estrategia, como es la prevención o la investigación, han incidido igualmente otros planes y estrategias como el Plan Estratégico de Juventud 2022-2025 [24] y el de Investigación e Innovación en Salud de Castilla y León (2023-2027) [25].

3.2. Marco conceptual

El escenario normativo va de la mano de la transformación de la sociedad en este último medio siglo, lo que conlleva cambios en los propios trastornos mentales y en las respuestas asistenciales ofrecidas. Esto obliga a una continua adaptación de los recursos y a un ejercicio de previsión para adelantarse en lo posible a dichos cambios.

En este sentido, a lo largo de estos años se ha ido trabajando en la instauración de protocolos y guías de actuación por procesos, que ha permitido un claro avance en la mejora de la asistencia en salud mental [26-31] facilitando una atención escalonada en función de las necesidades.

Desde el momento en el que la Comunidad adquirió las competencias en materia de salud mental, el propósito marcado es continuar consolidando el modelo comunitario, acercando la asistencia a la población, a sus necesidades, evitando los desplazamientos innecesarios y fomentando el papel de los profesionales de AP, tanto para las intervenciones en el trastorno mental común, como en el seguimiento y control de patologías más graves. No podemos olvidar que nuestra Comunidad Autónoma es una de las más extensas de Europa, con mayor grado de dispersión y envejecimiento, en la que más de un 26% de la población es mayor de 65 años. Para ello, será necesaria la formación continuada de todos los profesionales de AP, así como el oportuno apoyo y asesoramiento por parte de todos los profesionales de salud mental, tanto presencial como a distancia, y muy en especial de los profesionales de psicología clínica, así como la colaboración estrecha y cercana del tercer sector.

Para facilitar la accesibilidad y la permanencia de la persona con problemas de salud mental en su entorno, se fomentará la utilización de hospitales de día de salud mental para adultos en todas las Áreas de Salud y para la población infanto-juvenil en las áreas con

mayor población de 8 a 18 años, así como las intervenciones comunitarias directas con la utilización de viviendas supervisadas y otras figuras de apoyo y soporte social, como por ejemplo la asistencia personal.

Este modelo de intervención permite reducir los ingresos hospitalarios, al posibilitar la atención temprana y el seguimiento en cercanía de los diferentes trastornos, limitando el uso de los recursos hospitalarios tradicionales a aquellos procesos que por su gravedad o grado de descompensación excedan las posibilidades terapéuticas de los recursos más accesibles.

La atención de los problemas de salud mental, como el resto de los trastornos clínicos, debe prestarse de forma escalonada y lo más cercana posible al entorno de vida de las personas. Se debe potenciar los escenarios comunitarios, dando protagonismo al primer escalón de la asistencia sanitaria: la AP. Con los recursos adecuados, este nivel puede abordar una gran parte de los trastornos emocionales de las personas, coordinándose de una forma natural con el resto de entornos comunitarios. Cuando este abordaje es insuficiente, cobran protagonismo los ESM, puerta de entrada en cada demarcación territorial a la atención especializada en materia de salud mental dentro de la red de asistencia sanitaria. Estos recursos constituirán el centro de referencia para enfocar las intervenciones sanitarias y sociosanitarias que precisen las personas con trastorno mental de mayor nivel de gravedad, acercando la respuesta a sus necesidades allí donde éstas se encuentren, superando la brecha rural/urbana, el estigma asociado a la enfermedad mental y con una perspectiva de género.

Esta Comunidad apuesta por un modelo multiprofesional de trabajo en equipo, en el que la participación de los profesionales de psiquiatría, psicología clínica, enfermería especialista en salud mental, TO y TS es necesaria para ofrecer a la ciudadanía una asistencia basada en la atención bio-psico-social. Al mismo tiempo, la coordinación con otros servicios, administraciones y entidades del tercer sector será necesaria para dotar de la continuidad asistencial que las personas precisan para recibir una atención integral e integrada.

El impulso por adquirir la Acreditación Docente Multiprofesional es otro de los propósitos a alcanzar para que nuestra Comunidad sea referente formativo a nivel nacional. Las Unidades de Referencia Regional de Hospitalización de Patología Dual -de Discapacidad Intelectual y Enfermedad Mental y de Drogodependencias y Enfermedad Mental-, la Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil, se configuran como centros específicos donde los futuros profesionales sanitarios (PIR [Psicólogo Interno Residente], MIR [Médico Interno Residente], y EIR [Enfermero Interno Residente]) regionales y nacionales puedan incrementar su nivel

de aprendizaje. Hemos de aprovechar estos recursos para generar otros y para asentar en nuestra comunidad a los profesionales más destacados.

A lo largo de la Estrategia se plasma la idea de una atención integral a la persona y a la sociedad en su conjunto, planteando acciones preventivas y de promoción a la salud. Esto requiere una coordinación inter e intra-administración y con otros agentes implicados para dotar de continuidad asistencial a las intervenciones. Para lograrlo, será preciso incidir en los sistemas de la información y capacitación de los profesionales que atienden a la población, siempre bajo el prisma de la humanización en la atención.

4. Población diana

Las medidas presentadas en la Estrategia van dirigidas a toda la población residente en Castilla y León como iniciativas de actuación preventivas y, más específicamente, las personas con trastornos mentales y del comportamiento, sus familiares y/o personas cuidadoras y otros actores implicados en la mejora de la salud mental de la ciudadanía (profesionales, administraciones públicas, entidades del tercer sector, entidades colaboradoras, universidades, e institutos de investigación) que contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas con trastorno mental y a paliar las consecuencias derivadas de éstos.

5. Análisis de la situación

5.1. Antecedentes

Castilla y León, con una superficie de 94.226 km² y dividida en 2.248 municipios a través de nueve provincias, cuenta con 2.383.703 habitantes, con una distribución por género similar (49,2% de hombres y 50,7% de mujeres), tal y como se recoge en la **Tabla 1**.

En las dos últimas décadas, la Comunidad Autónoma ha sufrido un progresivo envejecimiento de la población, tal y como se puede observar en las pirámides de población de la **Figura 1**.

Se trata de una evolución regresiva, donde se aprecia, además de un aumento de la esperanza de vida

de la población entre los años 2003 y 2023, un descenso de la natalidad, más pronunciada a partir de la década de los noventa y que vuelve a descender de manera significativa en 2010 y de nuevo en 2017.

5.2. Epidemiología de la salud mental en Castilla y León

5.2.1. Salud mental en la población general

Según datos reportados por el Ministerio de Sanidad en 2022, Castilla y León se posiciona como la cuarta comunidad autónoma con mayor prevalencia de trastornos mentales en datos relativos, superando a la media nacional (17,17% vs 21,64%). Además, se observa una notable diferencia entre sexos tanto a nivel nacional como en las diferentes comunidades, siendo mucho más frecuente en mujeres que hombres. En el caso de Castilla y León, el porcentaje de mujeres es casi el doble que el de hombres afectados 27,89%:15,14% (**Tabla 2**).

Tabla 2. Prevalencia registrada de trastornos mentales en población general 2022.

| CC.AA. | Total (en %) | Hombres (en %) | Mujeres (en %) |
|----------------------------|--------------|----------------|----------------|
| España | 17,17 | 12,09 | 22,05 |
| Andalucía | 8,09 | 5,38 | 10,7 |
| Aragón | 13,44 | 8,75 | 18,01 |
| Principado de Asturias | 20,36 | 13,53 | 26,56 |
| Islas Baleares | 23,75 | 17,52 | 29,87 |
| Canarias | 27,98 | 21,04 | 34,68 |
| Cantabria | 13,97 | 9,1 | 18,55 |
| Castilla y León | 21,64 | 15,14 | 27,89 |
| Castilla - La Mancha | 6,81 | 4,11 | 9,5 |
| Cataluña | 24,14 | 17,51 | 30,58 |
| Comunidad Valenciana | 32,6 | 24,2 | 40,69 |
| Extremadura | 5,67 | 3,3 | 7,98 |
| Galicia | 14,84 | 9,45 | 19,83 |
| Comunidad de Madrid | 9,97 | 6,47 | 13,2 |
| Región de Murcia | 14,57 | 9,79 | 19,37 |
| Comunidad Foral de Navarra | 17,09 | 11,67 | 22,37 |
| País Vasco | 18,74 | 13,22 | 24,01 |
| La Rioja | 10,88 | 7,15 | 14,52 |

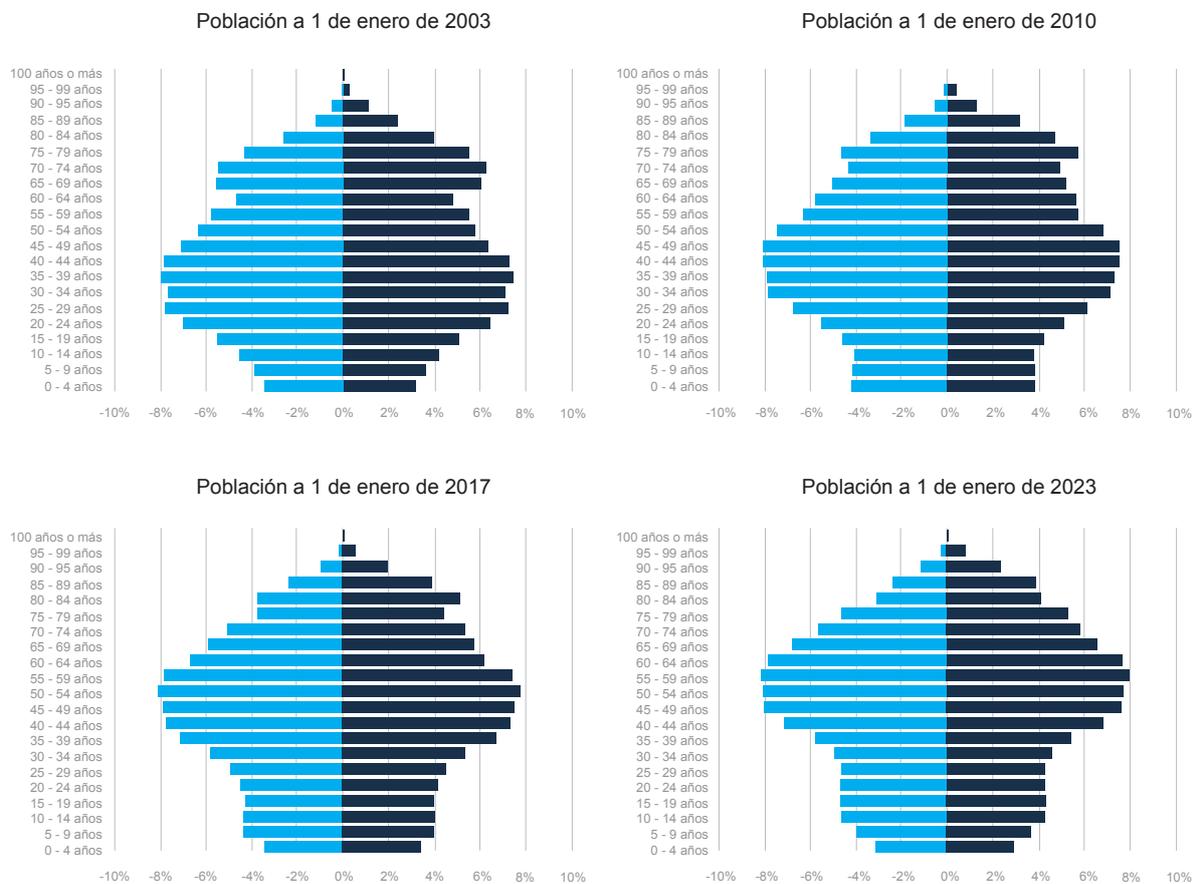
Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. Año 2022 [31].

Tabla 1. Población de Castilla y León por grupos de edad y género.

| Grupos de edad (años) | Cifras absolutas | | | Cifras relativas (en %) por grupo de edad | | | Cifras relativas (en %) por sexo | | |
|-----------------------|------------------|---------|---------|---|---------|--------|----------------------------------|---------|--------|
| | Hombres | Mujeres | TOTAL | Hombres | Mujeres | TOTAL | Hombres | Mujeres | TOTAL |
| 0-17 | 171706 | 161802 | 333508 | 14,6% | 13,4% | 14,0% | 51,5% | 48,5% | 100,0% |
| 18-64 | 719045 | 700014 | 1419059 | 61,3% | 57,8% | 59,5% | 50,7% | 49,3% | 100,0% |
| > 65 años | 282834 | 348302 | 631136 | 24,1% | 28,8% | 26,5% | 44,8% | 55,2% | 100,0% |
| TOTAL | 1173585 | 1210118 | 2383703 | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 49,23% | 50,77% | 100,0% |

Fuente: Datos extraídos de la Junta de Castilla y León a 1 de enero de 2023. Censo continuo de población. INE [30].

Figura 1. Evolución de la pirámide de población de Castilla y León.



Fuente: Datos extraídos del INE a fecha de 1 de enero de 2023 [30].

Al mismo tiempo que existe dicha diferencia por razón de sexo, también la encontramos por edad, aumentando su prevalencia con la edad, con un patrón por sexo definido, afectando en la infancia y adolescencia más a los hombres y en la juventud y etapa adulta, a las mujeres [34].

Por otro lado, según el estudio de la entidad Plena Inclusión, un 34,02% (N=1604) de la población castellano y leonesa presenta enfermedad mental diagnosticada y/o problemas graves de conducta y/o consume psicofármacos [35].

5.2.2. Mortalidad relacionada con suicidios y lesiones autoinfligidas

En España, según la Encuesta EDADES, el 1,9% de la población de 15 a 64 años ha pensado en suicidarse, el 1,0% lo ha planeado y el 0,4% dice que ha hecho un intento, siendo superior en las mujeres en cuanto a la planificación y en hombres en cuanto a ejecución. En Castilla y León los datos son similares y desde el año 2018 la tasa de muertes relacionada con suici-

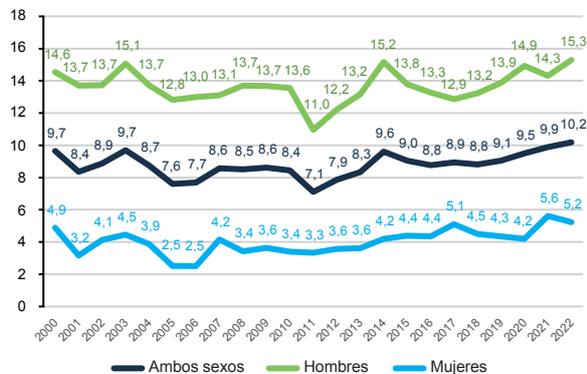
Figura 2. Prevalencia de mortalidad debida a suicidios y lesiones autoinfligidas en relación con el número de muertes total en Castilla y León (2018-2022).



Fuente: Datos extraídos del INE [34].

dios y lesiones autoinfligidas se mantiene en torno a 0,7-0,8%, existiendo diferencias notables respecto al género: mientras que en hombres los valores se man-

Figura 3. Tasa de suicidios por 100.000 habitantes por sexo en Castilla y León (2000-2022).



Fuente: INE. Años 2015-2022. Elaboración propia con datos de defunciones por suicidios años 2015-2022 y población a 1 de enero de 2023. INE. Nota sobre la población utilizada para el cálculo de tasas: Antes de 2011 el INE sólo dispone de las tasas ajustadas a la población estándar en tantos por miles. A partir de ese año, las tasas están ajustadas a la población europea y expresadas en tantos por 100.000. Años 2021 y 2022: Censo anual de población. Años 2015-2020: Población de la Estadística del Padrón Continuo INE.

tienen en torno al 1,0-1,2%, en mujeres estos valores se reducen al 0,3-0,4% (Figura 2) [36].

En cuanto a la tasa de suicidios, a lo largo del siglo actual no ha existido una tendencia uniforme, tanto a nivel nacional como en Castilla y León. 2010 es el año con menor tasa de suicidios en España, con un 6%, mientras que en Castilla y León es 2011, con un 7,11%. 2022 es el año con la tasa más alta: 10,19% y 8,57%, respectivamente.

La evolución de los datos en la comunidad puede verse en el siguiente gráfico (Figura 3).

5.2.3. Salud mental en la población infantil

La Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) [37] señalaba como diagnósticos más frecuentes en las edades Infanto-juveniles la hiperactividad, los problemas de conducta y los cambios de humor o emocionales. Si bien los resultados de 2017 de dicha encuesta¹ señalaban que el porcentaje de población española en riesgo de padecer una enfermedad mental en edades comprendidas entre los 4 y los 14 años era del 13,2%, siendo mayor en niños (15,6%) que en niñas (10,5%), otros estudios como el de Unicef de 2019 [38] revelan números aún más preocupantes, situando a España con un 20,8% en prevalencia

de padecer algún tipo de problema de salud mental diagnosticado en la población de 10 a 19 años.

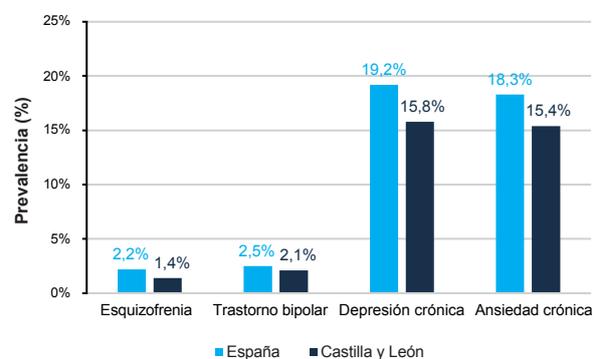
Siguiendo esta tendencia ascendente y tras la pandemia, la salud mental de nuestros menores sigue empeorando. Así, el Grupo de trabajo Multidisciplinar sobre Salud Mental en la Infancia y Adolescencia formado por profesionales de las Sociedades Españolas de Psiquiatría Infantil (SPI), de Urgencias Pediátricas (SEUP) y de Pediatría Social (SEPS), señala en su comunicado de abril de 2022 que los adolescentes presentan más ansiedad, síntomas depresivos, autolesiones y conductas suicidas [39].

5.2.4. Trastorno mental grave

En cuanto a la prevalencia de TMG, la prevalencia de trastornos tales como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión mayor y la ansiedad crónica, en Castilla y León es menor que en el conjunto de España. Mientras que en el caso de los dos primeros las prevalencias se mantienen en torno al 2%, en el caso de la depresión y la ansiedad crónicas los valores crecen al 15% (Figura 4).

En cuanto a la distinción por sexos, la incidencia de hombres con diagnóstico de esquizofrenia es superior respecto a la de las mujeres (4,5:2,9), aunque se iguala a partir de los 65 años. Las psicosis no especificadas (agudas, reactivas, transitorias y puerperales) se da en ambos sexos prácticamente por igual (2,0:1,8). Sin embargo, en psicosis afectiva y depresión crónica es mayor en mujeres (4,8:9,6 y 23,3:58,5, respectivamente). El gradiente social es muy marcado, sobre todo en rentas muy bajas [41].

Figura 4. Prevalencia de trastornos mentales graves: España vs Castilla y León (2020).



Fuente: Datos extraídos de la encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia 2020 del INE [38].

¹ La Encuesta Nacional de Salud en España tiene una periodicidad quinquenal, no habiéndose publicado los resultados correspondientes al año 2023 en la fecha de edición de la presente Estrategia.

5.2.5. Consumo de sustancias y otras adicciones

La evolución del fenómeno de las adicciones de sustancias está marcada por una alta tolerancia social al consumo de bebidas alcohólicas, con un menor consumo de tabaco y cannabis. Se han observado tendencias distintas dependiendo de las sustancias, mientras que el consumo de cannabis tiene una penetración social ascendente (denominado como “consumo alguna vez en la vida”), el del tabaco ha disminuido. En cuanto al alcohol, su consumo se ha mantenido estable durante los últimos años (Figura 5). Por último, el consumo regular de estas sustancias (“consumo durante los últimos 12 meses”) se ha estabilizado en torno al 80% para las bebidas alcohólicas, el 36% para el tabaco y el 7% para el cannabis [42].

Las adicciones comportamentales tienen una tendencia ascendente en la última década. Según los resultados de la encuesta EDADES 2022 el 58,1% de la población española entre 15 y 64 años ha jugado con dinero de forma *online* y/o presencial en los últimos 12 meses, siendo superior el porcentaje de juego de forma presencial con un 57,4% (59,2% de los hombres y 55,5% de las mujeres) frente al 5,3% de forma *online* (8,0% de los hombres y 2,5% de las mujeres) [42]. De este porcentaje, el 1,7% podría presentar un patrón de posible juego problemático o un trastorno del juego, siendo superior este valor en los hombres que en

las mujeres (2,4% en hombres vs 0,9% en mujeres). Sin embargo, la prevalencia ha ido en descenso desde 2020 cuando fue del 2,2% [42].

En cuanto a Castilla y León, en la población de 15 a 64 años de Castilla y León, el posible uso compulsivo es del 4,1%. Sin embargo, sí que se observan diferencias significativas en el mayor número de casos en personas entre 15-34 años (8,2%) que en personas de 35 a 64 años (2,4%). En términos generales, el uso compulsivo de internet ha aumentado 1 punto, respecto a la encuesta anterior, situándose por encima de la media nacional [43].

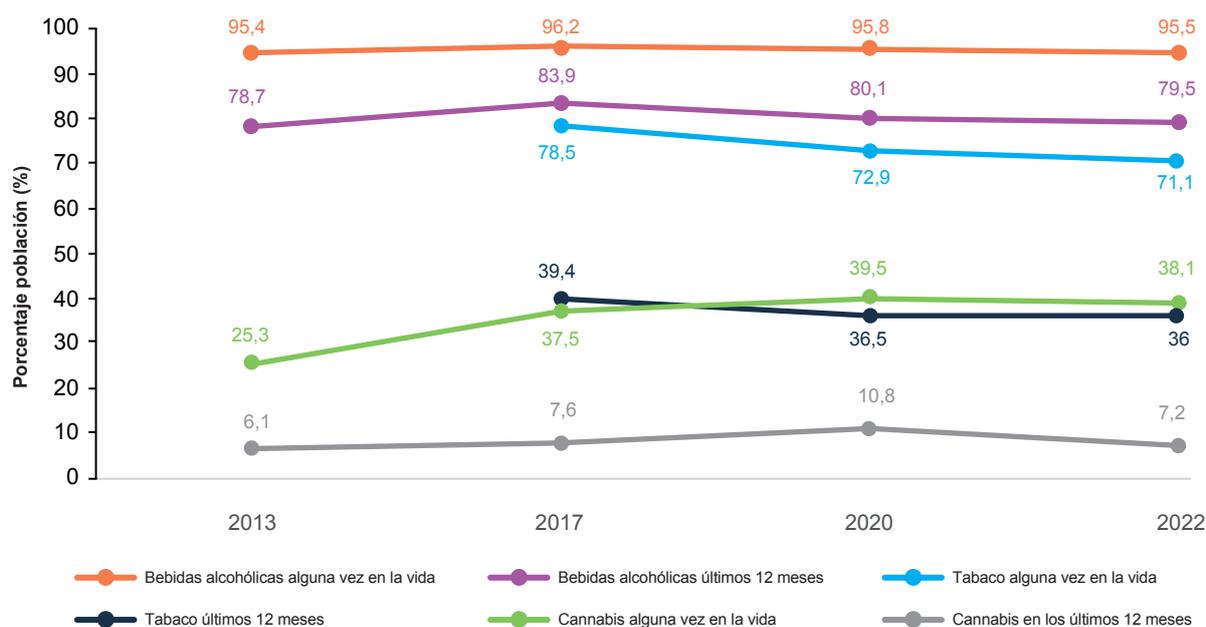
5.2.6. Salud mental en grupos vulnerables

5.2.6.1. Personas con discapacidad intelectual

Entre el 20% y el 40% de las personas con discapacidad intelectual tienen problemas de salud mental. Además, presentan una mayor tasa de trastorno mental que aquellas personas sin discapacidad [44]. Es lo que se denomina diagnóstico dual.

Los trastornos mentales más comunes en esta población son: trastornos de la personalidad, episodios maníacos, trastornos depresivos, esquizofrenia, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, cuadros confusionales y trastornos asociados al consumo de tóxicos [44]. Por tanto, los fármacos que más se suelen recetar a las personas con discapaci-

Figura 5. Consumo de alguna vez en la vida y durante los últimos 12 meses de alcohol, tabaco y cannabis en la población entre 15 y 64 años de Castilla y León.



Fuente: Datos extraídos de la encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) entre 2013 y 2022 [40].

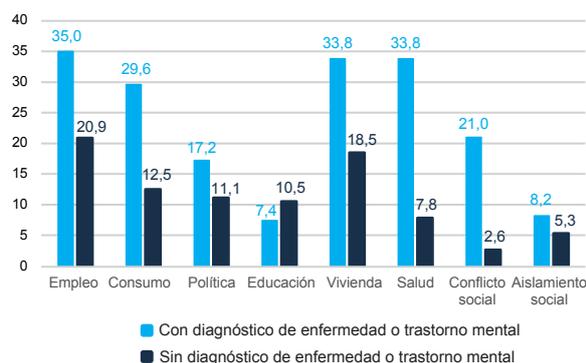
dad intelectual son antipsicóticos, ansiolíticos, benzodiazepinas, psicoestimulantes, estabilizadores del ánimo y antidepresivos. También se suelen recetar antiepilépticos, dado que suelen presentar una mayor incidencia de lesiones y daño cerebral que pueden dar lugar a cuadros de epilepsia, y antiparkinsonianos, para contrarrestar los efectos secundarios de alguno de los fármacos mencionados [44].

5.2.6.2. Personas en riesgo de exclusión social

Los datos demuestran que, en el caso de la Esquizofrenia, la prevalencia es 12 veces mayor en el nivel de renta más bajo respecto al más alto, en los Trastornos de Personalidad 11 veces más y en los de Somatización 7 veces mayor [45]. En el caso de Castilla y León, la tasa de exclusión social entre las personas que no declaran un diagnóstico de trastorno mental es en 2021 del 16,2%, mientras que alcanza a un 40,2% entre las personas que tienen un diagnóstico. A su vez, las tasas de integración plena se reducen del 50,9% al 32,7% en el caso de las personas con algún problema de este tipo diagnosticado, mientras que el porcentaje de personas en situación de integración precaria pasa del 32,8% al 27,1% (Figura 6) [45].

Respecto a la población en prisiones, el 92,7% son hombres frente al 7,3% de mujeres a nivel nacional. El 34,8% de la población penitenciaria refiere haber sido diagnosticado, alguna vez en su vida, de un trastorno mental o emocional, siendo la prevalencia mayor entre las mujeres (42,3%) que entre los hombres (34,3%)

Figura 6. Porcentaje de la población de Castilla y León con problemas de exclusión en diversas dimensiones, según la existencia de una enfermedad o trastorno mental (2021) [43].



Fuente: EINFOESSA 2021.

[46]. Del total de las consultas de atención especializada recibida, el 20,22% fueron a Psiquiatría [47].

Por otra parte, existen dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios en España con una ocupación total de 376 personas ingresadas (31 de enero de 2022) sometidas a medidas de internamiento judicial, principalmente, cuyos diagnósticos son trastornos psicóticos (55,32%), trastornos afectivos (7,98%), trastornos de personalidad (6,91%), patología dual (26,60%) y otros (3,19%) [48].

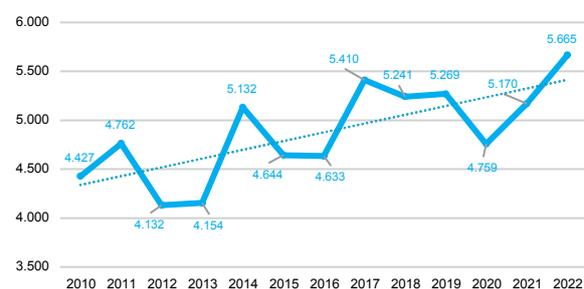
5.2.6.3. Violencia de género²

En relación con la violencia de género, hay una tendencia ascendente tanto a nivel nacional como en Castilla y León en cuanto a denuncias relacionadas con la violencia sobre la mujer, tal y como queda reflejado en la **Figura 7**.

Según las mismas fuentes, Castilla y León es la séptima comunidad con menor tasa de mujeres víctimas de violencia por cada 100000 mujeres, situándose en la media nacional 1,5 [49].

No cabe duda de que la violencia de género afecta de forma directa en la calidad de vida y la salud mental de las mujeres que la padecen. Además, los datos afirman que las personas con trastornos mentales crónicos sufren más violencia que la población general. Del mismo modo, las situaciones tanto puntuales o repetitivas de violencia de género pueden desencadenar o empeorar una enfermedad o un trastorno mental previo. Entre los diferentes diagnósticos relacionados con la violencia de género, destacan el

Figura 7. Evolución del número de denuncias en los juzgados con competencia en Violencia sobre la Mujer (2022).



Fuente: INE. Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género [47].

² Se entiende por violencia de género todo acto de violencia física o psicológica (incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad) que se ejerza contra una mujer por parte del hombre que sea o haya sido su cónyuge o esté o haya estado ligado a ella por una relación similar de afectividad aún sin convivencia. También comprende la violencia que con el objetivo de causar perjuicio o daño a las mujeres se ejerza sobre sus familiares o allegados menores de edad por parte de esos hombres (artículo 1, punto 4, de la Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, añadido según Ley Orgánica 8/2021, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia).

riesgo de conductas adictivas (abuso comórbido o dependencia de alcohol, benzodicepinas y/u otras drogas), así como una alta tasa de antecedentes de intentos de suicidio [50].

5.2.6.4. Diversidad de género y salud mental

Las personas con diversidad de identidad de género pueden enfrentar desafíos específicos en relación con su salud mental debido a factores sociales, culturales y personales. Es importante destacar que estas experiencias varían ampliamente entre individuos y no todos enfrentan los mismos problemas.

Entre los problemas de salud mental que presentan las personas con diversidad de identidad de género destacan los trastornos de Personalidad (6,9%), Depresión (3,5%) y Ansiedad (3,4%) [51]. También se presentan situaciones de violencia, acoso y aislamiento social, que afectan de manera importante a su salud mental y su bienestar emocional.

Es importante abordar estos problemas desde una perspectiva inclusiva y brindar apoyo a las personas con diversidad de identidad de género mediante servicios de salud mental accesibles e inclusivos.

5.2.7. Salud mental en personas mayores

Por comunidades autónomas, Castilla y León, con una tasa del 25,6% de la población mayor de 65 años, ocupa el segundo puesto como más envejecida de España después de Asturias, superando ampliamente tanto el dato estatal (19,5%) como el europeo (20,6%). Además, hay un gran sobreenvjecimiento: el 36,4% de las personas mayores tiene 80 o más años.

Asimismo, nos encontramos que el 18,1% de las personas mayores de Castilla y León residen en localidades con una población inferior a 500 habitantes. Estos municipios suponen el 80% del total de la Comunidad.

La depresión es, en relación, más común en personas ancianas que reciben cuidados de salud, manifestándose sustancialmente más en las hospitalizadas y en los que residen en residencia o instituciones para personas mayores, pudiendo llegar al 40% aquellas que presentan síntomas y señales de depresión [52].

Las situaciones de soledad no deseada en las personas mayores pueden tener un impacto significativo en su salud mental y bienestar [53]. La soledad no deseada puede ser especialmente pronunciada en este grupo de la población debido a diversos factores, como la jubilación, la pérdida de seres queridos, la movilidad reducida, la salud física, el deterioro cognitivo y los cambios en las relaciones sociales.

5.3. Recursos de atención a la salud mental

Las personas con necesidad de seguimiento en salud mental en la Comunidad de Castilla y León disponen de los siguientes recursos y dispositivos propios del sistema sanitario [54]. Ver tabla sobre recursos y dispositivos por área en el **Anexo**.

Recursos en Régimen Ambulatorio

- 1. Equipos de Atención Primaria (EAP).** Se configuran como la puerta de entrada y proporcionan una primera atención y valoración a las personas con problemas de salud mental. Cuando la intensidad, complejidad o duración del trastorno, sobrepasa la capacidad de atención de los equipos de AP y requieren de atención ambulatoria especializada son derivadas al equipo de salud mental correspondiente.
- 2. Equipos de Salud Mental (ESM).** Son servicios especializados de carácter multidisciplinar que se constituyen como eje de articulación y prestación de servicios asistenciales psiquiátricos en cada Área de Salud. Realizan diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los trastornos mentales en régimen ambulatorio y asesoría a los equipos de AP y a otros profesionales de los servicios sociales y educación, principalmente.

Se accede principalmente a través de AP (médico de AP [MAP] o pediatra, según corresponda por edad), aunque pueden remitirse excepcionalmente desde otros dispositivos especializados.

Dependiendo de la edad de los pacientes distinguimos entre ESM de adultos y ESM infanto-juvenil (para menores de 18 años).

Recursos en Régimen Ambulatorio Intermedio

- 3. Hospitales de Día Psiquiátricos (HDP).** Son recursos asistenciales intermedios entre la comunidad y las unidades de hospitalización breve (UHB) psiquiátricas de los hospitales generales, a las que están adscritos. Estos dispositivos prestan un tratamiento alternativo a la hospitalización convencional, evitando, en la medida de lo posible, la separación de la persona en tratamiento de su medio familiar y social. Por otra parte, ofertan planteamientos terapéuticos más intensivos y continuados que los que habitualmente realizan los ESM y proporcionan soporte, supervisión y monitorización en la transición de casos del hospital al domicilio, con una adaptación progresiva a la vida comunitaria.

Se accede a través de los ESM o de las UHB psiquiátricas cuando las características clínicas del paciente requieran de una intervención más inten-

siva en un medio ambulatorio pero menor que en el medio hospitalario.

En función de la edad de los pacientes también distinguimos entre HDP de adultos para mayores de 18 años, y los HDP infanto-juveniles, para menores.

- 4. Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS).** Son dispositivos de media/larga estancia que ofrecen, en régimen ambulatorio, programas de rehabilitación psicosocial a las personas con enfermedad mental grave y prolongada que tienen dificultades de integración familiar, social y/o laboral, con el objetivo de rehabilitar los déficits psicosociales recuperables y mejorar la autonomía del paciente.

Son remitidos desde los ESM o, excepcionalmente desde las Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica.

Recursos en Régimen de Hospitalización

- 5. Unidad de Hospitalización Breve (UHB) psiquiátricas.** Realizan diagnóstico, tratamiento y cuidados asistenciales en régimen de hospitalización, a personas mayores de 18 años con patología psiquiátrica, en situación de crisis o descompensaciones agudas. Su estancia es breve (entre 10 y 20 días).

Pueden ingresar vía urgente o programada y de carácter voluntario o con autorización judicial.

- 6. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil (UHP IJ).** Atiende a niños y adolescentes menores de 18 años con patología psiquiátrica que requieren de observación, diagnóstico, tratamiento y cuidados asistenciales en régimen de hospitalización. Actúan como consultoría a ESM infanto-juveniles, Pediatría y AP, así como a profesionales del ámbito de los Servicios Sociales y del Sistema Educativo. Es un dispositivo de estancia breve (entre 10 y 20 días). La unidad existente es de referencia regional.

Con esta Unidad, la Comunidad Autónoma se ajusta a lo establecido en la Ley de Enjuiciamiento Civil de enero de 2000 establece en el artículo 763 que “el internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento mental adecuado a su edad” y que la Ley General de Sanidad, Ley 14/1986, de 25 de abril, en su capítulo III (“De la Salud Mental”), artículo 20, señala que “...se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil” [55].

Se accede a través del Protocolo de derivación de los ESM IJ de cada Área, a través del Servicio de Urgencias o del Servicio de Psiquiatría de cada

Área en caso de que el paciente hubiera sido ingresado en su Hospital de Referencia. Su ingreso requiere siempre de una autorización judicial por tratarse de menores.

- 7. Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (URTA).** Ofrece una atención en régimen de hospitalización específica para este trastorno en la que se realiza una valoración y posterior planificación del tratamiento a largo plazo. Existe una Unidad de Referencia Regional, pendiente de adaptarse para ser exclusivamente para menores de 18 años.
- 8. Unidad de Desintoxicación Hospitalaria.** Ofrece desintoxicación y tratamiento orientado a la abstinencia del consumo de drogas en régimen de hospitalización breve (15 a 25 días). La Unidad es de referencia regional.

Los pacientes son derivados desde los Centros de Atención a los Drogodependientes a través del Comisionado Regional para la Droga, desde los ESM o UHP.

- 9. Unidad de Patología Dual: Drogodependencia y Enfermedad Mental.** Dispositivo cuyo objetivo general es el tratamiento y control sintomatológico de la patología psiquiátrica de pacientes psiquiátricos (trastornos esquizofrénicos, trastornos bipolares, etc.) en personas que además presentan un consumo de sustancias tóxicas que originan cuadros de abuso y/o dependencia. Se ofrece asistencia para la desintoxicación y tratamiento orientado a la abstinencia del consumo de drogas. La Unidad es de referencia regional.

Estos pacientes proceden de los ESM o de las UHP.

- 10. Unidad de Patología Dual: Discapacidad Intelectual y Enfermedad Mental.** Para pacientes con enfermedad mental y/o trastornos de conducta altamente disruptivos y discapacidad intelectual. Entre sus objetivos se encuentra el tratamiento y remisión de la sintomatología, y la estabilización clínica de la persona con el fin de mejorar su calidad de vida y favorecer su reincorporación al centro de procedencia o al domicilio. Es una Unidad de Referencia Regional.

La derivación se realiza desde o a través de los ESM de la Comunidad y UHP.

- 11. Unidades de Convalecencia Psiquiátrica (UCA).** Constituyen servicios hospitalarios de media estancia (de 1 a 3 meses) para el tratamiento de procesos subagudos cuando se ha resuelto de

manera incompleta un cuadro clínico agudo y precisan de una estancia hospitalaria más prolongada. Trabajan para la estabilización clínica completa del paciente antes de regresar a su domicilio o de ingresar en otro dispositivo de la Red.

Pueden provenir tanto de las UHP como desde los ESM.

12. Unidad de Desintoxicación Hospitalaria. Ofrece desintoxicación y tratamiento orientado a la abstinencia del consumo de drogas en régimen de hospitalización breve (15 a 25 días). La Unidad es de referencia regional.

Los pacientes son derivados desde los Centros de Atención a los Drogodependientes a través del Comisionado Regional para la Droga.

13. Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica (URP). Dirigidos a pacientes con enfermedad mental grave y prolongada con un deterioro mental para un adecuado funcionamiento interpersonal, social y laboral, recuperables que requieren estructura y contención externa, donde reciben un tratamiento multidisciplinar, dirigido a su rehabilitación con el fin alcanzar la adquisición y/o recuperación de habilidades y competencias necesarias para asegurar el funcionamiento del paciente en la comunidad en las mejores condiciones de normalización y calidad de vida posibles.

Se accede desde los ESM, UHP, UCP y CRPS.

14. Unidades Residenciales de Cuidados Continuos. Ofertan cuidados sanitarios continuados y supervisión conductual a pacientes crónicos con años de evolución, discapacidades graves y elevada dependencia que, tras múltiples intentos terapéuticos para lograr su inserción comunitaria, no han adquirido habilidades suficientes para alcanzar una autonomía que les permita residir en la comunidad. Una de las unidades es de referencia regional.

El acceso a estos dispositivos, y la derivación desde ellos, se produce desde los ESM o las URP.

Recursos Comunitarios

Sanitarios

Pisos terapéuticos. Constituyen una vivienda de transición para los pacientes dados de alta en las URH y para aquellos que requieren una supervisión para vivir con cierta autonomía dentro de la comunidad. Forman parte de la RSM, y la derivación a los mismos se realiza desde los dispositivos rehabilitadores públicos de SACYL.

Sociales

Complementan a los anteriores, exclusivamente sanitarios. Es preciso que la persona se encuentre empadronada y resida en un municipio de Castilla y León, y tener solicitada o reconocida la situación de dependencia. Se accede a través de la propuesta de Equipo Mixto, integrado por profesionales del Sistema de Servicios Sociales y de Salud Mental, según el Modelo de Proceso Integrado de atención sociosanitaria a personas con discapacidad por TMG.

- **Centros de Día.** Ofrecen una atención integral y continuada durante el periodo diurno a las personas con discapacidad psicosocial, promoviendo su autonomía y potenciando sus capacidades. Comprende fundamentalmente las siguientes actuaciones: promoción de la autonomía personal, prevención de la dependencia, inclusión y facilitación de la permanencia en su entorno habitual y en la comunidad, colaboración en el mantenimiento y/o mejora del nivel de salud, apoyo social a las familias y asesoramiento, desarrollo de habilidades ocupacionales, laborales y sociales que faciliten su integración sociolaboral.
- **Servicio de Asistencia Personal.** Se trata de un servicio profesionalizado de apoyo a las personas en situaciones de dependencia para desarrollar su proyecto de vida conforme a sus necesidades, intereses y expectativas. Entre otras, comprende como actuaciones las tareas personales, apoyo en el hogar, acompañamiento social o laboral, supervisión y coordinación y apoyo en la capacidad de comunicación
- **Servicio de Promoción de la Autonomía Personal.** Son un conjunto de actuaciones que tienen por finalidad desarrollar y mantener la capacidad personal de controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias y facilitar la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria. Incluye: Servicio de habilitación y TO, Servicio de estimulación cognitiva, Servicio de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional, y Servicio de habilitación psicosocial.
- **Itinerarios de Empleo.** Apoyo técnico a personas con discapacidad psicosocial para promover la adecuada cobertura de sus necesidades básicas y autonomía personal en el ámbito laboral. Incluyen diferentes acciones: valoración de las capacidades, diseño y seguimiento del itinerario de empleo y previsión de los apoyos, el acceso a la formación y el empleo, y prospección e intermediación laboral.
- **Mini Residencias.** Residencias con un máximo de 40 plazas para personas de entre 18 y 65 años con discapacidad por enfermedad mental grave, prolongada y estabilizada, en situación de dependen-

cia y un grado de minusvalía superior al 33% que carezcan de familia o que ésta no pueda atenderles de forma temporal o permanente. El objetivo del dispositivo es favorecer la recuperación, con una atención las 24 horas del día y teléfono de guardias para el resto de los recursos.

- **Viviendas supervisadas.** Viviendas dirigidas a personas entre 18 y 65 años, con discapacidad por enfermedad mental grave y prolongada en situación de dependencia, estabilizados psicopatológicamente y con un nivel de autonomía personal y social que no requiera una supervisión continua, no mostrando patrones de conducta agresiva y/o peligrosa ni consumo de drogas.

Otros recursos y dispositivos

Si bien no son gestionados desde el sistema público de salud, de ellos pueden beneficiarse también las personas con problemas de salud mental:

- **Programa de Viviendas y apoyos para la vida independiente.** Son viviendas que, además de proporcionar soporte de habitabilidad y de normalidad en sus vidas, ofrecen itinerarios personalizados de inserción sociolaboral para personas con discapacidad (en este caso, por motivos de enfermedad mental) con la finalidad de favorecer su incorporación y mantenimiento del empleo y su integración plena en la comunidad de una manera independiente.
- **Red de Asistencia a Drogodependencias (RAD).** El Sistema de Asistencia e Integración Social del drogodependiente (SAISDE), regulado en la Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social del Drogodependiente de Castilla y León, se configura como una red asistencial de utilización pública diversificada. En este Sistema se integran de forma coordinada centros y servicios generales, especializados y específicos del Sistema Sanitario Público y del Sistema de Acción Social, estructurados en tres niveles y complementados con recursos privados debidamente acreditados:
 - › El primer nivel de intervención está constituido por los equipos de AP, los centros de acción social y por programas desarrollados por Asociaciones de ayuda y auto ayuda y otras entidades.
 - › El segundo nivel está constituido por centros específicos acreditados de atención ambulatoria a drogodependientes, ESM de Distrito, unidades de psiquiatría de hospitales generales, programas de rehabilitación en régimen intermedio, hospitales generales y centros y programas acreditados de tratamiento con sustitutivos opiáceos.

- › Por último, el tercer nivel está constituido por centros y servicios, con ámbito de actuación regional: unidades de desintoxicación hospitalaria y comunidades terapéuticas acreditadas.

Los recursos específicos del Sistema de Asistencia e Integración Social del drogodependiente son financiados por la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades a través del concierto social y otras vías, no formando parte del sistema sanitario público.

- **Red de Atención a personas en situación de exclusión social.** Dispensa atenciones de primer nivel en materia de inclusión social, como información, valoración, orientación y planificación de caso, las actuaciones preventivas y comunitarias y aquellas dirigidas a la cobertura de necesidades básicas.
- **Asociaciones de pacientes y familias.** Se trata de organizaciones sin ánimo de lucro que representan y defienden los derechos e intereses de las personas afectadas por un problema de enfermedad mental. Estas asociaciones pueden constituirse en federaciones y confederaciones con el fin de potenciar la defensa de sus intereses y para conseguir mayor representación y participación en las decisiones que les afecten.

METODOLOGÍA

Para determinar los puntos clave de la Estrategia, se envió una encuesta *online* sobre priorización de actuaciones en salud mental a profesionales del sistema de salud de Castilla y León, principalmente de Salud Mental y AP, así como de otras Administraciones, del tercer sector y a pacientes y familiares. La encuesta tuvo una participación de 500 individuos y representación de todas las áreas y perfiles profesionales de Salud Mental. De sus conclusiones se configuraron las líneas de trabajo que son la guía de la presente Estrategia. Al mismo tiempo, sirvió también para ofrecer la posibilidad de proponerse como participantes activos en la elaboración de la misma.

Posteriormente se creó un grupo de trabajo inicial formado por los 11 jefes de Servicio de Psiquiatría y Salud Mental de SACYL, posicionándose como responsables de las Líneas Estratégicas. Este grupo realizó un análisis de situación de partida, dando como resultado un Análisis DAFO (Anexo 2), y que se constituyó como guía hacia donde debía ir la Estrategia para avanzar en la salud mental de nuestra Comunidad.

Posteriormente, los jefes de Servicio lideraron a cada uno de los grupos que trabajaron en las Líneas Estratégicas. Éstos estaban configurados por profesionales de los cinco perfiles profesionales sobre los que se basa la Estrategia, así como otras personas de reconocido prestigio y con trayectoria profesional, para determinar los objetivos y acciones que componen la Estrategia.

La estrategia se articula en 7 Líneas Estratégicas o de Acción que por orden de prioridad en la encuesta fueron las siguientes:

1. Conductas suicidas
2. Trastorno mental común y atención primaria
3. Salud mental en la infancia y la adolescencia
4. Trastorno mental grave
5. Trastorno mental y adicciones
6. Salud mental en grupos de mayor vulnerabilidad
 - a. Discapacidad intelectual
 - b. Personas en exclusión social
 - c. Personas con diversidad de identidad de género
 - d. Trastornos mentales y violencia de género
7. Salud mental de las personas mayores

A su vez, se determinaron 5 líneas transversales, que también por orden de prioridad de la encuesta, son las que siguen:

1. Humanización de la atención a la salud mental
2. Promoción de la salud mental y prevención de los problemas de salud mental
3. Continuidad asistencial y coordinación
4. Digitalización y sistemas de información
5. Gestión del conocimiento

Una vez elaborado el contenido principal se procedió a la unificación y revisión de todas las Líneas elaborándose un primer borrador que fue enviado a todos los participantes de los grupos, así como a entidades del tercer sector y colegios profesionales relacionados con la salud mental para su revisión y propuesta de alegaciones. Finalmente, el documento pasó por audiencia pública antes de su edición definitiva.

El Servicio de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Cuidados Paliativos, de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización dio apoyo técnico a los grupos de tal manera que colaboró en una visión global que permitiera conseguir homogeneidad en la Estrategia.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

1. Conductas suicidas

INTRODUCCIÓN

La Estrategia de Prevención de las Conductas Suicidas de Castilla y León identifica el suicidio como un problema de alta prioridad para la salud pública, situándose de 2019 a 2022 como primera causa de muerte externa en nuestro país y en Castilla y León, por delante de los accidentes de tráfico y situándose como primera causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años.

La OMS reconoce el suicidio como un problema de alta prioridad para la salud pública, alentando a todos los países a desarrollar estrategias de prevención e insta a todos los estados miembros, a través de su Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 (extendido hasta 2030) a comprometerse a reducir las tasas nacionales de mortalidad por suicidio en un 10% para el año 2023. La OMS estimaba en 2019 que alrededor de 700.000 personas se suicidan cada año en el mundo, con una tasa mundial de mortalidad de 9/100.000 habitantes/año [56]. Las tasas de suicidio varían ampliamente en los distintos países, y regiones socioeconómicas, con unas tasas más altas en regiones europeas, sur asiáticas y africanas, mientras que las más bajas se encuentran en la región mediterránea del este. A pesar de que el informe de la OMS había reportado un descenso generalizado de las tasas de suicidio con la excepción de las Américas entre 2000 y 2019, con un descenso global del 36%, tras el periodo de la pandemia por COVID-19 han surgido dudas sobre el efecto de esta en las tasas de mortalidad. A pesar de pequeños movimientos porcentuales y efectos locales, la conclusión inicial de la OMS en 2021 fue que la pandemia incrementó las conductas suicidas (ideación y tentativas) pero no había evidencias suficientes para afirmar un efecto en el incremento de mortalidad por suicidio [57].

La diferencia entre géneros es patente con una razón media estimada a nivel mundial de 2,3:1 (hombre/mujer) razón que varía ampliamente entre países [56], mientras que las conductas de tentativa son observadas con más frecuencia en mujeres.

En Castilla y León, según datos oficiales del INE [58], las tasas de mortalidad por suicidio entre los años 2004 y 2019 no superaron el 9,05 por 100.000 habitantes, mientras que a partir del año 2020 se situaron en 9,49 (4,19 en mujeres y 14,93 en hombres), en 2021 fue de 9,89 (5,62 en mujeres y 14,30 en hombres) y en 2022 alcanzó el 10,19 (5,23 en mujeres y 15,30 en hombres), constituyéndose como la tasa más alta en lo que va de siglo. Cabe destacar, además de este impacto en la mortalidad que continúa siendo una prioridad la relevancia que supone el grupo de edad de personas jóvenes como la segunda franja de edad con mayor riesgo junto con los mayores.

1.1. Humanización de la atención a la salud mental

OBJETIVO GENERAL:

Garantizar una asistencia a las personas que presentan conductas suicidas con un trato humano centrado en la persona y con respeto a sus valores, creencias y preferencias, erradicando el estigma, prejuicios y falsos mitos asociados a la conducta suicida y la salud mental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 1. Mejorar el trato y actitud recibida por las personas atendidas por cualquier conducta suicida en los distintos recursos de salud mediante la reducción de las actitudes de estigma y prejuicios y promoviendo un trato justo centrado en los valores y necesidades de la persona.

Acción 1.1: Promover, divulgar e implantar un procedimiento y decálogo de información para el trato humano, respetuoso y centrado en los valores en los distintos dispositivos ámbitos y profesionales que están involucrados en la atención a personas con conducta suicida.

Objetivo 2. Mejora la información sobre el suicidio y erradicar las falsas creencias y mitos en la población general.

Acción 2.1: Elaboración de una guía dirigida a los medios de comunicación de la Comunidad para informar de forma responsable de forma segura sobre el suicidio, realizando monitorizaciones periódicas sobre la información publicada y propuestas de mejora con los resultados.

1.2. Promoción de la salud mental y prevención

OBJETIVO GENERAL:

Ejecutar la Estrategia de Prevención de la Conducta Suicida en Castilla y León (2021-2025) para reducir al mínimo el riesgo de suicidio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 3. Intervenir de forma proactiva en personas en que identifique riesgo de suicidio por presentar conducta suicida en forma de ideación, planificación o tentativas.

Acción 3.1: Actualización del “Proceso de prevención y atención a la conducta suicida en Castilla y León”, que garantice el conocimiento de todos los profesionales intervinientes, la práctica de planes de seguimiento individualizados en todos los casos de riesgo elevado de suicidio y la elaboración del plan de seguridad.

Objetivo 4. Establecer intervenciones específicas en los programas de seguimiento y atención a las personas con circunstancias vitales que impliquen mayor riesgo de acometer conductas autolíticas.

Acción 4.1: Determinación de criterios para la identificación del riesgo suicida en personas con diagnóstico de TMG y aquellos que han sufrido un estrés postraumático (pérdida de un familiar -especialmente si ha sido por suicidio-, maltrato infantil, violencia de género, agresión sexual, acoso, entre otros), aislamiento o soledad no deseada.

Acción 4.2: Elaboración de Guías y Protocolos sobre actuaciones de profesionales del ámbito sanitario (Emergencias, AP y Hospital) en situación de

crisis con señales de posibles conductas suicidas inminentes, con perspectiva de género.

1.3. Continuidad asistencial y coordinación

OBJETIVO GENERAL:

Atender de una manera coordinada, con los profesionales de Salud Mental como ejes de la misma, las situaciones y riesgo de conductas suicidas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 5. Potenciar la intervención multidisciplinar y coordinada de los profesionales de los servicios de psiquiatría y salud mental con otros implicados en la prevención y atención de las conductas suicidas.

Acción 5.1: Elaboración de Protocolos de Coordinación para la identificación del riesgo de suicidio en personas atendidas por otras especialidades hospitalarias (Oncología, Cuidados Paliativos, Neurología y otras), tratamiento y seguimiento individualizado en todos los casos de riesgo moderado/elevado de suicidio tras el alta en urgencias o en las UHB psiquiátricas.

Acción 5.2: Instauración y divulgación de un modelo básico de coordinación funcional entre los servicios de salud y otros sistemas de atención a la ciudadanía (Servicios Sociales, Educación, Justicia y Tercer Sector, entre otros), tanto para la atención rápida y eficaz de aquellas personas que llevan a cabo un intento autolítico o autolesivo, como para los allegados y círculo cercano tras tentativas autolíticas o suicidios consumados a través de la “figura de enlace”.

1.4. Digitalización y sistemas de información

OBJETIVO GENERAL:

Garantizar un sistema de información y registro de datos integrado en la HCE del sistema sanitario que permita una comunicación efectiva, una atención ágil y que facilite el seguimiento epidemiológico y la gestión de resultados sobre los servicios e intervenciones realizadas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 6. Crear un sistema de vigilancia sobre el suicidio y la conducta suicida en la Comunidad de Castilla y León.

Acción 6.1: Creación de un sistema de registro único y compartido que permita identificar de forma

unívoca, compartida entre niveles asistenciales sanitarios y distintos profesionales de forma sincrónica.

Objetivo 7. Optimizar la recopilación de datos como herramienta para su análisis y aplicación para la prevención de las conductas suicidas.

Acción 7.1: Mejora en la cumplimentación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), en MEDO-RA, incluirlo en JIMENA y en el sistema de información de emergencias en los casos de tentativas y de suicidios consumados, y de los registros específicos de conductas suicidas recopilando información relevante de los fallecimientos por suicidio (tales como localización, medios utilizados, o profesión).

1.5. Gestión del conocimiento

OBJETIVO GENERAL:

Fomentar la formación en la detección, atención, manejo y seguimiento de conductas e ideaciones autolíticas y favorecer y desarrollar la investigación en factores etiológicos relacionados con el suicidio, su epidemiología, tratamiento y nuevos desarrollos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 8. Capacitar a los profesionales y sociedad para la detección, atención, manejo y seguimiento de personas en riesgo de suicidio y mejorar los sistemas de vigilancia y la información sobre tentativas y suicidios.

Acción 8.1: Inclusión de contenidos específicos sobre la prevención del suicidio y su postvención en los programas de formación continuada para profesionales de la salud (AP, emergencias sanitarias, servicios de urgencias hospitalarios, psiquiatría y salud mental).

Acción 8.2: Oferta formativa a profesionales que trabajan con sectores de población que pueden desencadenar conductas suicidas para anticiparse a ellas y mejorar el manejo en situaciones críticas, incluidas las fuerzas y cuerpos de seguridad.

Acción 8.3: Educación a personas en riesgo de acometer conductas suicidas y familiares y/o personas cuidadoras para la identificación de síntomas de alarma.

Objetivo 9. Fomentar la investigación epidemiológica, clínica y social para mejorar la evidencia sobre la conducta suicida, conocer mejor los factores asociados a la misma y su prevención.

Acción 9.1: Revisión multidisciplinar (investigación post-incidente) sobre los casos de suicidio consumado con el objetivo de evaluar la actuación de los servicios de atención y proponer medidas de mejora a todos los recursos implicados.

Acción 9.2: Investigación en conocimiento epidemiológico del suicidio en Castilla y León, evaluación de las intervenciones en los distintos niveles asistenciales, monitoreo de las nuevas evidencias sobre la efectividad del tratamiento psicoterapéutico y farmacológico, y evaluación de la evidencia y efectividad de intervenciones de prevención después de una tentativa.

2. Trastorno mental común y atención primaria

INTRODUCCIÓN

La AP constituye el eje de la atención sanitaria con un enfoque bio-psico-social y con una atención integral y longitudinal a lo largo de la vida de las personas. Los profesionales de AP coordinan la atención a las personas, con actividades de promoción de la salud y educación sanitaria, prevención de la enfermedad, atención a las patologías agudas y crónicas, control de la evolución de la enfermedad crónica, supervisión y ajuste de tratamientos, rehabilitación tras procesos que originan secuela o deterioro, acompañamiento y alivio de los síntomas en situaciones de enfermedad avanzada y seguimiento en todas las situaciones de riesgo que se presentan en la vida.

La prevalencia de los trastornos mentales en AP es muy alta. El malestar emocional de las personas abarca todos aquellos problemas de salud mental de menor intensidad, siendo los más frecuentes la ansiedad, la depresión menor, el insomnio y los trastornos adaptativos. Estas afecciones constituyen la tercera causa de consulta en AP y una de las causas más frecuentes de incapacidad temporal en la persona adulta [59-61]. Por ello, los trastornos mentales más prevalentes tienen un importante reflejo en la cartera de servicios, siendo su papel también fundamental en la captación y seguimiento de las patologías más graves, al igual que se realiza con el resto de las patologías orgánicas [60, 62-64].

2.1. Humanización de la atención a la salud mental

OBJETIVO GENERAL:

Garantizar los derechos y preferencias de las personas con trastorno mental común en el ámbito de AP y su relación con la RSM, facilitando la accesibilidad y reduciendo el estigma.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 1. Garantizar la accesibilidad de los ciudadanos a los recursos de salud mental.

Acción 1.1: Acercamiento de la atención de personas con trastornos mentales en áreas rurales a través de la telepresencia y la coordinación de profesionales de AP y Salud Mental.

Objetivo 2. Erradicar el estigma de los trastornos mentales en AP empoderando a las personas usuarias respecto a su dignidad, responsabilidad y participación en la toma de decisiones sobre su diagnóstico de trastorno mental.

Acción 2.1: Realización de programas de sensibilización para combatir el estigma hacia los problemas de salud mental entre los profesionales de salud en todos los centros de salud de AP.

2.2. Promoción de la salud mental y prevención

OBJETIVO GENERAL:

Promover la salud mental en la población y prevenir el trastorno mental común en AP, tanto en entornos comunitarios como institucionales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 3. Promover la salud mental en AP trabajando la desmedicalización en los procesos cotidianos cuando sea posible y trabajando otros activos de bienestar emocional.

Acción 3.1: Promoción de programas comunitarios dirigidos a la población en los centros de salud sobre el manejo emocional y del estrés.

Acción 3.2: Implementación de actividades grupales de educación para la salud mental y atención a sus malestares donde se trabaje la parentalidad positiva, vínculo de apego, buenos tratos y prevención de violencias, buen uso de las TIC, entre otras

Objetivo 4. Prevenir los problemas asociados a la salud mental más prevalentes en AP de una manera temprana y multidisciplinar, en colaboración y/o coordinación entre las Administraciones y con las asociaciones de personas con problemas de salud mental y familiares.

Acción 4.1: Elaboración y ejecución de un Plan de Prevención de Trastornos Mentales Comunes en AP en conexión con servicios sociales, educación y el tercer sector en todas las etapas vitales de las personas.

Acción 4.2: Detección precoz de problemas de salud mental ante circunstancias vitales que impliquen mayor riesgo.

2.3. Continuidad asistencial y coordinación

OBJETIVO GENERAL:

Asegurar la continuidad asistencial a las personas atendidas por problemas de salud mental tanto para el tratamiento del trastorno mental común, como para el seguimiento compartido del TMG.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 5. Promover la atención de salud mental integrada en la AP de Salud y la coordinación entre ambos niveles asistenciales, especialmente en la zona rural.

Acción 5.1: Implementación progresiva de la atención psicológica en AP con la promoción de programas de soporte emocional y de apoyo a las necesidades de los pacientes.

Acción 5.2: Acercamiento de los profesionales de salud mental a los centros de salud, ya sea física o telemática, en función de la demanda asistencial, favoreciendo su continuidad y cuidados entre ambos niveles.

Acción 5.3: Implementación de actuaciones de coordinación entre AP y salud mental para asesoramientos rápidos en AP y fomentar su cooperación y seguimiento conjunto.

Objetivo 6. Coordinar las intervenciones clínicas y sociales para la prevención de la cronicidad en el trastorno mental común.

Acción 6.1: Seguimiento de los pacientes de salud mental mediante trabajo coordinado y relación fluida intra y entre niveles asistenciales sociales y sanitarios, promoviendo la gestión de caso, los procesos clínicos, responsabilidades y reuniones de coordinación.

Acción 6.2: Mejora del proceso asistencial a través del conocimiento de los factores que influyen en el estado de salud, con la aplicación de los Código Z en los diagnósticos.

Acción 6.3: Conocimiento de programas específicos, recursos y cartera de servicios de salud mental en AP y servicios sociales para el abordaje del trastorno mental común desde AP.

Objetivo 7. Coordinar las actuaciones de salud mental en AP de manera eficaz y eficiente con los servicios sociales, garantizando un acceso adecuado a los recursos en función de las necesidades individuales.

Acción 7.1: Desarrollo de un programa de accesibilidad a la RSM a las personas usuarias de los servicios sociales, especialmente a aquellos institucionalizados que puedan tener dificultades de acceso a los recursos especializados de salud.

Acción 7.2: Puesta en marcha de reuniones periódicas entre profesionales de servicios de psiquiatría y salud mental con los de equipos de AP y servicios sociales.

2.4. Digitalización y sistemas de información

OBJETIVO GENERAL:

Fomentar el desarrollo de un sistema de información entre los niveles asistenciales sanitarios que garantice la comunicación, la información compartida de la historia clínica y el registro para conseguir una atención más accesible, equitativa, eficiente y basada en la evidencia de personas con problemas de salud mental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 8. Incorporar en la HCE el conjunto de datos mínimos de los indicadores de salud mental y malestar emocional que puedan ser registrados, compartidos y extraídos por los profesionales de los niveles asistenciales sanitarios.

Acción 8.1: Elaboración y alineamiento de datos mínimos e indicadores a recoger y extraer de la HCE a la Estrategia de Salud Mental de CYL, Nacional y de la OMS.

Objetivo 9. Implementar sistemas de información de apoyo a usuarios y profesionales de AP que favorezcan la atención a los problemas emocionales y la asistencia del trastorno mental común de los ciudadanos, especialmente para las personas que viven en el medio rural.

Acción 9.1: Instauración de un programa de telesalud mental que permita la atención urgente a personas con problemas de salud mental y la consultoría de los profesionales de AP dirigido prioritariamente a los centros de salud en la zona rural.

Acción 9.2: Facilitar el acceso de los profesionales de salud mental que se desplacen a Zonas Básicas de Salud a la HCE de SACYL y a los recursos

sociosanitarios de discapacidad, menores, personas mayores y otros de la zona.

Acción 9.3: Estudio y desarrollo en cada zona básica de salud (ZBS) de tecnologías de probada eficacia con utilidad en el abordaje de los trastornos mentales comunes desde la red de AP.

2.5. Gestión del conocimiento

OBJETIVO GENERAL:

Fomentar la formación de profesionales de AP y la investigación e innovación en el área de los trastornos mentales comunes en AP.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 10. Proporcionar formación de los profesionales de AP Sanitarios, de Servicios Sociales Básicos, de centros educativos y todos aquellos que trabajen con la población en el nivel comunitario (entidades del tercer sector), así como a la población afectada sobre la detección de los problemas mentales y en su intervención.

Acción 10.1: Puesta en marcha de programas de formación permanente y de encuentros formativos para los profesionales del ámbito comunitario (en salud, servicios sociales, educación y entidades del tercer sector, principalmente), personas con problemas de salud mental y familiares, relativos a las patologías comunes más prevalentes, detección e intervención en las personas sobre las que actúen.

Acción 10.2: Implementación de programas psicoeducativo y de apoyo emocional para personas cuidadoras de personas dependientes con patologías crónicas, paliativas o mentales como medida preventiva de la aparición de problemas de salud mental para ellas.

Acción 10.3: Puesta en marcha de un programa de soporte emocional para los profesionales que trabajan con personas en situación de vulnerabilidad social y sanitaria que prevenga el burnout y la sobrecarga emocional, y que favorezca la reincorporación laboral en el menor tiempo posible cuando se encuentren en situación de incapacidad temporal.

Objetivo 11. Promover la investigación y la innovación en la atención a personas con trastornos mentales comunes en materia de cogestión y coordinación entre AP y hospitalaria de psiquiatría y salud mental y de éstos con otros sistemas de primer nivel de atención.

Acción 11.1: Promoción y financiación de proyectos de investigación compartidos entre profesionales sanitarios (de AP y de Salud Mental), sociales, educativos y del tercer sector.

3. Salud mental en la infancia y la adolescencia

INTRODUCCIÓN

La infancia y la adolescencia son etapas cruciales en el desarrollo humano, pudiendo surgir una serie de desafíos y problemas que requieren una atención especializada. Según señala la OMS, uno de cada siete adolescentes de 10 a 19 años (14%) padece algún trastorno mental [65]. La literatura científica señala de manera consistente que los trastornos mentales de inicio en estas edades y que no son debidamente diagnosticados o tratados tienden a cronificarse en la edad adulta.

Los niños y adolescentes con trastornos mentales son particularmente vulnerables a sufrir las consecuencias de la pobreza, exclusión social, discriminación, problemas de estigmatización, dificultades educativas, comportamientos de riesgo, mala salud física y violaciones de derechos, entre otras circunstancias.

En los últimos años, han surgido nuevos problemas en la infancia y adolescencia como el abuso y dependencia a las nuevas tecnologías, la victimización como consecuencia del impacto ante el acceso a contenidos inadecuados, el uso de redes sociales para el hostigamiento, la difusión de informaciones deliberadamente falsas, o la suplantación de identidad. Por otro lado, el suicidio es raro en la infancia, pero cuando sucede presenta consecuencias dramáticas dadas las características de dicha población.

La nueva especialidad en 'salud mental de la infancia y la adolescencia en psiquiatría' supone un reto docente para la comunidad y para el sistema de formación para los MIR, que exige un impulso a la formación y la investigación.

Además, el constante cambio evolutivo que se experimenta durante la infancia y la adolescencia hace que el abordaje de la salud mental infanto-juvenil, deba hacerse desde un enfoque dinámico y específico. Es necesario disponer de los procedimientos necesarios para dar respuesta a los problemas y dificultades que puedan surgir.

Todo ello hace imprescindible la articulación de una línea específica dentro de la Estrategia que se presenta.

3.1. Humanización de la atención a la salud mental

OBJETIVO GENERAL:

Garantizar el respeto de los derechos y preferencias y mejorar el trato humano y sensibilidad en los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental de la infancia y adolescencia, a través de la adaptación a la práctica clínica en la atención a menores al Plan de Humanización en Salud Mental de Castilla y León.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 1. Fomentar entornos terapéuticos humanizados y amables para los menores y sus familias, limitando al máximo las medidas coercitivas, que se aplicarán exclusivamente a aquellos casos en los que pueda existir un riesgo para la propia salud del menor o la de terceras personas.

Acción 1.1: Adaptación de salas y espacios adecuados en todos los dispositivos de atención en salud mental a los niños y adolescentes, alternativos a la contención mecánica, que favorezca un entorno terapéutico, libres de estímulos; con un diseño que permita reducir el estrés, la agitación o la agresividad, y que garanticen la seguridad del paciente, del resto de pacientes y del personal, así como su bienestar.

Objetivo 2. Garantizar el cumplimiento de la legislación vigente respecto al derecho de la infancia y la adolescencia a ser escuchada y sensibilizar a la comunidad, especialmente para el ámbito educativo, sobre los síntomas de los problemas de salud mental, tratando de combatir la estigmatización, contemplando los prejuicios, discriminaciones o estereotipos asociados a la salud mental.

Acción 2.1: Creación de materiales visuales divulgativos y de sensibilización sobre la existencia del estigma y sus efectos, para su difusión en instituciones municipales, educativas y comunitarias.

3.2. Promoción de la salud mental y prevención

OBJETIVO GENERAL:

Impulsar la detección temprana de los primeros síntomas de los trastornos mentales desde la perinatalidad, la población infantil y adolescente que permita un tratamiento precoz, reducir el tiempo de enfermedad activa, reducir secuelas en la funcionalidad y riesgo de peor recuperación, y que mejore la calidad de vida en las diferentes etapas de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 3. Mejorar y optimizar la detección precoz de los trastornos del neurodesarrollo (trastorno del espectro autista [TEA], trastorno de déficit de atención e hiperactividad [TDAH] y discapacidad intelectual [DI]) y de los TMG para poder establecer intervenciones precoces y conjuntas con otros servicios, a fin de mejorar su pronóstico.

Acción 3.1: Desarrollo e implementación de programas de perinatalidad, atención temprana, protocolos, procesos, guías o documentos del sistema sanitario para la detección precoz y abordaje de los trastornos del neurodesarrollo.

Acción 3.2: Elaboración e instauración de un programa específico de prevención e intervención en TMG en la infancia y adolescencia, coordinado por Salud Mental y Pediatría de AP, en el cual se contemple la comunicación rápida de signos de alarma.

Objetivo 4. Abordar los trastornos del comportamiento y del trauma temprano relacional en sus diferentes vertientes (reacción de adaptación, trastorno adaptativo, trastorno estrés postraumático, trauma y disociación) de forma precoz, haciendo especial énfasis en los menores involucrados en la violencia intrafamiliar, identificando e interviniendo sobre situaciones de abuso, violencia, maltrato o vulnerabilidad, tanto en materia de violencia infantil como de género, por su especial impacto en la salud mental de quien la sufre.

Acción 4.1: Establecimiento de grupos terapéuticos estructurados de parentalidad en AP basada en la promoción del apego seguro y crianza positiva que potencie la capacitación a nivel familiar, con el fin de detectar de manera precoz dinámicas desadaptativas e intervenir de manera incipiente. Inclusión de programas específicos de prevención en entornos familiares disfuncionales (población de riesgo).

Acción 4.2: Promoción de un programa de Atención al Trauma Temprano, centrado en el niño y sus familias y formado por el equipo multidisciplinar de salud mental infanto-juvenil.

Objetivo 5. Detectar precozmente el riesgo autolítico, conductas autolesivas y suicidas e intervención en la infancia y adolescencia.

Acción 5.1: Desarrollo de un programa ambulatorio de alta resolución en casos urgentes, prestando atención a todas las áreas sanitarias, incluyendo una valoración especial los casos que presenten riesgo autolítico.

3.3. Continuidad asistencial y coordinación**OBJETIVO GENERAL:**

Asegurar la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes agentes implicados en la atención sociosanitaria en salud mental infanto-juvenil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 6. Implementar circuitos asistenciales y espacios de coordinación formales y eficientes con los principales agentes implicados en infancia y adolescencia, además de entre los sanitarios también aquellos de Educación, Servicios Sociales y Justicia.

Acción 6.1: Establecimiento de un Protocolo autonómico que asegure la continuidad asistencial y de cuidados de las personas con un diagnóstico de enfermedad mental en la transición desde la adolescencia-juventud a la edad adulta, mediante un abordaje integral y multidimensional, especialmente en pacientes con diagnóstico de TMG, con perspectiva de género.

Acción 6.2: Establecimiento de un Protocolo de atención multidisciplinar a la población infantil y adolescente con diagnóstico de trastorno de la alimentación, en coordinación con otros profesionales implicados, tanto del ámbito sanitario, como educativo y social.

Acción 6.3: Establecimiento de un Protocolo de atención integral que contemple la figura de Referencia en los ESM y en otras instituciones que intervienen en la infancia y adolescencia (Servicios Sociales, Educación, Justicia, Tercer Sector).

Objetivo 7. Implementar un procedimiento sistemático y coordinado de valoración diagnóstica (clínica, psicológica, de cuidados, ocupacional, social y escolar) de la población infanto-juvenil, especialmente para pacientes en situaciones de vulnerabilidad o riesgo de padecerla.

Acción 7.1: Coordinación de los dispositivos de Salud Mental infanto-juveniles con los de Servicios Sociales y Educación para la valoración sanitaria, social y educativa de la población infanto-juvenil en acogimiento residencial bajo tutela de la Administración que presente síntomas y signos de patología mental y/o malestar emocional para su correcta canalización y derivación al dispositivo que corresponda.

Acción 7.2: Elaboración y homogeneización de documentación diagnóstica, pruebas psicométricas y valoraciones clínicas, terapéuticas y sociales, ava-

lado por la Gerencia Regional de Salud para los casos de menores en acogimiento bajo tutela de la administración valorados ante la presencia de signos de riesgo de trastorno mental.

Objetivo 8. Involucrar a las familias y cuidadores en el proceso de tratamiento y cuidado, reconociendo su rol activo en el mismo.

Acción 8.1: Mantenimiento de una comunicación necesaria, con asesoramiento y apoyo emocional, cuando sea preciso, con las familias y cuidadores proporcionándoles información clara y comprensible.

Acción 8.2: Implicación de familias y cuidadores para la detección de cambios en la salud mental del menor, el seguimiento de las pautas clínicas y la coordinación con otros profesionales del entorno del menor.

3.4. Digitalización y sistemas de información

OBJETIVO GENERAL:

Facilitar el intercambio de información, como elemento esencial de coordinación, entre los diferentes agentes implicados en la atención sociosanitaria en salud mental infanto-juvenil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 9. Promover y facilitar un acceso común para intercambio de información entre los profesionales que atienden a niños y adolescentes, como pueden ser aquellos pertenecientes a los servicios y comisiones de sanidad, educación, servicios sociales, y administración de justicia, protocolizando el intercambio de información reglado, a través de un modelo de comunicación informatizada.

Acción 9.1: Desarrollo de una aplicación o plataforma digital que permita la comunicación síncrona y asíncrona, de manera transversal y segura, entre todos los equipos profesionales de las distintas instituciones públicas que intervienen con un paciente (ej: acceso común con Centro Base).

3.5. Gestión del conocimiento

OBJETIVO GENERAL:

Promover la gestión del conocimiento y la investigación en relación con la salud mental infanto-juvenil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 10. Mejorar la formación especializada de todos los profesionales intervinientes en los dispositi-

vos que forman parte de la atención a la Salud Mental de la Infancia y de la Adolescencia de Castilla y León.

Acción 10.1: Acreditación de Unidades Docentes Multiprofesionales (UDM) de salud mental en áreas de Castilla y León que incrementen la oferta de rotaciones en dispositivos docentes de la Infancia y Adolescencia que permitan acreditar, a su vez, plazas de formación sanitaria especializada en Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia.

Acción 10.2: Elaboración de un plan formativo plurianual de formación continuada de calidad para todos los profesionales sanitarios y no sanitarios del Sistema de Salud (especialmente para los servicios de salud mental infanto-juvenil, pediatría y medicina familiar y comunitaria), para la atención adecuada de las necesidades de la población infanto-juvenil en materia de salud mental.

Objetivo 11. Fortalecer la formación en discriminación y seguimiento de los problemas de salud mental en los centros educativos, especialmente a los Servicios de Orientación Educativa (orientadores/as y profesorado de Servicios a la Comunidad) y enfermeras/os escolares del sistema educativo, estableciendo relaciones y sinergias con los servicios de salud mental.

Acción 11.1: Apoyo desde el sistema de salud al educativo, con promoción del bienestar emocional, identificación y evaluación de intervenciones tempranas de los escolares, asesoramiento individual y grupal y derivación a servicios comunitarios, cuando proceda.

Acción 11.2: Desarrollo de actividades y programas de formación dirigido a profesionales de las Consejerías de Educación, Familia e Igualdad de Oportunidades y Empleo, y de las Corporaciones Locales.

Acción 11.3: Aplicación de metodologías de trabajo en equipo con presencia de los perfiles profesionales básicos en los dispositivos de atención de salud mental (psiquiatría especialista infanto-juvenil, psicología clínica, enfermería especialista en salud mental, TO y TS).

Objetivo 12. Fomentar la investigación en la Prevención de los problemas de salud mental, promoción y atención de la salud mental en todos los perfiles profesionales que trabajan en los dispositivos de salud mental.

Acción 12.1: Promoción de la actividad investigadora en la red asistencial de la salud mental sobre trastornos mentales de inicio en la infancia y/o adolescencia.

4. Trastorno mental grave

INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) define el TMG como un trastorno mental, conductual o emocional que da lugar a un deterioro funcional grave, que interfiere sustancialmente o limita una o más actividades vitales importantes [66]. Se refiere a este colectivo como “un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”.

El TMG requiere de un abordaje complejo ya que tiene un gran impacto tanto en las personas afectadas como en sus familias y en la sociedad. Por ello, el TMG precisa un sistema de recursos comunitarios, sanitarios y sociales, capaces de procurar una atención integral, que abarque el tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico del trastorno, la rehabilitación y el apoyo socio-comunitario, que sea lo más temprana posible y que se oriente a la recuperación del proyecto vital.

En España se estima que habría 1,4 millones de afectados por un TMG, en torno al 3% de la población adulta [67]. Según el NIMH, los adultos jóvenes de 18 a 25 años tendrían mayor prevalencia de TMG (11,4 %) en comparación con los adultos de 26 a 49 años (7,1 %) y los de 50 años o más (2,5 %) [68].

La OMS señala que la prestación de servicios comunitarios de salud mental ha de tener un enfoque basado en la recuperación que haga hincapié en el apoyo para lograr que las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales alcancen sus propias aspiraciones y metas. Las buenas prácticas en los servicios de salud mental se estructuran en torno a una perspectiva de derechos humanos, promoviendo derechos clave como la igualdad, la no discriminación, la capacidad jurídica, el consentimiento informado y la inclusión comunitaria. Han de promoverse, por tanto, unos servicios de salud centrados en las personas [64, 69].

En este contexto, esta línea estratégica sobre TMG en el marco de la nueva Estrategia de Salud Mental debe suponer un avance sobre las estructuras y el modelo existente que derivan de la Estrategia previa incorporando la innovación en el plano asistencial, preservando la accesibilidad y la equidad y aprovechando las fortalezas existentes en nuestra Red [21].

4.1. Humanización de la atención a la salud mental

OBJETIVO GENERAL:

Garantizar los derechos básicos, la participación activa en el proceso terapéutico y la autonomía funcional de las personas con diagnóstico de TMG.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 1. Desplegar el Plan de Humanización de la Salud Mental de Castilla y León en todas las Áreas de Salud.

Acción 1.1: Creación de una comisión de seguimiento de Área del Plan de Humanización de Salud Mental que despliegue los indicadores del mismo en cada área con la participación de las asociaciones de personas con problemas de salud mental y familiares.

Objetivo 2. Mejorar la calidad de la atención de las personas con diagnóstico de TMG a lo largo de la asistencia de su proceso en los recursos donde son atendidos a través de un ambiente seguro, privado y digno.

Acción 2.1: Reducción de aplicación de medidas de aislamiento, coerción y contención mediante la implantación de medidas alineadas con la herramienta “*Six Core Strategies for reducing Seclusion and Restraint Use*” (Objetivo “camino a Coerción 0” del Plan de Humanización de Salud Mental de Castilla y León).

Acción 2.2: Diseño, desarrollo y actualización de protocolos y documentos de atención a personas con diagnóstico de TMG, alineados con la Línea estratégica 3 del Plan de Humanización de Salud Mental de Castilla y León, “Asistencia centrada en la persona” con la inclusión de la perspectiva de género.

Acción 2.3: Fomentar la apertura de las UHB psiquiátricas a través del desarrollo de programas y estancias que generen espacios abiertos.

Objetivo 3. Promover y garantizar la capacidad de autodeterminación de la persona con enfermedad mental grave, tanto en condiciones de estabilidad clínica como en crisis, donde la capacidad de tomar decisiones transitoriamente está disminuida encontrándose en una situación de indefensión con riesgo de vulnerar sus derechos, como no respetar las decisiones o preferencias de atención y abordaje del problema.

Acción 3.1: Instauración de la Planificación Anticipada de Decisiones (PAD) como una planificación compartida ante situaciones que puedan plantear problemas éticos en situaciones de crisis.

Acción 3.2: Incorporación de las voluntades anticipadas en la historia clínica.

4.2. Promoción de la salud mental y prevención

OBJETIVO GENERAL:

Impulsar la promoción de la salud mental en cuanto a factores de riesgo y desarrollo de estrategias de prevención del TMG.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 4. Fomentar hábitos de vida saludables, habilidades de autoconocimiento y educación en las personas, familias, personas cuidadoras y población en general, dirigidos a los factores de riesgo de los TMG.

Acción 4.1: Realización de actividades conjuntas con grupos de apoyo mutuo y experiencias en primera persona para personas con diagnóstico de TMG, sus familiares y entorno cercano que promuevan hábitos de vida saludables, y reducción de riesgos asociados a la incidencia del TMG y permitan a la población conocer y detectar precozmente síntomas asociados a los mismos.

Objetivo 5. Establecer estrategias de prevención del TMG, tanto en el ámbito de la población general como, específicamente, en el de las personas con diagnóstico de TMG, potenciando planteamientos de carácter preventivo en la intervención profesional, con la inclusión de la perspectiva de género que aporte una atención diferenciada en base a las características propias de la mujer con diagnóstico de TMG.

Acción 5.1: Desarrollo de programas de intervención temprana en psicosis que permitan la prevención de recaídas en primeros episodios psicóticos y la reducción del número de ingresos en dispositivos hospitalarios.

Acción 5.2: Creación de un proceso de detección e intervención tempranas en TMG en AP e incluirlo en su cartera de servicios.

Objetivo 6. Difundir información sobre el TMG a la población general y a los agentes implicados en prevención y tratamiento (ámbito sanitario, educativo y social), involucrando a los medios de comunicación

en las acciones de prevención de trastornos mentales y promoción de la salud.

Acción 6.1: Colaboración con asociaciones de personas con problemas de salud mental y familiares en campañas de información y sensibilización en relación con el TMG.

Acción 6.2: Desarrollo y consolidación de grupos psicoeducativos en los dispositivos asistenciales de la RSM dirigidos a la formación a familiares de personas con diagnóstico de TMG en aspectos tales como educación para la salud, control de síntomas, manejo de tratamientos y prevención de recaídas y gestión emocional.

4.3. Coordinación y continuidad asistencial

OBJETIVO GENERAL:

Garantizar la continuidad asistencial de las personas con diagnóstico de TMG promoviendo una asistencia holística y de calidad basada en la orientación de tratamientos comunitarios, situando en el centro del proceso a la persona y su proyecto de vida y fomentando su integración en la sociedad como ciudadanos de pleno derecho, favoreciendo el acceso a la vivienda y el empleo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 7. Mejorar la coordinación, comunicación y la continuidad asistencial entre los profesionales del ámbito sanitario con perspectiva multidisciplinar, para brindar una atención integral en el ámbito de la salud a personas con diagnóstico de TMG, familias y personas cuidadoras.

Acción 7.1: Desarrollo de programas de enlace específicos para patologías y procesos médicos especialmente sensibles (insuficiencia renal crónica, procesos oncológicos, respiratorios, diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares...) en personas con diagnóstico de TMG, asegurando el seguimiento y la coordinación con las diferentes especialidades médicas que intervienen en el proceso de atención a estos pacientes.

Acción 7.2: Desarrollo de los programas de atención a la salud mental perinatal (embarazo, parto...) en este grupo poblacional.

Acción 7.3: Creación de grupos mixtos de trabajo con profesionales de AP y de salud mental para la supervisión de casos, formación conjunta, mejora de las vías de comunicación, coordinación y elaboración de protocolos.

Acción 7.4: Revisión y actualización de la cartera de servicios de AP en lo referente a las personas con diagnóstico de TMG, bajo un enfoque multidisciplinar, que potencie la coordinación entre niveles asistenciales.

Acción 7.5: Realización de evaluaciones integrales que aborden tanto los problemas de salud mental como los físicos fomentando la adopción de hábitos de vida saludables, como una dieta equilibrada, ejercicio regular y prevención de adicciones, abordando comportamientos de riesgo, que son más comunes en personas diagnosticadas con un TMG.

Objetivo 8. Mejorar la coordinación sociosanitaria, potenciando la colaboración estrecha y cooperación con otros organismos (servicios públicos de empleo, educación, servicios sociales, Justicia, y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado), entidades del tercer sector y asociaciones de personas con experiencia propia en salud mental, familiares y personas allegadas.

Acción 8.1: Colaboración con las Administraciones Públicas, entidades privadas y entidades del tercer sector para contribuir en la integración laboral y acceso a la vivienda de las personas con diagnóstico de TMG.

Acción 8.2: Creación de protocolos, procedimientos y documentación de coordinación con las Administraciones Públicas Sanitarias, Sociales, Educativas y de Justicia, para agilizar y mejorar la calidad asistencial de las personas con diagnóstico de TMG y sus familias, con la inclusión de la perspectiva de género.

Acción 8.3: Impulso de las Comisiones de Equipo Mixto (Sanidad y Servicios Sociales) y reuniones con los Equipos de Coordinación de Base con la intención de conseguir una coordinación bidireccional y efectiva.

Acción 8.4: Establecer mecanismos de participación entre los diferentes departamentos de la Administración Pública de Castilla y León, los movimientos asociativos, las sociedades científicas y profesionales relacionados con la salud mental en el diseño, aplicación, prestación, planificación y evaluación de las políticas y servicios de salud mental.

Objetivo 9. Fomentar el modelo orientado al tratamiento intensivo del TMG en la comunidad.

Acción 9.1: Actualización de la cartera de servicios en lo referente a la salud mental comunitaria po-

tenciando los programas y equipos de tratamiento asertivo comunitario con un carácter interdisciplinar en todas las Áreas de Salud de la Comunidad.

Acción 9.2: Fomento del asociacionismo de pacientes con TMG y de familiares que faciliten relaciones de cooperación y la creación de grupos de apoyo mutuo, información sobre apoyos a personas cuidadoras y fomento de la corresponsabilidad.

4.4. Digitalización y sistemas de información

OBJETIVO GENERAL:

Impulsar la transformación digital de los servicios de salud mental con el objetivo de mejorar los sistemas de información sanitarios y los cuidados en el paciente con diagnóstico de TMG.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 10. Promover y facilitar el registro adecuado de toda la actividad e información clínica y social del paciente con diagnóstico de TMG a través de la HCE en cualquiera de los dispositivos de atención de salud mental del sistema sanitario.

Acción 10.1: Acceso y registro en la HCE de todas las categorías profesionales implicadas en la atención del TMG en un entorno digital unificado, en cualquiera de los dispositivos donde se esté prestando atención al paciente.

Acción 10.2: Generar un perfil específico en la HCE para el paciente con diagnóstico de TMG donde se unifiquen los documentos necesarios para llevar a cabo los planes individualizados de tratamiento (escalas, formularios, protocolo de evaluación de la salud física, protocolos de derivación...).

Acción 10.3: Generar módulos/entornos de trabajo específicos en la HCE utilizada para los recursos implicados en la atención al TMG (p. ej. Hospital de día, CRPS, viviendas supervisadas...) que permitan el registro de información, datos clínicos, actividad y gestión de los mismos de acuerdo a sus características particulares y de forma uniforme en todas las Áreas de Salud.

Objetivo 11. Mejorar los sistemas de información sanitarios para permitir una gestión eficiente en la atención a la persona con diagnóstico de TMG que facilite las actividades de planificación.

Acción 11.1: Actualización de los sistemas de recogida de información que permitan elaborar un

censo de personas con diagnóstico de TMG y de datos mínimos en cada área, así como desarrollo de un sistema de alerta en torno a la falta de continuidad en el proceso asistencial.

Objetivo 12. Potenciar el uso de las tecnologías de la información y la comunicación en el desarrollo y avance de los cuidados en salud mental.

Acción 12.1: Implantación de programas de tele-salud mental como forma de asistencia en personas con diagnóstico de TMG y dificultades de acceso a la modalidad presencial.

Acción 12.2: Facilitar el acceso y uso de internet en los dispositivos asistenciales relacionados con el TMG (Unidades de hospitalización, CRPS, hospitales de día, etc.) para desarrollar actividades con los pacientes a través de plataformas online, talleres, búsqueda de recursos y aplicaciones móviles (apps) terapéuticas corporativas.

4.5. Gestión del conocimiento

OBJETIVO GENERAL:

Promover la mejora progresiva y constante en la atención clínica a la persona con diagnóstico de TMG basada en la actualización del conocimiento y en la investigación aplicada e innovación de los TMG en Castilla y León.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 13. Incrementar el nivel de formación de los profesionales implicados en la atención a las personas con diagnóstico de TMG.

Acción 13.1: Formación continuada a los profesionales sanitarios del ámbito de la salud mental en estrategias terapéuticas, nuevos abordajes y humanización en la asistencia de la persona con diagnóstico de TMG.

Acción 13.2: Desarrollo de actividades de formación en AP en estrategias de detección precoz del TMG.

Objetivo 14. Fomentar del desarrollo de líneas y grupos de Investigación, así como de la innovación en el área de los TMG.

Acción 14.1: Desarrollo de trabajos de investigación que contemplen todo tipo de áreas desde la etiología hasta la predicción de resultados y las distintas intervenciones en TMG y la evaluación de resultados, a través del fomento de ayudas y líneas de investigación institucionales, el apoyo a los gru-

pos de investigación centrados en áreas temáticas y apoyo técnico y a la divulgación científica.

Acción 14.2: Fomento y apoyo de la innovación en la asistencia y apoyo a personas con diagnóstico de TMG y gestión de servicios relacionados.

5. Salud mental y adicciones

INTRODUCCIÓN

En esta línea estratégica, se pretende organizar y planificar en la Comunidad de Castilla y León la atención a la persona con trastornos adictivos, tanto comportamentales como a sustancias, incluyendo la frecuente existencia de la patología dual. El enfoque es multidisciplinar, basado en la epidemiología, la investigación clínica y las neurociencias, y abarca desde la población infanto-juvenil hasta las adicciones en las etapas finales de la vida, incluyendo otras poblaciones especiales. El objetivo de propiciar una atención integral de los pacientes adictos y duales, evitando el estigma histórico de estos pacientes como delincuentes y/o responsables de su problema.

Desde la Estrategia de Salud Mental del SNS 2022-2026 [19], se señala que la coordinación es el modo más frecuente de atención a las adicciones y la patología dual y que éstos van asociados a mayor comorbilidad en términos clínicos y conflictiva psicosocial. En Castilla y León la atención a las personas con adicción se ofrece a través de la RSM y de la Red de Atención a las Drogodependencias (RAD), dos redes paralelas dependientes jerárquicamente de dos Consejerías, lo que hace especialmente compleja la necesaria coordinación entre los dispositivos de atención comunitaria, así como la continuidad asistencial.

En la etapa infanto-juvenil es el periodo de maduración biológica y psicológica, así como social de la persona, y es también en esta época cuando aparece la problemática del consumo de sustancias o de adicciones sin sustancias y el riesgo de establecerse como patología crónica. La intervención se debe de realizar en los ámbitos familiar y educativo, desde la AP y la atención especializada con equipos multidisciplinarios con la adecuada cualificación específica en la subespecialidad en psiquiatría infantil y de la adolescencia [19].

La existencia o concurrencia simultánea o secuencial a lo largo de la vida de dos o más trastornos mentales independientes, de los cuales al menos uno de ellos es un trastorno adictivo (patología dual) es la regla y no la excepción [70]. Se ha documentado que más del 75% de los pacientes con TMG presentan comorbilidad con Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) y viceversa, el 70% de los pacientes con TUS presen-

tan otro TM, tanto en estudios internacionales [71-74] como españoles [75, 76].

Es necesario asimismo avanzar en el campo del mal uso o la dependencia de psicofármacos, en la coordinación con los programas de dolor o paliativos o con los programas de atención a las personas mayores o servicios de geriatría, y en el campo de las adicciones comportamentales.

La formación de los profesionales del ámbito de las adicciones es una herramienta indispensable para mejorar la calidad y diseminar las mejores prácticas en cada área de actuación de este ámbito, como se ha señalado en la Estrategia Nacional de Asistencia y en la Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León [19, 77].

5.1. Humanización de la atención a la salud mental

OBJETIVO GENERAL:

Garantizar los derechos básicos al paciente con adicción a sustancias, comportamentales o pacientes duales en relación con su salud mental, así como la reducción del estigma de los pacientes con trastornos adictivos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 1. Contribuir a la mejor información sobre la problemática y características de las personas con trastorno de consumo de sustancias y/o adicciones comportamentales y a la disminución del estigma que les acompaña.

Acción 1.1: Impulso de campañas y jornadas de divulgación y sensibilización, lideradas desde los profesionales del ámbito sanitario que disminuyan el estigma de los trastornos por abuso de sustancias y las adicciones comportamentales.

5.2. Promoción de la salud mental y prevención

OBJETIVO GENERAL:

Promover la salud mental a través de la promoción de hábitos saludables en los principales entornos de socialización de la población (adulto, joven y adolescente) para evitar el desarrollo de adicciones a sustancias, el uso problemático de las nuevas tecnologías, y facilitar su detección precoz.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 2. Detectar precozmente en los distintos niveles asistenciales sanitarios el consumo problemá-

tico de sustancias (alcohol, tabaco, hipnosedantes, opioides y sustancias ilegales), tanto en la población adulta como en la juvenil y adolescente, especialmente en aquellos grupos que presentan factores de riesgo.

Acción 2.1: Impulso de programas grupales de pacientes con enfermedad mental y/o de familiares, con factores de riesgo para el consumo de sustancias (ansiedad, depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, desregulación emocional, trastorno límite de la personalidad, etc.), para su detección.

Acción 2.2: Desarrollo de protocolos y programas acreditados de detección precoz e intervención temprana con menores vulnerables y/o con consumo problemático de sustancias desde los dispositivos de Salud, así como desde los servicios de referencia de prevención del consumo de drogas.

Acción 2.3: Detección precoz de casos con consumos problemáticos o los trastornos por consumo en población adulta desde las consultas de AP y de los ESM y derivación al recurso más adecuado.

Acción 2.4: Realización del consejo breve por los profesionales de la RSM y de AP, incluida la Pediatría, para evitar el consumo de sustancias psicoactivas en personas con trastornos mentales, en hijos de personas con trastornos mentales graves o en pacientes con patologías que precisen de tratamiento con hipnosedantes o analgésicos opioides.

Acción 2.5: Vigilancia y control sobre la utilización de los tratamientos con opioides y la adecuada prescripción y seguimiento de los hipnosedantes a través de los servicios de farmacia y de los médicos centinela, respectivamente.

Objetivo 3. Prevenir las adicciones sin sustancia o comportamentales y promover el uso adecuado de nuevas tecnologías (incluyendo redes sociales y videojuegos).

Acción 3.1: Participación en la actualización y/o elaboración y difusión de guías clínicas o protocolos de intervención sobre las adicciones comportamentales.

Acción 3.2: Apoyo y asesoramiento sobre actuaciones preventivas específicas basadas en la evidencia en las adicciones comportamentales en los centros educativos a través de los ESM y de AP.

Acción 3.3: Impulso de las actuaciones preventivas en las adicciones comportamentales para población adulta en los centros de salud en coordina-

ción con las realizadas en el medio comunitario a través de la red de prevención.

5.3. Continuidad asistencial y coordinación

OBJETIVO GENERAL:

Promover la continuidad asistencial y la intervención coordinada de los profesionales que trabajan con personas con TUS, adicciones comportamentales y personas con patología dual atendidas en la RSM, en la red de intervención en drogodependencias (RAD y Servicio de Referencia de Prevención [SRP]) y en la red de Servicios Sociales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 4. Coordinar las actuaciones de los distintos dispositivos de Salud y de la RAD para garantizar la continuidad asistencial y mejorar la accesibilidad de las personas con trastornos mentales y adicción a ambos sistemas (sanitario y social), favoreciendo un abordaje integrado que cubra sus necesidades individuales, clínicas, sociales y laborales.

Acción 4.1: Diseño de un protocolo autonómico de coordinación entre SACYL, la RAD y los servicios de referencia de prevención (SRP) que garantice la detección, la valoración diagnóstica, derivación, intervención coordinada y el seguimiento de personas con patología dual grave y/o sus familiares con la inclusión de la perspectiva de género.

Objetivo 5. Fomentar la coordinación y cooperación entre las Administraciones Públicas y entidades del tercer sector vinculadas a la prevención del consumo de drogas y la asistencia normalizada e integración social del drogodependiente para lograr mayor eficacia en la detección precoz y el tratamiento integral.

Acción 5.1: Mantenimiento de líneas estables de coordinación y cooperación entre las Consejerías y organismos autónomos de la Administración autonómica implicadas en la intervención en adicciones, con la creación de Comisiones Mixtas Regionales y Provinciales y grupos de trabajo mixtos compuestos por la RSM y la RAD, para la prevención del consumo de drogas, la asistencia normalizada, la integración social del drogodependiente y valoración de las actuaciones planificadas.

Acción 5.2: Comunicación, coordinación y cooperación desde la RSM con la Administración de Justicia para la rehabilitación e integración social de personas con adicción con problemas jurídico-penales.

Acción 5.3: Mantenimiento de cauces permanentes de comunicación, coordinación y cooperación con la iniciativa social a través comisiones, grupos de trabajo y mediante otros instrumentos específicamente creados para fines o necesidades concretas.

Objetivo 6. Contribuir a la incorporación social, comunitaria y laboral de las personas con TUS, adicción comportamental y/o patología dual, vinculándolas a recursos normalizados siempre que sea posible o bien a la RSM y drogodependencias, con el fin de impedir el aislamiento y lograr la normalización social.

Acción 6.1: Valoración social y ocupacional de las personas con TUS, adicción comportamental y/o patología dual y/o adicción comportamental atendidas, que favorezca la mejor adecuación a los recursos comunitarios que precisen, así como a itinerarios laborales.

5.4. Digitalización y sistemas de información

OBJETIVO GENERAL:

Promover el uso de las tecnologías en la prevención, detección precoz y abordaje terapéutico con la inclusión del traspaso de información clínica segura entre las administraciones que trabajan con personas con diagnóstico de enfermedad mental y TUS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 7. Fomentar la asistencia sanitaria a través de plataformas digitales (incluyendo teleconsulta, telemonitorización, o teleasistencia avanzada), mediante la innovación aplicable, efectiva y medible, especialmente en aquellos pacientes con difícil acceso a las unidades de tratamiento de adicciones, implementando la ciberseguridad para preservar la confidencialidad de las historias clínicas.

Acción 7.1: Dotación de espacios en centros de salud cercanos al paciente para facilitar la videoconferencia con las unidades de tratamiento de las adicciones.

Acción 7.2: Adecuación de las agendas de los profesionales de los ESM para la atención telefónica y por videoconferencia para desarrollar la telemedicina.

Objetivo 8. Desarrollar los sistemas de información y las herramientas de vigilancia epidemiológica, sanitarios y de la RAD, para avanzar en la integración o el intercambio de información clave, obtener y analizar datos actualizados del fenómeno de las adicciones,

sus patrones y tendencias y su impacto en la salud pública y seguridad ciudadana.

Acción 8.1: Elaboración de un sistema de recogida de datos y protocolo seguro para la conexión entre los sistemas informáticos de SACYL, de la RAD y de los SRP que permita avanzar de forma real en el intercambio de información clave entre los profesionales de las redes que intervienen con personas con problemas de uso de sustancias.

5.5. Gestión del conocimiento

OBJETIVO GENERAL:

Facilitar y promover la difusión del conocimiento, la formación y la investigación de los profesionales sobre la prevención del consumo de drogas, la detección precoz del trastorno por consumo y el tratamiento de la adicción.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 9. Fomentar la adquisición de conocimientos a los profesionales del sistema sanitario en la detección, tratamiento y atención integral a pacientes duales que ofrecen las Redes de Salud Mental y de Atención al Drogodependiente y los SRP.

Acción 9.1: Organización de rotaciones de profesionales residentes de Medicina, Psicología y Enfermería, con el fin de garantizar el conocimiento de los distintos dispositivos para pacientes duales.

Acción 9.2: Participación de los profesionales integrantes de la RAD y de los SRP en la formación continuada, protocolos y documentos de la RSM relacionados con su ámbito.

Acción 9.3: Formación al personal de AP y de los servicios de urgencias y/o emergencias como dispositivos de primera línea en la detección de problemas relacionados con el consumo de sustancias (intoxicación, accidentes, lesiones, traumatismos, agresiones...).

Objetivo 10. Promover, impulsar y potenciar la actividad investigadora entre los profesionales del sistema sanitario en el campo de la epidemiología, la detección precoz y el tratamiento de las adicciones y la patología dual y trasladar a la sociedad los resultados.

Acción 10.1: Impulsar el desarrollo de investigaciones sobre la epidemiología, etiología, pronóstico y tratamiento de las adicciones y en pacientes duales, el apoyo de grupos de investigación y la difusión y aplicación de resultados.

Acción 10.2: Fomentar el contacto y la participación de las autoridades sanitarias y de los profesionales de salud con las sociedades científicas del campo de las adicciones y patología dual, en coordinación con el Comisionado Regional para la droga.

6. Salud mental en grupos de mayor vulnerabilidad

6.1. Discapacidad intelectual

INTRODUCCIÓN

Las personas con Discapacidad Intelectual, como colectivo vulnerable, merecen un capítulo propio en esta Estrategia de Salud Mental. La Comunidad Autónoma de Castilla y León, mediante la creación en 2008 de una Unidad de Hospitalización específica para personas con Discapacidad Intelectual y problemas de Salud Mental (Unidad de Media Estancia de Discapacidad Intelectual, UMEDI), ya ha dado un paso al frente en la atención de este colectivo que, no cabe duda, tiene unas necesidades especiales debido a la superior prevalencia de problemas de salud mental a lo que se añade su peculiar forma de enfermar.

Algunos estudios estiman una prevalencia de entre un 30% y un 60% de trastorno mental en la población con Discapacidad Intelectual [78], mientras que otros la reducen al 20% - 40% [79]. En cualquier caso, ambos datos son significativos y la dispersión puede deberse a la dificultad de comunicación existente en las personas con discapacidad, que obstaculiza la detección de sintomatología, traduciéndose en un posible infradiagnóstico. A ello se une que el trastorno mental en personas con discapacidad intelectual, además, se manifiesta de diferente manera respecto a la población en general, lo que conlleva necesariamente que la respuesta que se les ofrezca sea otra.

Queda mucho camino por andar en la inclusión, destigmatización e integración en calidad de iguales a las personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental en los dispositivos sanitarios ordinarios, adaptando éstos a sus peculiaridades y poniendo los medios necesarios para facilitar su acceso. El sistema sanitario, en general, y los dispositivos de Salud Mental, en particular, tienen el reto de ofrecer un cambio en la atención a las personas con discapacidad y trastorno mental.

6.1.1. Humanización de la atención a la salud mental

OBJETIVO GENERAL:

Implantar las actuaciones previstas en el Plan de Humanización que fomentan la atención centrada en la

persona, poniendo a las personas primero, con sus características propias y adaptando los servicios a sus necesidades.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 1. Erradicar el estigma asociado a discapacidad intelectual con problemas de salud mental.

Acción 1.1: Realización de actividades de sensibilización e información sobre la Discapacidad Intelectual con diagnóstico de enfermedad mental dirigidas a la población general y distintos profesionales implicados en la atención de estas personas realizadas y/o dirigidas desde la RSM.

6.1.2. Promoción de la salud mental y prevención

OBJETIVO GENERAL:

Implicar a los profesionales sanitarios en la detección de los signos que alertan del inicio de un trastorno mental en aquellas personas con diagnóstico de Discapacidad Intelectual de base, especialmente en la etapa infanto-juvenil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 2. Favorecer la detección temprana en población infantil de Discapacidad Intelectual con riesgo de padecer alguna patología mental asociada.

Acción 2.1: Realización de pruebas genéticas en personas con discapacidad Intelectual con riesgo de desarrollar un trastorno mental posterior.

Acción 2.2: Uso de Escalas de detección precoz consolidadas, para adelantar las primeras intervenciones, mejorando así la respuesta clínica y social.

6.1.3. Continuidad asistencial y coordinación

OBJETIVO GENERAL:

Fomentar la coordinación de todos los agentes implicados en la atención a las personas con Discapacidad Intelectual con enfermedad mental para asegurarles una atención centrada en la persona y sus necesidades específicas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 3. Garantizar la accesibilidad a las personas con discapacidad con psicopatología asociada a los recursos, programas, dispositivos y Unidades de la RSM en las mismas condiciones que el resto de la población, a través de una adecuada atención coordinada entre los distintos recursos de salud, educación,

servicios sociales y tercer sector a lo largo de su proceso para la anticipación de posibles efectos negativos, susceptibles de reducirse si hay una atención precoz.

Acción 3.1: Implementación de Protocolos de actuación coordinados entre AP, Salud Mental, centros de atención a la Discapacidad Intelectual y entidades del Tercer Sector, incluyendo apoyo, coordinación sociosanitaria y seguimientos en el propio entorno y que permita un proceso de derivación, atención, coordinación, seguimiento y comunicación ágil entre los estamentos implicados, especialmente en personas con graves alteraciones del comportamiento.

6.1.4. Digitalización y sistemas de información

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar los canales de traslado de información para favorecer la atención a las personas y la comunicación entre profesionales implicados en la atención a la discapacidad intelectual.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 4. Fomentar el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TICs) para la atención integral de los pacientes con discapacidad intelectual y enfermedad mental y el traslado de información a otros profesionales.

Acción 4.1: Dotación de acceso de la información clínica de los pacientes a todos los profesionales de Salud implicados (AP, ESM y Atención Hospitalaria).

Acción 4.2: Fomento de interconsultas no presenciales en AP y Atención Especializada, o uso de telepresencia en la consulta a recursos de psiquiatría y salud mental, siempre que las condiciones de los pacientes sean propicias para ellas cuando existan dificultades de movilidad o desplazamiento asociadas a la condición de discapacidad.

6.1.5. Gestión del conocimiento

OBJETIVO GENERAL:

Capacitar a los profesionales del sistema sanitario y no sanitarios que trabajan directamente con las personas con discapacidad intelectual sobre el trastorno mental que pueda asociarse a ellas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 5. Actualizar y reciclar los conocimientos específicos sobre la Discapacidad Intelectual y la Pa-

tología Dual a los profesionales sanitarios, especialmente de AP, Pediatría y Salud Mental.

Acción 5.1: Promoción de las rotaciones en la Unidad de Patología Dual de Referencia Autonómica como rotación hospitalaria a residentes de medicina, psicología clínica y enfermería especialista en salud mental.

Acción 5.2: Formación periódica, continuada y específica para los profesionales de los dispositivos de salud mental sobre discapacidad intelectual y trastorno mental y asesoramiento a profesionales de AP.

Acción 5.3: Formación a futuros profesionales susceptibles de trabajar en este campo: TO, TS, y educación social.

Acción 5.4: Estandarización en la recogida de datos que permita realizar un análisis para detectar carencias en la atención a la discapacidad intelectual con enfermedad mental, datos sociodemográficos, registro de población atendida, datos clínicos y de seguimiento.

Objetivo 6. Apoyar a los profesionales de otras administraciones, organizaciones, entidades prestadoras de Servicios, entidades tutelares, familias y personas cuidadoras en la actualización y reciclaje de conocimientos en todo lo referente a la Discapacidad Intelectual y Patología Dual, incluida prevención y la promoción de la Salud.

Acción 6.1: Colaboración de los profesionales de los servicios de salud mental de las áreas en acciones formativas de otras entidades, incluyendo educación, servicios sociales, tercer sector y familiares y personas cuidadoras sobre trastorno mental y discapacidad.

6.2. Personas en exclusión social

INTRODUCCIÓN

La exclusión social puede definirse como el “proceso mediante el cual los individuos o grupos son total o parcialmente excluidos de una participación plena en la sociedad en la que viven” [80]. Es decir, hay una conjunción de factores que puede provocar la exclusión de las personas en la sociedad. Por lo tanto, este colectivo es muy heterogéneo, incluyendo a personas que viven en situación de pobreza, en zonas marginales, en zonas rurales, incapacitados para acceder al mercado de trabajo, aquellos que carecen de derechos civiles y políticos (personas inmigrantes sin papeles), muchas personas ancianas en situación de aislamiento social o soledad no deseada, menores de edad desprotegidos, personas que sufren algún tipo

de discriminación por origen étnico, cultural, nacional, por orientación o identidad sexual y/o factores de género, adicciones, etc.

En las personas en situación de exclusión social, existe gran prevalencia de trastornos mentales, incluyendo patología dual [81-83]. En muchas ocasiones la falta de salud mental es la causa por la que las personas se convierten en vulnerables, en excluidas. Otras veces, la propia vulnerabilidad en la que se encuentran son las precipitantes de empeorar su salud mental.

Por grupos, de la población en prisión, un 34,8% ha sido diagnosticada de trastorno mental alguna vez [46] y especialmente relevante es la problemática del suicidio, causa de muerte más frecuente en las cárceles seguida de la COVID-19 y la sobredosis de drogas [84]. Especial relevancia se debe poner en los centros penitenciarios de mujeres y la necesidad de atender adecuadamente a las personas con diagnóstico de trastorno mental grave que en ocasiones acaban en prisión.

En cuanto a la prevalencia de trastornos mentales en la población en situación de sin techo es alta, siendo especialmente relevante los TMG y las adicciones [83]. Aquí ha de plantearse un abordaje en salud mental desde una perspectiva integral que facilite su integración progresiva en el entorno. En Castilla y León, aparte de los factores estresantes y de recursos de apoyo familiar, sufre las consecuencias del clima especialmente duro.

En el caso de las personas inmigrantes, las posibilidades de quedar excluidas de la sociedad aumentan por razón de desarraigo a su cultura de origen, religión, idioma, falta de apoyo familiar y redes informales, precariedad laboral, de vivienda o situación irregular. Dichas situaciones y el modo en el que llegan a nuestro país propician un estrés que en ocasiones desencadena un trastorno mental cuya atención es compleja debido a las mismas causas que lo originan. El riesgo aumenta si el asentamiento se produce en una zona rural, si son familias monoparentales, sus ingresos son bajos y su salud es deficitaria.

Para finalizar, la mujer también tiene una mayor prevalencia en trastornos mentales. Si conjugamos los factores expuestos (prisión, sin hogar, inmigrante y mujer), añadiendo los componentes de pobreza y precariedad laboral, las posibilidades de que una mujer se encuentre en una situación de exclusión social aumentan exponencialmente y, por tanto, tenga mayor probabilidad de sufrir un trastorno mental.

Todo ello hace que las medidas para atender y superar los trastornos mentales deban considerar estas cuestiones.

6.2.1. Humanización de la atención a la salud mental

OBJETIVO GENERAL:

Facilitar el abordaje integral desde una perspectiva bio-psico-social a personas con diagnóstico de trastorno mental vulnerables o en riesgo de exclusión, fomentando la adaptación del sistema sanitario a la persona.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 1. Garantizar la accesibilidad de las personas con vulnerabilidad social a la asistencia en salud mental, respetando su autonomía y corresponsabilidad en el cuidado de su salud y toma de decisiones.

Acción 1.1: Disposición de información adecuada y accesible a la población sobre sus derechos, funcionamiento de los diferentes dispositivos asistenciales y opciones de tratamiento, a través de campañas informativas permanentes dirigidas a la población más vulnerable adaptadas a su nivel de comprensión.

Acción 1.2: Atención comunitaria de la salud mental a personas que viven en la calle o en albergues de personas sin hogar con sospecha de enfermedad mental no diagnosticada o sin tratamiento en el momento actual, facilitando, en caso de necesidad de ingreso, la atención de personas o animales dependientes de ellos.

6.2.2. Promoción de la salud mental y prevención

OBJETIVO GENERAL:

Promover la mejora de las condiciones de vida de los grupos en situación de especial vulnerabilidad con mayor dificultad de acceso a la atención sanitaria, actuando sobre los determinantes sociales que condicionan su salud mental, y detectando precozmente los problemas de salud mental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 2. Fomentar la salud mental comunitaria con un abordaje terapéutico centrado en la persona, integral y de calidad, que contribuya a la mejora de la salud mental de las personas en situación de vulnerabilidad mediante programas dirigidos a proponer hábitos de vida saludable y prevenir conductas de riesgo.

Acción 2.1: Impartición de actividades de educación para la salud mental sobre prevención de adicciones, gestión emocional, resolución de conflictos, etc. en albergues y/o comedores para

personas sin hogar, prisiones, zonas de pobreza o exclusión social, con perspectiva de género.

Acción 2.2: Fomentar la intervención de profesionales de TS en AP y de salud mental con personas de especial vulnerabilidad social incidiendo en los factores que puedan influir en una posterior patología mental o en su agravamiento.

Acción 2.3: Valoración multidisciplinar en los servicios de urgencias de las personas que se encuentren en situación de vulnerabilidad y exclusión social, incluida su salud mental y valoración social.

Acción 2.4: Seguimiento individualizado de los pacientes en situación de exclusión social para reducir el absentismo de las consultas, mejorar la accesibilidad a la medicación y la adherencia terapéutica.

6.2.3. Continuidad asistencial y coordinación

OBJETIVO GENERAL:

Facilitar la atención clínica y social y la coordinación entre los distintos recursos asistenciales y entidades implicadas en la atención a la persona en situación o en riesgo de exclusión social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 3. Fomentar la comunicación, la atención clínica, la coordinación y el trabajo en red entre los distintos niveles asistenciales sanitarios, los servicios sociales y entidades del tercer sector para la atención de las personas en situación de vulnerabilidad y/o exclusión social y garantizar la continuidad asistencial.

Acción 3.1: Elaboración de un protocolo de coordinación del sistema sociosanitario para el seguimiento de personas en riesgo de exclusión con problemas de salud mental tras el alta, ya sea hospitalaria, en los servicios de urgencias o puntos de atención continuada (PAC) facilitando la atención social inmediata de éstos.

Acción 3.2: Fortalecimiento de las estructuras de coordinación sociosanitarias autonómicas, provinciales y locales que fomente la comunicación ágil y rápida, entre servicios sociales y sanitarios, para evaluar posibles casos de trastorno mental en estadios iniciales y de dar continuidad a las actuaciones preventivas.

Acción 3.3: Creación de protocolos de actuación con personas en riesgo o en situación de exclusión social con problemas de salud mental para la canalización a los recursos y dispositivos sanitarios, sociosanitarios y sociales existentes reduciendo

los ingresos y reingresos hospitalarios innecesarios, con la inclusión de la perspectiva de género.

Objetivo 4. Avanzar en la atención adecuada y la continuidad asistencial de las personas con problemas de salud mental en el ámbito penitenciario.

Acción 4.1: Establecimiento de mecanismos de coordinación entre el sistema penitenciario y el sanitario que faciliten el traslado de información entre ambos al ingreso en prisión y antes de su excarcelación para proporcionar un seguimiento integral (clínico y social) a las personas internas.

Acción 4.2: Colaboración con las entidades del tercer sector que intervienen en centros penitenciarios a través de programas de apoyo y rehabilitación psicosocial.

6.2.4. Digitalización y sistemas de información

OBJETIVO GENERAL:

Facilitar el seguimiento de los trastornos mentales en personas vulnerables a través de los sistemas de información y las nuevas tecnologías propias de SACYL.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 5. Utilizar las TICs para mejorar la atención a las personas vulnerables con dificultad de acceso a la asistencia sanitaria.

Acción 5.1: Visión de la historia clínica única en todos los niveles asistenciales sanitarios y sus profesionales implicados a nivel regional con el fin de dar continuidad asistencial a la persona en riesgo o situación de exclusión social, propicie la atención comunitaria y ayude a actuar con coherencia ante sus deseos en situaciones de crisis.

Acción 5.2: Acceso a servicios de teleasistencia y consultas médicas en línea para personas con dificultades de acceso directo a los servicios sanitarios por su situación de exclusión.

Acción 5.3: Acceso de los profesionales a plataformas sociosanitarias que permitan intercambiar información entre el ámbito sanitario y el ámbito social de las personas con riesgo de exclusión social atendidas.

6.2.5. Gestión del conocimiento

OBJETIVO GENERAL:

Proveer de formación y actualización a los profesionales de Castilla y León que trabajan con las poblacio-

nes más vulnerables sobre la detección y el abordaje de sus posibles trastornos o problemas mentales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 6. Potenciar la formación continuada de los profesionales que trabajan con personas con especial vulnerabilidad, reforzando los conocimientos y competencias en materia de exclusión social y salud mental para mejorar la calidad asistencial, tanto en la detección precoz como en el seguimiento.

Acción 6.1: Formación dirigida a profesionales de la salud en la prevención y detección precoz de personas vulnerables, con el objetivo de facilitar el establecimiento de un vínculo de confianza que permita la coordinación y seguimiento del caso.

Acción 6.2: Promoción de intercambios formativos entre los profesionales que trabajan con la población vulnerable (salud, servicios sociales, prisiones, Policía Nacional, entidades del tercer sector, etc.).

6.3. Personas con diversidad de identidad de género

INTRODUCCIÓN

La visibilidad de las personas con diversidad de género ha sido negada sistemáticamente en la sociedad hasta hace apenas unas décadas. La Ley 3/2007, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas [85] supuso su despatologización, la prohibición de las terapias de conversión y mutilaciones de personas intersexuales, y reconoció los derechos reproductivos de las parejas de mujeres y otras personas con capacidad de gestar.

A su vez, permitía cambiar su nombre y sexo legal sin necesidad de someterse a operaciones, aunque con necesidad de diagnóstico de disforia de género y haber recibido tratamiento hormonal durante 2 años.

En 2018, la OMS sacó de forma definitiva la transexualidad de su lista de enfermedades mentales y en 2023 la Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI [86] añade el derecho al cambio registral a partir de los 16 años sin necesidad de informes médicos ni tratamiento hormonal.

Es posible que, en un futuro, los esfuerzos por evitar estigmas y discriminación por este motivo permitan emerger casos ocultos.

Ante esta situación de mejoras en la garantía de igualdad de los derechos para las personas LGTBIQ, los profesionales de la RSM están capacitados para valorar y trabajar con los sentimientos, malestares y síntomas mentales de las personas transgénero tanto durante la infancia y adolescencia como en la edad adulta y, especialmente, detectar, evaluar y tratar los trastornos mentales que pueden aparecer en esta población vulnerable a estos efectos.

6.3.1. Humanización de la atención a la salud mental

OBJETIVO GENERAL:

Fomentar la atención sanitaria basada en el principio ético de respeto a la dignidad de la persona.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 1. Mejorar la Calidad de la asistencia ofreciendo una atención integrada y multidisciplinar centrada en la persona, aportando recomendaciones de actuación en el ámbito de la Salud Mental, adecuando los servicios a la nueva normativa estatal y autonómica, así como reduciendo la discriminación y el estigma, y promoviendo la inclusión y la defensa de los derechos de las personas con diversidad de identidad de género.

Acción 1.1: Difusión para la implantación del Protocolo de Actuación Sanitario para la atención integral de personas con diversidad de identidad de género y evaluación de las posibles adaptaciones ambientales que pueden derivarse en relación a las temáticas de género y sexualidad en el contexto sanitario.

Acción 1.2: Establecimiento de estándares de calidad para programas de tratamiento e intervención sanitaria en Áreas de Salud y servicios de salud mental.

Acción 1.3: Fomento de acciones de mejora en las Unidades de Diversidad del sistema sanitario con prácticas inclusivas que preserven y refuercen aspectos de atención más integrada, ayudando a la persona a manejar las dificultades sociales y emocionales cotidianas, a sus familiares y entorno.

6.3.2. Promoción de la salud mental y prevención

OBJETIVO GENERAL:

Reconocer y valorar las circunstancias específicas de las personas de diversidad de identidad de género que tienen durante la infancia y adolescencia para

promocionar su salud mental y prevenir posibles malestares emocionales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 2. Realizar apoyo y acompañamiento a los deseos de transición, especialmente durante la infancia y adolescencia.

Acción 2.1: Asesoramiento y acompañamiento psicológico a los menores y a sus familias, prestando una atención individualizada en el abordaje de menores con diversidad de identidad de género que lo soliciten.

6.3.3. Continuidad asistencial y coordinación

OBJETIVO GENERAL:

Priorizar la perspectiva multiprofesional en el abordaje de la atención a las personas con diversidad de identidad de género que requieren seguimiento y/o tratamiento por Salud Mental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 3. Fomentar la coordinación y colaboración entre salud mental y los distintos niveles de asistenciales implicados en la atención sanitaria a las personas con diversidad de identidad de género, determinando el modelo de atención en cada área de salud.

Acción 3.1: Establecimiento de equipos multidisciplinares de referencia en cada Área de Salud para la atención de las personas y la coordinación con otros servicios hospitalarios y de AP.

Acción 3.2: Supervisión de casos a través de reuniones multidisciplinarias entre los diferentes servicios implicados en comisiones creadas al efecto.

Acción 3.3: Establecer los circuitos de derivación y coordinación que faciliten la continuidad de la atención en todas las Áreas de Salud.

Acción 3.4: Fomento de interconsultas con Salud Mental ante necesidades en materia de salud mental de las personas con diversidad de género.

Objetivo 4. Colaborar con las administraciones públicas y organizaciones comunitarias LGTBIQ+ (lesbianas, gays, transgéneros, transexuales, bisexuales, intersexuales, queer) para conocer las necesidades en cuanto a la Salud Mental de las personas con diversidad de identidad de género.

Acción 4.1: Fomento de la comunicación, coordinación, colaboración y trabajo en red con las ad-

ministraciones y entidades del tercer sector involucradas con el colectivo.

6.3.4. Digitalización y sistemas de información

OBJETIVO GENERAL:

Preservar el derecho a la intimidad de las personas con diversidad de identidad de género.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 5. Garantizar la privacidad, confidencialidad y proporcionalidad en la recogida de datos con fines estadísticos.

Acción 5.1: Elaboración de consentimiento informado para la autorización de registro de cambios de estado en la historia clínica.

6.3.5. Gestión del conocimiento

OBJETIVO GENERAL:

Estimular el estudio y la formación como base de una atención de la salud mental de calidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 6. Formar a los profesionales respecto a las intervenciones a realizar ante situaciones de cambio de género.

Acción 6.1: Realización de cursos específicos en esta materia dirigidos a profesionales de la salud y de educación, principalmente.

Acción 6.2: Rotaciones o inmersiones en dispositivos especializados de MIR, PIR y EIR, así como de otros profesionales de los distintos dispositivos de salud mental.

Acción 6.3: Formación sanitaria sobre la diversidad de género en entornos comunitarios.

Objetivo 7. Fomentar y promover la investigación y el conocimiento sobre las personas con diversidad de identidad de género, así como los problemas de salud mental específicos que puedan presentar y las medidas sanitarias adoptadas con criterios de eficiencia y seguridad.

Acción 7.1: Registro de la información que permita la creación de evidencia científica.

Acción 7.2: Promoción y desarrollo de líneas de investigación específicas sobre la Salud Mental de las personas con diversidad de identidad de género.

6.4. Trastornos mentales y violencia de género

INTRODUCCIÓN

En 1996, la OMS reconoció la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública. Las estimaciones mundiales publicadas por la OMS indican que alrededor de 1 de cada 3 mujeres de 15 a 49 años en el mundo, han sufrido violencia física y/o sexual de pareja (siempre acompañadas de violencia psicológica) o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida.

La violencia de género impacta negativamente en la salud mental, física, sexual y reproductiva de las mujeres, contribuyendo de forma relevante a la carga global de problemas de salud mental en el mundo, relacionándose tanto con el inicio como con el peor curso de problemas de salud mental [87]. Además, existe evidencia de las consecuencias en la salud mental, a corto y largo plazo, de sus hijos e hijas.

Las mujeres con diagnóstico de trastorno mental tienen una mayor vulnerabilidad (el riesgo se multiplica entre 2 y 4 veces respecto al de las mujeres en general) para sufrir los diversos tipos de violencia de género. Alrededor de 80% de las mujeres con TMG que han tenido pareja en algún momento de su vida han sufrido violencia y más del 40% que está sufriendo violencia en la pareja en la actualidad no la identifica como tal, y en la mitad de los casos, la o el profesional de referencia de la RSM no conocía la existencia del maltrato ocurrido durante el último año. La carencia de autonomía, el alto nivel de dependencia, la ausencia de conciencia del maltrato, la baja o nula participación social y el estigma que rodea los trastornos mentales, entre otros factores, contribuyen a esta mayor vulnerabilidad a sufrir maltrato [19, 88-91].

En el contexto autonómico, la Ley 13/2010, de 9 de diciembre, contra la violencia de género en Castilla y León y el acuerdo 130/2015, de 10 de septiembre, de la Junta de Castilla y León, establecen las directrices de funcionamiento en Castilla y León del Modelo de Atención Integral a las víctimas de violencia de género "Objetivo violencia cero" [92, 93].

Los y las profesionales de la salud y en concreto de la salud mental, deben estar sensibilizados y capacitados para la prevención, detección precoz y desarrollo de modelos de atención que permitan un abordaje integral de la violencia de género en las mujeres que reciben atención en los servicios de salud mental (incidiendo especialmente en las mujeres con TMG), así como de los y las menores a su cargo, considerados también víctimas de violencia de género [94-98].

6.4.1. Humanización de la atención a la salud mental

OBJETIVO GENERAL:

Proporcionar una atención basada en el respeto de valores, preferencias y elecciones de las mujeres con un diagnóstico de trastorno mental primario o sobreenvenido en el contexto de la violencia de género, garantizando sus derechos y autonomía, evitando el estigma y riesgo de victimización secundaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 1. Visibilizar la violencia de género vinculada al trastorno mental en las mujeres y en los menores a su cargo mediante campañas de sensibilización y promover la lucha contra la doble estigmatización de las mujeres víctimas de violencia de género que además padecen un trastorno mental.

Acción 1.1: Incorporación en las campañas de sensibilización y visibilización de la violencia de género contenidos sobre las consecuencias en la salud mental que esta genera, especialmente en las mujeres que ya padecen un diagnóstico de trastorno mental, e incorporación de contenidos específicos en los espacios divulgativos en la página de SACYL, adaptados y accesibles que no dejen rastro de búsqueda.

Acción 1.2: Colaboración con los medios de comunicación para orientar a sus profesionales sobre el tratamiento de las noticias de violencia de género y trastorno mental y dar mayor visibilidad a la realidad de las mujeres que sufren violencia de género y padecen trastornos mentales, así como la de sus hijos, hijas y personas a su cargo.

Objetivo 2. Promover el buen trato a las mujeres que sufren o han sufrido Violencia de Género y que además padecen trastorno mental, respetando su autonomía y considerando su papel activo en la toma de decisiones como titulares de derecho.

Acción 2.1: Promoción del buen trato y de la igualdad en la atención en salud a las mujeres que sufren o han sufrido violencia de género, con promoción de la autoestima, respeto a su cuerpo e imagen y a su toma de decisiones, y realización de actividades de psicoeducación impulsando su participación en espacios comunitarios.

6.4.2. Promoción de la salud mental y prevención

OBJETIVO GENERAL:

Promover la salud mental de las mujeres que sufren o han sufrido violencia de género mediante su pre-

vencción, detección precoz y atención integral e integrada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 3. Garantizar la prevención y detección precoz de la violencia de género en las mujeres con problemas de salud mental en todos los niveles asistenciales sanitarios abordando la atención con un enfoque bio-psico-social y de perspectiva de género que evite la medicalización innecesaria.

Acción 3.1: Promoción de la salud mental con intervenciones comunitarias en centros escolares para la prevención de la violencia, incluyendo la ciber-violencia y el abuso de la pornografía.

Acción 3.2: Promoción de acciones encaminadas a que las mujeres con problemas de salud mental puedan identificar situaciones de violencia de género que no identifican como tales.

Acción 3.3: Utilización de la entrevista clínica y herramientas estandarizadas con enfoque bio-psico-social y perspectiva de género para la detección de violencia a las mujeres que acuden a las consultas sanitarias, adaptando las respuestas a las especificidades y complejidad de las mujeres con diagnóstico de trastorno mental.

Acción 3.4: Establecer protocolos y adaptar las guías de apoyo existentes que permitan la detección precoz de señales de riesgo y signos de violencia de género en distintos dispositivos de atención, así como la evaluación y la intervención en mujeres con diagnóstico de trastorno mental grave.

6.4.3. Continuidad asistencial y coordinación

OBJETIVO GENERAL:

Realizar una atención bio-psico-social e integral desde los servicios de salud mental a las mujeres víctimas de violencia de género, especialmente a las que padecen un trastorno mental, así como a los menores a su cargo, asegurando la continuidad de la asistencia a través de una coordinación efectiva entre todos los agentes que intervienen en ella, con la finalidad de dar la mejor atención a las víctimas, evitar la duplicidad, la pérdida de seguimientos y la revictimización.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 4. Asegurar la accesibilidad y la continuidad de cuidados a las víctimas de violencia de género y personas dependientes de ellas, con el objetivo de su recuperación e implicándola de forma activa en la misma.

Acción 4.1: Elaboración de un Plan Individualizado de Intervención para la mujer que sufra violencia de género y trastorno mental, identificando las prioridades y necesidades sociosanitarias en coordinación con servicios sociales.

Acción 4.2: Intervención en la descendencia y familia extensa (progenitores) de las mujeres víctimas de violencia de género, especialmente si además presentan un diagnóstico de trastorno mental, con el objetivo de prevenir las consecuencias de la violencia de género sobre la salud mental de los mismos.

Acción 4.3: Designación de profesionales del sistema sanitario referentes con formación en violencia de género para la coordinación con servicios sociales, instituciones y como figura consultora y formadora en violencia de género y salud mental en cada Servicio de Salud Mental.

Objetivo 5. Desarrollar una coordinación y colaboración interdisciplinar, intra e interinstitucional y con entidades del tercer sector para la atención a las víctimas de violencia de género y que sufren un trastorno mental, situando en el centro de la intervención a la mujer, asegurando la continuidad de cuidados e implicándola de forma activa en su recuperación.

Acción 5.1: Elaboración y despliegue de protocolos y programas específicos de coordinación entre salud mental y otros agentes implicados de las Administraciones y entidades del tercer sector, basados en la guía asistencial de atención a la violencia de género, para realizar actuaciones de mejora conjunta en relación con la violencia de género y la enfermedad mental.

Acción 5.2: Incorporación en las Comisiones de coordinación de violencia de género y maltrato infantil en las Áreas de Salud, a los profesionales referentes de los servicios de salud mental.

6.4.4. Digitalización y sistemas de información

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar el registro y evaluación de los casos de violencia de género en el ámbito sociosanitario, en especial en mujeres con trastorno mental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 6. Impulsar y garantizar la recogida de datos sistemática en la asistencia a mujeres con diagnóstico de trastorno mental que acuden a los servicios sanitarios por sospecha o por haber sufrido violencia de género a través de los partes de lesiones emitidos

y de la Historia Clínica Electrónica para facilitar la explotación de dichos datos.

Acción 6.1: Mejora del intercambio de información entre los distintos ámbitos asistenciales vía telemática y respetando la confidencialidad y la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD) y automatización de los registros anuales de cuadros de mandos y seguimiento epidemiológicos.

Acción 6.2: Inclusión, unificación y homogeneización de documentos, escalas, formularios oficiales en la historia clínica electrónica tanto de AP como de Atención Hospitalaria, así como la Guía Clínica de actuación sanitaria ante la violencia de género.

Objetivo 7. Diseñar indicadores que contribuyan a cuantificar el conocimiento, la calidad asistencial y la intervención en personas con diagnóstico de trastorno mental y víctimas de violencia de género.

Acción 7.1: Diseño de indicadores específicos que relacionen la violencia de género y el trastorno mental, con grupos diagnósticos de trastornos mentales específicos, con la colaboración de los equipos Medicina Forense.

6.4.5. Gestión del conocimiento

OBJETIVO GENERAL:

Promover la formación de los profesionales del sistema de salud como herramienta prioritaria para la prevención, detección precoz, tratamiento para las víctimas de violencia de género y que padecen un trastorno mental, primario o como consecuencia de esta, así como fomentar la investigación epidemiológica y clínica en el área de la violencia de género.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 8. Realizar formación continuada dirigida a los ESM, personal sanitario y profesionales de otros servicios y recursos implicados en la atención a mujeres con diagnóstico de trastorno mental y víctimas de violencia de género y de los menores a su cargo.

Acción 8.1: Formación básica, continuada y transversal en violencia de género para los profesionales de la RSM (incluidos los profesionales en formación), que incluya conceptos sobre nuevos tipos de violencia de género y sus implicaciones (ciberacoso, ciber-violencia, violencia sexual, violencia de género por menores de edad), herramientas de detección, diagnóstico y tratamiento, así como los contenidos aprobados por la comisión de violencia de género del Consejo Interterritorial.

Acción 8.2: Creación de la figura formador/a y asesor/a referente en violencia de género dentro de los servicios de salud mental, incorporándola en el Grupo de Formadores de Violencia de género (formador de formadores).

Acción 8.3: Formación básica, continuada y transversal en violencia de género y salud mental dirigidos al personal sanitario para la detección precoz y mejoría en la atención a mujeres víctimas de violencia de género con diagnóstico de trastorno mental y a sus hijos e hijas.

Objetivo 9. Favorecer la investigación clínica y epidemiológica en relación con la violencia de género y el trastorno mental.

Acción 9.1: Impulso de proyectos de investigación en relación con la perspectiva de género, la violencia de género y trastorno mental en Castilla y León y la difusión de los resultados.

7. Salud mental de las personas mayores

INTRODUCCIÓN

España y el territorio europeo presentan un escenario sociodemográfico caracterizado por el envejecimiento de la población, con el reto añadido que supone la consideración de este fenómeno en el mundo rural. Castilla y León es una comunidad en la que esta situación incide con una mayor intensidad debido, entre otras razones, a la extensión del territorio, la dispersión poblacional, el alto índice de envejecimiento, la baja tasa de natalidad, la esperanza de vida creciente y especialmente, el envejecimiento del entorno rural. Además, con el aumento de la edad aumenta el porcentaje de personas que viven solas, causado principalmente por la viudedad, que afecta con más frecuencia a las mujeres. En Castilla y León, las personas mayores de 65 años alcanzan el 25,5% de la población.

La psicogeriatría es la rama de la salud mental que se ocupa de la atención a las personas de más de 65 años que presentan trastornos mentales, con independencia de que estos sean de origen orgánico o funcional.

Los problemas de salud mental en las personas mayores suponen un deterioro de la calidad de vida, se

asocian a complicaciones orgánicas y a un mayor riesgo de hospitalización e institucionalización en centros sociosanitarios y residenciales. La clave de la atención psicogeriatrica es un enfoque multidisciplinar desde el punto de vista bio-psico-social y teniendo siempre presente que el foco de atención es la persona y su familia/cuidadores, siendo el ideal un marco de atención comunitario donde la puerta de entrada suele ser la AP. Merece una especial atención el abordaje de las descompensaciones agudas que vienen derivadas del ingreso en centros sanitarios y sociosanitarios, que requieren un tratamiento individualizado, específico y un seguimiento pormenorizado.

En caso de que exista una necesidad de institucionalización por problemas sociales o imposibilidad de cuidado en domicilio, la red de centros sociosanitarios dispone de plazas específicas psicogeriatricas.

Dadas todas estas particularidades poblacionales, en las que además las personas mayores constituyen un grupo heterogéneo y en continua evolución, se considera necesario adaptar los recursos, programas y servicios a las necesidades individuales de cada persona, garantizando el principio de equidad, con independencia de su edad y del lugar geográfico de residencia.

7.1. Humanización de la atención a la salud mental

OBJETIVO GENERAL:

Garantizar el respeto a los derechos y preferencias en la atención a las personas mayores con diagnóstico de trastorno mental, su accesibilidad a los servicios sanitarios y luchar contra el estigma, promoviendo la sensibilidad social en relación con la salud mental en personas mayores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 1. Erradicar el estigma asociado a las personas mayores en relación con la enfermedad mental, garantizar el respeto a la dignidad, las preferencias y el trato humano en los recursos y la asistencia a las personas mayores con diagnóstico de trastorno mental.

Acción 1.1: Realización de campañas de sensibilización para incrementar la conciencia de la po-

³ En Castilla y León, 1 de cada 4 personas está por encima de los 65 años. Hay que significar una diferencia notable en términos de envejecimiento y dispersión en la parte occidental de Castilla y León frente al resto de la Comunidad Autónoma y que justifica sobradamente el desarrollo de recursos en la zona.

⁴ Se define como plaza psicogeriatrica por la Gerencia Regional de Servicios Sociales aquellas plazas en centros residenciales, para personas asistidas, que presenten trastornos de conducta derivados o compatibles con la situación clínica de demencia, que imposibilite un régimen normal de convivencia.

blación sobre los problemas de salud mental en personas mayores incluyendo la perspectiva de género, estigma y exclusión social a la que se tienen que enfrentar las personas mayores con problemas de enfermedad mental.

Acción 1.2: Reducción y minimización de las medidas de aislamiento y contención en las personas mayores, especialmente en aquellas atendidas en recursos de psiquiatría y salud mental, mediante la aplicación de estrategias alineadas con la herramienta “Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use”, priorizando la seguridad de la propia persona.

Acción 1.3: Definición y consenso de un protocolo de Planificación Anticipada de decisiones en el que se especifique la participación de las personas mayores con trastorno mental en la toma de decisiones sobre sus tratamientos acordando las decisiones terapéuticas adecuadas al proceso clínico en previsión de una pérdida de capacidad de decisión, de acuerdo a sus valores y preferencias.

Objetivo 2. Garantizar la accesibilidad de las personas mayores con problemas de salud mental a la asistencia sanitaria.

Acción 2.1: Desarrollo de programas de psicogeriatría para el apoyo y coordinación con recursos sociosanitarios y residenciales en la atención a personas mayores con problemas de salud mental.

7.2. Promoción de la salud mental y prevención

OBJETIVO GENERAL:

Promover la salud mental de las personas mayores a través de actuaciones de envejecimiento activo y saludable, tanto en entornos comunitarios como institucionales y prevenir problemas de salud mental en la persona mayor a través de una detección precoz de factores de riesgo y medidas de reducción de riesgos de enfermedad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 3. Fomentar la participación de las personas mayores en actividades de promoción de la salud mental allí donde se encuentre la persona mayor (en la comunidad, centro sanitario, sociosanitario o institución).

Acción 3.1: Realización de actividades psicoeducativas en la comunidad dirigidas directamente al mayor como factor protector de la aparición y/o precipitación del desarrollo de trastornos mentales

en personas mayores, así como de la soledad no deseada.

Objetivo 4. Atender de forma temprana y multidisciplinar a las personas adultas y mayores en primeros episodios o recaídas para mejorar la calidad de vida de las personas.

Acción 4.1: Realización de un cribado en personas mayores de 70 años sobre trastornos mentales que permitan una actuación precoz en AP.

Acción 4.2: Valoración precoz de sintomatología de trastornos mentales asociados a la edad y a posible discapacidad en personas adultas y mayores para iniciar y facilitar los procesos de dependencia y de medidas de apoyo y protección para personas con discapacidad y definición de voluntades anticipadas.

Acción 4.3: Detección de violencia y abuso en personas mayores mejorando los métodos de cribado y de diagnóstico precoz de los trastornos psicogeriátricos en todos los niveles asistenciales.

Acción 4.4: Instauración de un Programa de Vigilancia Farmacológica en personas mayores adecuando las pautas farmacológicas y previniendo las interacciones y los efectos secundarios de los psicofármacos.

7.3. Continuidad asistencial y coordinación

OBJETIVO GENERAL:

Garantizar una atención integral a las personas mayores con diagnóstico de trastorno mental desde los distintos recursos asistenciales con perspectiva biopsicosocial, promoviendo la permanencia en su entorno, siempre que sea posible y sea su deseo, con la coordinación de todos los profesionales implicados en los diferentes niveles asistenciales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 5. Adaptar la RSM para la mejora de atención a las personas mayores con diagnósticos de trastornos mentales, trabajando coordinadamente entre los diferentes niveles sanitarios asistenciales con actuaciones que eviten la institucionalización no deseada y la soledad social y ambiental.

Acción 5.1: Elaboración de protocolos para la atención a personas mayores con diagnóstico de trastorno mental basados en la evidencia, que incluyan sistemas de coordinación entre distintos niveles

asistenciales y recursos, incluyendo los sociosanitarios con la inclusión de la perspectiva de género.

Acción 5.2: Promoción de unidades funcionales de deterioro cognitivo en todas las áreas con la participación de servicios de psiquiatría y salud mental, neurología, geriatría y AP.

Acción 5.3: Promoción de las Unidades y consultas de Psicogeriatría dentro de los servicios de psiquiatría y salud mental.

Acción 5.4: Continuidad asistencial a personas con patología mental crónica desde edades tempranas adultas, susceptibles de sufrir un deterioro más acelerado y/o anticipado y con largos periodos de ingresos a lo largo de su vida.

Objetivo 6. Integrar las actuaciones de los servicios sanitarios y sociales a través de programas de atención psicogeriátricos garantizando una cobertura de necesidades que favorezcan la permanencia de la persona mayor con diagnósticos de trastornos mentales en su entorno el tiempo que desee, siempre que sea posible, y previniendo las institucionalizaciones innecesarias.

Acción 6.1: Elaboración de guías unificadas de actuación y/o protocolos específicos de atención y seguimiento implicando a todos los profesionales, abordando el problema de la soledad y haciendo uso de los recursos de servicios sociales con la inclusión de la perspectiva de género.

Acción 6.2: Implementación de programas de “enlace” en los centros residenciales y sociosanitarios para la detección y abordaje precoz del riesgo de suicidio en personas mayores.

7.4. Digitalización y sistemas de información

OBJETIVO GENERAL:

Establecer sistemas de información conectados entre el sistema sanitario y los recursos de Servicios Sociales para favorecer la continuidad asistencial.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 7. Facilitar el acceso a la información clínica y social a los profesionales que asisten a las personas mayores con diagnóstico de trastorno mental en algún recurso de carácter social o sociosanitario.

Acción 7.1: Adecuación de los sistemas de información y de acceso digital en los centros sociosanitarios para que la atención pueda ser continua, integral e integrada.

Acción 7.2: Aplicación de programas de revisión de medicación y de conciliación de psicofármacos y polifarmacia en personas mayores con trastorno mental.

Acción 7.3: Fomento de las consultas de telepresencia para personas mayores con trastorno mental y dificultades de desplazamiento.

Objetivo 8. Implementar tecnologías que faciliten la intervención psicosocial a distancia en personas mayores y sus cuidadores.

Acción 8.1: Implemento de programas de entrenamiento y rehabilitación cognitiva de probada eficacia que faciliten la intervención psicosocial a distancia en personas mayores.

7.5. Gestión del conocimiento

OBJETIVO GENERAL:

Emprender acciones formativas sobre los problemas y trastornos mentales en las personas mayores dirigidas a los profesionales que trabajan con las personas mayores y a las familias y personas cuidadoras, y fomentar la investigación sobre temas relacionados con los trastornos mentales en la vejez.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 9. Desarrollar programas específicos de formación en psicogeriatría a profesionales del sistema sanitario, social y del tercer sector, así como a personas cuidadoras, para proveerles de las herramientas necesarias para identificar posibles situaciones de riesgo y mejorar la calidad asistencial.

Acción 9.1: Desarrollo de dispositivos y programas que permitan itinerarios formativos específicos en el área de psicogeriatría acordes a la definición del nuevo programa de la especialidad de psiquiatría y que avale las acreditaciones de las UDM de salud mental, garantizando las rotaciones de residentes MIR, PIR, EIR.

Acción 9.2: Inclusión en los programas de formación continuada de profesionales involucrados en la asistencia a personas mayores con diagnóstico de trastorno mental, de actividades formativas relacionadas con la prevención, atención y evaluación de las situaciones que influyen en la salud mental de las personas mayores.

Acción 9.3: Formación específica en medidas alternativas no coercitivas dirigida a profesionales que trabajen en centros sanitarios y sociosanitarios.

Acción 9.4: Colaboración entre las administraciones y entidades del tercer sector para el apoyo a las personas mayores con problemas y trastornos mentales, a sus familias y/o personas cuidadoras.

Acción 9.5: Implementación de programas psicoeducativos de probada eficacia para cuidadores de personas mayores, que faciliten el conocimiento y actuación ante las pérdidas funcionales y prevengan el síndrome de la persona cuidadora.

Acción 9.6: Implementación de programas de soporte, información y formación a familiares/cuidadores accesibles en el medio comunitario para dotarles de competencias en las tareas que desempeñan en su rol de cuidadores con el fin de mejorar su calidad de vida.

Objetivo 10. Fomentar el desarrollo de proyectos de investigación y la innovación en el área de los trastornos mentales en personas mayores.

Acción 10.1: Impulso de proyectos de investigación en relación con el trastorno mental grave de la persona mayor

Acción 10.2: Puesta en marcha de proyectos piloto y de innovación sobre atención a personas mayores con un diagnóstico de trastorno mental.

LÍNEAS TRANSVERSALES

Todas las líneas estratégicas desarrolladas en la Estrategia de Salud Mental de Castilla y León (2024-2030) tienen en común cinco líneas transversales: Humanización, Promoción de la salud mental y prevención de enfermedad, Continuidad asistencial y coordinación, Digitalización y sistemas de información, y Formación y gestión de conocimiento.

1. Humanización

Las acciones que figuran en El Plan de Humanización en Salud Mental de Castilla y León (pendiente de publicación a la fecha de elaboración de la presente Estrategia) constituye la base de esta línea transversal, basado en el principio ético de respeto a la dignidad de la persona, como sujeto de derechos fundamentales recogidos en la Constitución (derecho a la protección a la salud, a la dignidad humana, al honor y a la intimidad, a la información, etc.), con su participación activa en el proceso terapéutico y la autonomía funcional y corresponsabilidad en el cuidado de su salud y toma de decisiones.

Todo ello se traduce en una atención integrada y multidisciplinar centrada en la persona, minimizando las medidas coercitivas y restrictivas necesarias en ocasiones para contener las situaciones de crisis agudas, y garantizando el acceso de las personas a los recursos, programas, dispositivos y unidades de la RSM y sanitarias en general, en las mismas condiciones, independientemente de su lugar de residencia o características personales (género, edad, enfermedad, recursos económicos, u otros).

Al lograr su integración como un miembro más de la comunidad se contribuye a la disminución del estigma que acompaña a las personas con enfermedad mental y su sintomatología, contemplando los prejuicios, discriminaciones o estereotipos asociados incluyendo la perspectiva de género, a los que se tienen que enfrentar habitualmente.

Colaborar con los medios de comunicación para mejorar la información sobre las enfermedades mentales, las conductas suicidas y las actuaciones previstas en la Estrategia de Salud Mental de Castilla y León (2024-2030), fomentando prácticas informativas responsables, contribuye también a normalizar la vida de las personas con enfermedad mental.

2. Promoción de la salud mental y prevención de enfermedad

El impulso de la Salud Mental Comunitaria que se pretende dar con el desarrollo de la Estrategia facilitará la accesibilidad a la ayuda de las personas y el fortalecimiento de los procesos protectores como medida de promoción de la salud mental. Además, la implicación de otros sistemas de apoyo como lo son Servicios Sociales y Educación, entre otros, permite que desde varios ámbitos se trabaje en esta dirección, insistiendo en la necesidad de que las personas, familias, grupos, entidades privadas y del tercer sector, las instituciones públicas y la sociedad en su conjunto se impliquen en prácticas de promoción de la salud mental que eviten o limiten conductas de riesgo y la aparición de problemas mentales.

Por su parte, con la detección precoz, especialmente de la depresión, ansiedad, suicidio, trastornos mentales menores de la salud mental y otros TMG, se reduce también al mínimo el agravamiento del trastorno mental y, en su caso, las consecuencias que de él se derivan.

En este sentido, establecer estrategias de prevención en todos los niveles asistenciales y ámbitos en los que se encuentran las personas, incluidos los profesionales que trabajan para ellas, adaptando las respuestas a las especificidades y complejidad de los trastornos mentales, abordando la salud mental con un enfoque biopsicosocial, centrado en la persona, integral y de calidad, facilita la identificación de los síntomas propios de enfermedades mentales, el malestar emocional y la medicalización innecesaria.

También la prevención del suicidio en las actuaciones de planificación y programación de la atención sanitaria siguiendo las indicaciones de la Estrategia de Prevención de la Conducta Suicida en Castilla y León (2021-2025), constituye un punto trascendental

en la Estrategia de Salud Mental en Castilla y León (2024-2030).

3. Continuidad asistencial y coordinación

El abordaje integral y multidimensional de la atención a las personas con problemas mentales requiere de una necesaria la continuidad asistencial entre los niveles, servicios, unidades, administraciones implicadas, promoviendo una asistencia holística y de calidad basada en la coordinación entre agentes implicados, con una orientación hacia los tratamientos comunitarios, situando en el centro del proceso a la persona y su proyecto de vida.

La interacción y el trabajo conjunto entre los profesionales, recursos y dispositivos de salud mental y otros servicios sanitarios, con corresponsabilidad en los objetivos implica coordinación efectiva entre profesionales del sistema sanitario con otras administraciones y organismos, así como con las entidades tercer sector y la sociedad civil (asociaciones científicas y profesionales, ONGs, agentes sociales, Centro de Inserción Social...), familias y cuidadores, para la anticipación de posibles efectos negativos, susceptibles de reducirse y optimizar las acciones, ofreciendo la perspectiva clínica a sus intervenciones y garantizando un acceso adecuado a los recursos en función de las necesidades individuales, clínicas, sociales y laborales.

Para ello, se implementarán circuitos asistenciales formales y eficientes a través de guías y protocolos, espacios de coordinación y colaboración efectiva y en red, interdisciplinar, intra e interinstitucional con organismos (sanitarios, servicios sociales, educación, servicios públicos de empleo, Justicia y fuerzas y cuerpos de seguridad del estado), entidades del tercer sector y asociaciones de personas con experiencia propia en salud mental, familiares y personas allegadas.

4. Digitalización y sistemas de información

La mejora de los sistemas de información y recogida de datos en registros específicos propiciará también una mejor coordinación y atención a las personas con enfermedad mental o en situación de riesgo de padecerlas, preservando siempre el derecho a la intimidad y cumpliendo los preceptos de la LOPD, implementando mecanismos de ciberseguridad.

Queda demostrado que el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación a través de plataformas digitales (teleconsulta, telemonitorización, te-

leasistencia avanzada...), supone un avance para los cuidados y asistencia sanitaria en salud mental, especialmente en aquellos pacientes con difícil acceso por sus características personales o por dificultades de desplazamiento.

La unificación de registros de toda la actividad e información clínica y social de los pacientes, especialmente con diagnóstico de trastorno mental, a través de la HCE significa una mejora también de vigilancia epidemiológica. Esto, a su vez, permite una gestión más eficiente, la planificación en las actuaciones y actividades y un avance para obtener y analizar datos actualizados, patrones y tendencias y su impacto en la salud pública y seguridad ciudadana.

Diseñar indicadores que contribuyan a cuantificar el conocimiento, la calidad asistencial y la intervención en pacientes con trastorno mental permite valorar la eficacia del plan tanto de forma general en trastorno mental como en grupos diagnósticos concretos.

El registro permite también actuar con coherencia ante los deseos de las personas en situaciones de crisis.

Unificar los sistemas informáticos y herramientas de valoración a nivel regional para facilitar el acceso a la HCE que propicie la atención comunitaria mediante la historia clínica única es uno de los retos de la Administración. A partir de su consecución, podrán plantearse posibles interconexiones entre varios sistemas como el de sanidad, educación, servicios sociales, y administración de justicia, donde existen comisiones mixtas de trabajo y para lo cual se configuraría como un instrumento altamente valioso para el intercambio de información reglado, a través de un modelo de comunicación informatizada.

5. Formación y gestión del conocimiento

Fomentar la adquisición de conocimientos especializados dentro de los programas formativos de residentes de medicina en psiquiatría, psicología clínica y enfermería especialista en salud mental, y la formación y capacitación de otros profesionales de los dispositivos de salud mental (TO y TS, entre otros), en la detección, atención y tratamiento de las enfermedades mentales supone para los ciudadanos recibir la mejor calidad asistencial que se merecen.

La creación de UDM en todas las Áreas de Salud de la Comunidad sustentan dicha finalidad.

Así mismo, se fortalece la formación en discriminación y seguimiento de los problemas de salud mental

de otros profesionales de los sectores sociales, educativos y de las fuerzas y cuerpos de seguridad y de primera intervención en la detección, atención, manejo y seguimiento de personas en riesgo de suicidio y mejorar los sistemas de vigilancia y la información sobre tentativas y suicidios.

Con ello, se apoya a los profesionales de los sectores sociales, educativos y de justicia, entre otros, además de aquellos trabajadores de las entidades prestadoras de servicios, entidades tutelares, familias y cuidadores, en la actualización y reciclaje de conocimientos en todo lo referente a la salud mental que les sirva para su trabajo diario con sus usuarios, incluyendo la prevención y la promoción de la salud.

Igualmente, es preciso capacitar a la población general sobre estilos de vida saludables, promoviendo, impulsando y potenciando el conocimiento de conductas de riesgo desencadenantes de algunas enfermedades mentales, tales como las adicciones, la exclusión social, violencia intrafamiliar y de género, entre otros.

Finalmente, con la Estrategia de Salud Mental de Castilla y León (2024-2030) se quiere potenciar la capacitación investigadora clínica, aplicada y social, en todos los perfiles profesionales que trabajan en los dispositivos de salud mental, para mejorar la evidencia sobre los trastornos mentales, promoción, prevención y atención, y conocer mejor los factores asociados a ellos.

En el Anexo 3 se incluye la matriz con los objetivos generales de cada una de las líneas estratégicas descritas por línea transversal.

INNOVACIÓN EN SALUD MENTAL

La Estrategia de Salud Mental de Castilla y León se alinea con los nuevos enfoques nacionales e internacionales en la atención a la salud mental, que pueden resumirse en dos:

1. Atención sanitaria a la salud mental lo más cercana posible a la Comunidad.
2. Recursos más especializados y específicos para el abordaje de situaciones de mayor gravedad o más difícil recuperación.

Todos los objetivos previstos, basados en la provisión de recursos humanos, estructurales y programáticos, ya existentes o en desarrollo, reflejan esta orientación, y añaden valor a la cada vez más amplia oferta asistencial en materia de salud mental.

Recursos Humanos

Nuestra Comunidad cuenta con profesionales de distintas ramas y sistemas (sanitario, social y educativo) capacitados e involucrados en ofrecer la mejor asistencia que prevenga, alivie los trastornos mentales, y mejore y recupere la salud mental de los ciudadanos.

En el ámbito de la salud mental, los profesionales sanitarios desarrollan un trabajo multidisciplinar y en equipo, donde cada uno de ellos aporta su saber para que la respuesta a las necesidades sea integral, global y completa. Dentro de este grupo distinguimos 5 perfiles profesionales específicos.

1. Especialista en Psiquiatría. El Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, establece el nuevo título de especialista de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, y la Orden PCM/205/2023, de 2 de marzo, que publica los nuevos programas formativos de las especialidades de Psiquiatría y Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, suponen un avance importante en la atención específica de los problemas de salud mental en función de la edad. El aumento progresivo de la plantilla de Psiquiatras de la Infancia y la Adolescencia en los últimos años es una garantía de asistencia especializada para los menores que la precisan en todas las provincias de la Comunidad, y la Estrategia de Salud Mental (2024-2030) así la fortalece, con dedicación de una línea específica para ellos. La citada Orden PCM/205/2023 marca unos requisitos de profesionales exigibles para la acreditación como UDM que no podemos eludir si Castilla y León

quiere mantener su capacidad formativa y garantizar el relevo generacional de sus profesionales.

2. Psicología Clínica. El requisito de obtención del título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica garantiza que la asistencia ofrecida sea la mejor posible. Estos profesionales, si bien no tienen programas formativos distintos, se distribuyen y capacitan en función de la edad a la que se dirigen, adulta o Infanto-juvenil. La atención precoz de los problemas de salud mental exige la ampliación progresiva de estos profesionales, y su acercamiento a la comunidad a través de programas de soporte emocional y de apoyo psicológico, fundamentalmente en el entorno rural.
3. Enfermería Especialista en Salud Mental. Presente en todos los dispositivos de salud mental de Castilla y León, se configura como figura clave en la coordinación dentro de los equipos que componen la asistencia, muy en especial en los programas asistenciales comunitarios. El cambio sustancial en su formación avanzada, pasando de uno a dos años, unido a la experiencia del colectivo especializado en nuestra Comunidad, supone una mejora sustancial en la calidad y humanización de la asistencia en salud mental.
4. Terapia Ocupacional. Profesión de amplia trayectoria en el ámbito sanitario de la salud mental dentro de los dispositivos y recursos específicos, realizan un trabajo activo y directo con las personas, diferenciado en función de población adulta o infanto-juvenil. Su labor profesional en cada vez más

unidades y equipos enriquecerá la asistencia ofrecida en los Servicios de Salud Mental y Psiquiatría tanto a nivel ambulatorio como hospitalario.

5. Trabajo Social. Contribuye como enlace del equipo con el entorno familiar, social, laboral, educativo, etc., además de facilitar las gestiones con la administración relativas a su proceso de enfermedad mental y a la discapacidad que genera. Su inclusión progresiva en las unidades y ESM, al igual que los terapeutas ocupacionales, supondrá un valor añadido a los mismos.

En la actualidad (01 de enero de 2024), Sacyl cuenta con 209 Psiquiatras, 27 de ellos especialistas en Psiquiatría Infantojuvenil, 126 profesionales de Psicología Clínica⁵, 31 Terapeutas Ocupacionales y 45 de Trabajo Social específicamente adscritos a la RSM.

La apuesta de la administración autonómica por ofrecer una buena formación continua en salud mental para nuestros profesionales es el mejor aval para ofrecer la mejor respuesta posible a las necesidades de los ciudadanos, favorecer diagnósticos precoces y una atención más específica según la patología o situación concreta de la persona: discapacidad intelectual, trastornos del comportamiento, del Neurodesarrollo, adicciones, abusos sexuales, violencia de género, identidad de género, personas mayores, etc.

En este sentido, Castilla y León está comprometida en la formalización de los Equipos Docentes Multiprofesionales compuestos por personal de Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería Especialista en Salud Mental, tanto para la atención de la población adulta como para la infanto-juvenil (menor de 18 años). Asimismo, ofrece formación específica en salud mental a los profesionales de TO y TS, además de a otros profesionales implicados en la atención directa a las personas (TCAE, celadores y personal de seguridad, principalmente).

En función del dispositivo del que se trate, es preciso hacer un correcto dimensionamiento de las necesidades de recursos humanos para optimizar la atención y los resultados, garantizando la continuidad de la asistencia y de los profesionales que la desarrollan.

La fidelización de los profesionales formados en nuestras UDM de Salud Mental garantiza la reposición de los profesionales jubilados y la necesaria ampliación de las plantillas existentes. Así, a través del programa de 2023 de fidelización y capacitación del talento, se han cubierto seis plazas de Psiquiatría de adultos, dos de Psiquiatría infantil y tres de Psicología Clínica, permitiendo además su incorporación inmediata a los

servicios y dispositivos en los que se han formado previamente.

Estos equipos multidisciplinares tendrán como misión también colaborar en la formación y capacitación de otros profesionales no sanitarios que intervienen directamente con la población así como contribuir en la actividad investigadora, que permite validar procesos y productos para su uso clínico y asistencial. Todo ello es primordial para la detección y manejo en situaciones de riesgo de la vida diaria, incluyendo a profesionales de servicios sociales, educación, justicia, cuerpos y fuerzas de la seguridad y del tercer sector, entre otros. La colaboración en red de todos ellos es fundamental para una atención de calidad, eficaz y eficiente en una Comunidad Autónoma de tan elevada dispersión como Castilla y León, tal como ha quedado reflejado a lo largo de esta estrategia.

Dispositivos y Recursos

Una asistencia sanitaria de calidad en materia de salud mental, al igual que en materia de salud física, requiere de una atención escalonada en función de la gravedad, con recursos adecuados y progresivos que den respuestas a las necesidades sanitarias.

Primer nivel asistencial

La AP constituye el primer nivel de intervención, capaz de solucionar una gran parte de los problemas de salud mental, por lo que requerirá programas de formación continuada en todos aquellos aspectos de interés para el abordaje de los diferentes trastornos mentales en este nivel asistencial.

El acercamiento de la asistencia a la salud mental a la AP debe ir acompañado de una actualización de la Cartera de Servicios en lo referente a la Salud Mental Comunitaria, propiciando un abordaje de carácter interdisciplinar y de forma continuada en su entorno social y familiar, al igual que el resto de los problemas de salud, ya que la salud mental no puede ser una excepción.

La teleasistencia, la consulta no presencial y la coordinación entre profesionales de AP y Especialistas en Salud Mental, así como la adecuación de las agendas de los profesionales de los ESM para la atención telefónica y por videoconferencia, son acciones que generan valor en el sentido de que acerca la atención de personas con trastornos mentales, principalmente aquellas residentes en áreas rurales y aquellos pacientes con trastornos mentales graves que

⁵ La oferta de plazas 2023/2024 se ha incrementado en más del 60% respecto a la de 2019/2020.

presenten dificultades para acceder a la modalidad presencial.

Segundo nivel asistencial

Existe una apuesta clara por el refuerzo de los dispositivos en régimen ambulatorio con la consolidación, mantenimiento y creación de ESM, hospitales de día, CRPS y Programas de Hospitalización a Domicilio con equipos multidisciplinares completos (psiquiatría, psicología clínica, enfermería, TO y TS) ubicados en entornos comunitarios.

Estos recursos se encuentran presentes en todas las provincias, en mayor o menor grado en función de su población, encontrándose en progresivo desarrollo en la actualidad. Ofrecen un seguimiento intensivo terapéutico en función de la prevalencia de trastornos mentales graves y desadaptativos, con programas específicos. Con ello se pretende lograr la máxima equidad en un entorno tan extenso y disperso como es el de Castilla y León.

El mayor esfuerzo realizado en los últimos años va dirigido al desarrollo completo de hospitales de día de área para la población adulta, habiéndose iniciado la implantación de hospitales de día infantojuveniles en las áreas con mayor población.

Tercer nivel asistencial

Para el abordaje y control de las patologías agudas en materia de salud mental es necesario garantizar la asistencia en UHB en todas las Áreas de Salud de la Comunidad, con creación adicional de Unidades de Referencia Regional dirigidas a abordar la patología mental más grave y desadaptativa. De este modo se consigue concentrar recursos materiales y profesionales especializados en materias concretas, que favorecen una asistencia de mayor calidad para las personas que la necesitan.

Actualmente existen UHB de adultos en todas las áreas de salud de la comunidad y se ha iniciado la implantación progresiva de recursos de referencia regional para la población infantojuvenil:

1. Nueva Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil, en Salamanca, que viene a complementar la asistencia prestada por la única Unidad de referencia hasta la fecha ubicada en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
2. Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil de Trastornos de la Conducta Alimentaria, en Burgos.
3. Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil de Trastornos del Neurodesarrollo y Patología Dual: Salud Mental y Discapacidad Intelectual, en León.
4. Unidad de Referencia específica para menores con trastornos graves de conducta con perspectiva socio-educativa-sanitaria.

Coordinación sociosanitaria

En un escenario de atención a la salud mental cada vez más comunitario, resulta imprescindible la coordinación funcional con la red de recursos sociosanitarios, entendiendo estos recursos como dispositivos de proximidad, que fomentan el tratamiento en el entorno habitual de la persona (Mini- residencia, pisos supervisados...) intensificando el trabajo conjunto del Sistema Sanitario, el de Servicios Sociales y el Tercer Sector para la inserción social y laboral de las personas con trastorno mental.

Teniendo en cuenta el grado de envejecimiento de la población y su relevancia socioeconómica, nos proponemos avanzar en la coordinación sociosanitaria en todos los niveles asistenciales, pero muy especialmente en el abordaje de las demencias, trastorno en crecimiento exponencial en nuestra Comunidad, a través de Unidades funcionales mixtas, con participación, desde el ámbito sanitario de profesionales de los Servicios de Psiquiatría, Neurología y Geriatría, que garantice un diagnóstico y abordaje precoz de este trastorno.

Teleasistencia

La Estrategia de Salud Mental de Castilla y León aboga por la incorporación paulatina de la telepresencia y teleconsulta a la realidad asistencial de una comunidad con elevado grado de dispersión y dificultades para la consulta presencial tanto por parte de los profesionales como de los propios pacientes y sus familias.

Su objetivo es doble. Por un lado, permite brindar a las personas enfermas la posibilidad de realizar consultas con su profesional de referencia sin necesidad de desplazarse, pudiendo desarrollarse, en función de los casos, en el domicilio del paciente, o en el centro de salud de su localidad. Por otro lado, facilita la coordinación entre profesionales de Atención Primaria y Especialistas en Salud Mental, tan necesaria para una correcta atención continuada en función del nivel de gravedad.

Programas específicos de atención

La Estrategia Regional de Salud Mental 2024-2030 presenta una serie de Programas novedosos que complementan a otros ya implantados y asentados. En su conjunto presentan una oferta asistencial completa que incluye respuestas a prácticamente todas las necesidades demandadas por la población en la atención a la salud mental.

1. El programa ambulatorio de alta resolución en casos urgentes de riesgo autolítico -“Red de enlace”- principalmente en la población infantil y adolescente, en las personas mayores en situación de soledad no deseada y en personas con diagnóstico de trastorno mental grave se comenzó a implantar en el año 2023 de manera gradual y en el año 2024 pretende estar asentado en toda la Comunidad, ampliándose progresivamente a otros grupos vulnerables en los años sucesivos. El programa pretende detectar y prevenir conductas suicidas en la población descrita.
2. El *Programa de salud mental y Protección a la Infancia*, dirigido a menores incluidos en el sistema de protección a la infancia en centros residenciales con problemas de salud mental, permite valorar el posible daño emocional y ofrecer una atención asistencial en salud mental en aquellos que se encuentren en una situación de riesgo de psicopatología.
3. El desarrollo de *Programas de intervención temprana en Psicosis* y *Programas de atención a la salud mental perinatal* en mujeres con enfermedad mental grave permiten un seguimiento de los pacientes que evitan posibles recaídas o empeoramiento y reducen tanto el número de ingresos en dispositivos hospitalarios como los efectos de la cronicidad en sus vidas.
4. *Programas de tratamiento asertivo comunitario* de carácter interdisciplinar. Suponen un acercamiento a la población, trabajando directamente en el entorno comunitario con las personas que precisan asistencia en salud mental.
5. Las *Unidades funcionales multidisciplinares de deterioro cognitivo*, integradas por profesionales de salud mental, neurología, geriatría y atención primaria, completarán la oferta de una asistencia específica a una parte tan importante de la población de nuestra Comunidad como son las personas mayores.
6. Extensión de la atención específica a la patología dual (trastorno mental y discapacidad o adicciones) a la etapa infanto-juvenil.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA

El Seguimiento y Evaluación de la Estrategia de Salud Mental de Castilla y León 2024/2030 constituye un elemento fundamental para su desarrollo, ya que permite identificar la consecución de las acciones prioritizadas y establecer medidas correctoras que ayuden a la consecución de los objetivos propuestos.

1. Comisión Institucional de Seguimiento y Evaluación

Para tal fin se establece una **Comisión Institucional de Seguimiento**, cuya misión principal será velar por el cumplimiento de la Estrategia de Salud Mental de Castilla y León 2024/2030 con una visión intersectorial y de garantía de establecimiento de las políticas adecuadas. Estará constituida por representantes de las Consejerías competentes en Sanidad, Servicios Sociales, Educación y Empleo, que serán nombrados a propuesta de sus titulares para su representación, y así como el Coordinador de la Estrategia de Salud Mental de la Gerencia Regional de Salud.

Podrá designarse asimismo un **Comité Técnico de Seguimiento y Evaluación**, que analizará las cuestiones operativas y elevará propuestas al comité institucional. Este comité estará integrado por un equipo multidisciplinar de técnicos y expertos en las diferentes materias, designados igualmente por los titulares de las consejerías con las competencias de Sanidad, Servicios Sociales, Educación y Economía y Empleo. El Comité Técnico será presidido por uno de los miembros del Equipo Directivo de la Estrategia y el Servicio de la Gerencia Regional de Salud con competencias en materia de Salud Mental hará las funciones de Secretaría Técnica.

2. Metodología de la evaluación

La metodología utilizada será la de un proceso continuo y dinámico, procurando un análisis de objetivos y acciones desde su implantación, seguimiento y valoración de los resultados obtenidos en función de los indicadores definidos.

Se determinará la priorización de objetivos, estableciendo un cuadro de mando de seguimiento de la Estrategia, e identificará los indicadores clave, tanto de implantación de las acciones como de impacto de estas en la salud mental de la población.

Se elaborará un informe parcial de evaluación sobre la consecución de objetivos y desarrollo de acciones, valorando la idoneidad o no de medidas correctoras con el fin de garantizar la mejor asistencia en materia de salud mental a la población, así como un Informe final de la Estrategia de Salud Mental de Castilla y León.

3. Etapas del proceso de seguimiento y evaluación. Cronograma

El Comité de Seguimiento y Evaluación propondrá un plan de implantación para el despliegue de las acciones, de tal manera que realicen de forma progresiva y se garantice su consecución.

Tabla 3. Cronograma del proceso de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia de Salud Mental en Castilla y León.

| Año | Trimestre | Fase |
|------|-----------|---|
| 2024 | | Aprobación de la Estrategia de Salud Mental de Castilla y León 2024/2030 |
| | | Constitución del Comité de Seguimiento y Evaluación |
| 2025 | | Generación de un cuadro de mando de seguimiento |
| | | Propuesta y aprobación de herramientas para el seguimiento y evaluación |
| 2026 | | Difusión de las herramientas de seguimiento y evaluación |
| | | Recogida de información para el Informe parcial de Seguimiento y Evaluación |
| 2027 | | Elaboración del Informe parcial |
| | | Aprobación y Presentación del Informe parcial |
| 2028 | | Propuesta y aprobación de medidas correctoras |
| | | Reajuste de las acciones e indicadores |
| | | Difusión de los reajustes |
| 2029 | | Recogida de información para el Informe final de Seguimiento y Evaluación |
| | | Elaboración del informe final |
| 2030 | | Aprobación y presentación del informe final |

ANEXOS

ANEXO 1. Recursos y dispositivos de salud mental por área (2024)

| | | Áv | Bu | Le | Bi | Pa | Sa | Sg | So | Va Este | Va Oeste | Za |
|--|---|----|----|----|----|----|----|----|----|---------|----------|----|
| Recursos Ambulatorios | Equipos de Atención Primaria (EAP) | | | | | | | | | | | |
| | Equipos de Salud Mental Adultos (ESM) | | | | | | | | | | | |
| | Equipos de Salud Mental Infanto Juveniles (ESM IJ) | | | | | | | | | | | |
| Recursos en régimen ambulatorio intermedio | Hospitales de Día Psiq. de Adultos (HDP) y Programas de Hosp. Parcial (PHP) | | | | | | | | | | | |
| | Hospitales de Día Psiq. Infanto Juveniles (HDP IJ) | | | | | | | | | | | |
| | Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) | | | | | | | | | | | |
| Recursos en régimen de Hospitalización | U. de Hosp. Psiq. (UHP) | | | | | | | | | | | |
| | U. de Hosp.Psiq. Infanto Juvenil (UHP IJ). | | | | | | | | | | | |
| | U. de Trastornos de la Conducta Alimentaria (URTA) | | | | | | | | | | | |
| | U. de Desintoxicación Hospitalaria | | | | | | | | | | | |
| | U. de Patología Dual de adultos: Drogodependencia y Enfermedad Mental | | | | | | | | | | | |
| | U. de Patología Dual de adultos: Discapacidad Intelectual y Enfermedad Mental | | | | | | | | | | | |
| | U. de Convalecencia Psiq. (UCP) | | | | | | | | | | | |
| | U. de Rehabilitación Psiq. (URP) | | | | | | | | | | | |
| | U. Residencial de Cuidados Continuados | | | | | | | | | | | |
| Rec. Comunitarios: | | | | | | | | | | | | |
| Sanitarios | Pisos terapéuticos | | | | | | | | | | | |
| | Centros de Día (CD) | | | | | | | | | | | |
| Sociales | Serv. de Asistencia Personal | | | | | | | | | | | |
| | Serv. de Promoción de la Autonomía Personal | | | | | | | | | | | |
| | Itinerarios de Empleo | | | | | | | | | | | |
| | Viviendas supervisadas | | | | | | | | | | | |
| | Mini Residencias | | | | | | | | | | | |
| Otros recursos dispositivos | Programa de "Viviendas y apoyos para la vida independiente" | | | | | | | | | | | |
| | Red de Asistencia a Drogodependencias (RAD) | | | | | | | | | | | |
| | Red de atención a personas en situación de exclusión social | | | | | | | | | | | |
| | Asociaciones de pacientes y familias | | | | | | | | | | | |

Presente en cada Área
 De Referencia Regional
 Recurso compartido
 Recurso de SS.SS.

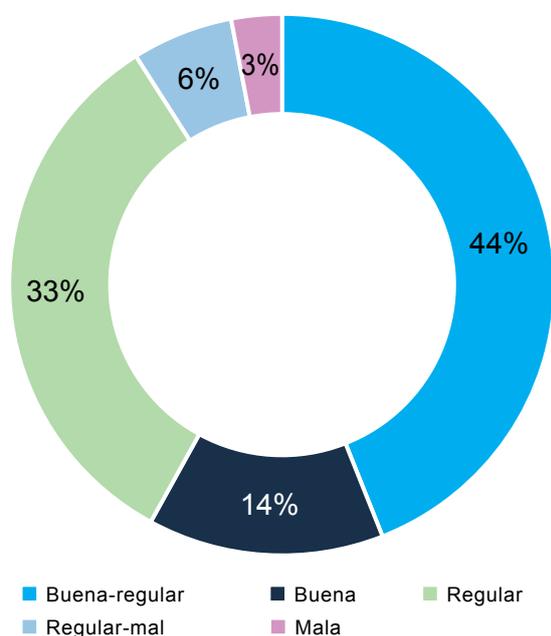
Áv, Ávila; Bi, Bierzo; Bu, Burgos; Le, León; Bierzo; Pa, Palencia; Sa, Salamanca; Sg, Segovia; So, Soria; Va E, Valladolid Este; Va O, Valladolid Oeste; Za, Zamora.

ANEXO 2. Análisis DAFO

Para la elaboración del informe se determinó que el grupo de interés clave para la identificación de las Debilidades, Fortalezas, Amenazas y Oportunidades (DAFO) fuera el formado por los jefes de servicios de las Áreas de Salud Mental de la Comunidad, puesto que tienen una visión global de la salud mental en cada una de sus Áreas de Salud y representan el sentir de todos los grupos profesionales que configuran el pilar del desarrollo de la Estrategia: profesionales de psiquiatría, psicología clínica, enfermería especialista en salud mental, terapia ocupacional (TO) y trabajo social (TS). Participaron 10 jefes de Servicio de Psiquiatría y Salud Mental de la Comunidad. Al grupo se unieron técnicos del Servicio de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Cuidados Paliativos que aportaron la perspectiva organizativa de los órganos de gestión.

Inicialmente se plantearon unas cuestiones sobre la salud mental en Castilla y León de las que se extrajeron las siguientes conclusiones:

Gráfico A1. Valoración de la Salud Mental en Castilla y León.



Se consideró buena=5, buena-regular= 4, regular=3, regular-mal=2 y mala =1, obteniendo se una valoración global de 36 puntos, una media de 3,3 (regular) y una mediana de 4 (buena-regular).

Respecto sobre cómo valoran los jefes de servicio la salud mental de la ciudadanía castellano y leonesa es de buena/regular, seguida de regular.

A la pregunta de “*Cómo estamos*” las respuestas se centraron en tres aspectos:

- Confusión sobre hacia dónde vamos.
- Poca prevención de los trastornos más graves.
- Desbordamiento de las consultas de salud mental por el trastorno mental común, lo que hace aumentar las listas de espera y genera dificultad en gestión.

Posteriormente se pusieron en común impresiones sobre los siguientes aspectos, tanto positivos como negativos:

Estructura y Organización

- Heterogeneidad en organización, gestión, criterios, recursos (humanos, económicos, dispositivos), lo que conlleva una evidente desigualdad de la asistencia por zonas (urbanas frente a rurales) y de áreas (con mayor o menor concentración de población).
- Falta de planificación y de propuesta para establecer un modelo asistencial unificado: se plantea el reto de actualizarlo y consensuarlo.
- Existencia de subespecialidades dentro del sistema, con sus pros y sus contras: personas adultas, infanto-juvenil, psicología clínica.
- Excesiva burocratización para todo, que limita las posibilidades de actuación, de respuesta rápida y de adaptación a las nuevas realidades cambiantes.
- Como aspecto positivo todos señalan el respaldo de la GRS en la apuesta por la mejora de la atención a la salud mental.

Sistemas de la Información

- Éstos están centralizados en la Historia Clínica Electrónica (HCE) que no siempre es accesible y para algunos profesionales de salud mental (TO y TS) el acceso es limitado.
- No se recoge la información que se necesita para la toma de decisiones basadas en datos objetivos (salvo Bision).
- No se cuantifican actividades que no sean puramente asistenciales, tales como programas o reuniones, de igual relevancia para la atención las personas y que consumen una parte muy importante del quehacer profesional.

Recursos Humanos

- Escasos recursos humanos: los índices en cada perfil profesional son inferiores a la media nacional.
- Clara brecha entre las zonas urbana y rural.
- Se tienen dispositivos específicos que pueden ofrecer formación a otros profesionales del sistema.

- Profesionales bien formados.
- Presencia desigual de TS, profesional estratégico para la coordinación sociosanitaria, en las diferentes Áreas de Salud, y de TO, cuyo papel podría ser muy importante en los entornos ambulatorios.
- Necesidad de incluir a profesionales con formación y/o experiencia en salud mental en AP. Es necesario valorar cómo ofrecer asistencia emocional en AP.
- Dependencia externa de los profesionales que componen los servicios de salud mental como TS y personal de enfermería (dependencia del Servicio de Admisión, Atención al Paciente, Subdirección Médica o Dirección de Enfermería), lo que dificulta la organización.
- Competencia entre las Áreas de Salud de la Comunidad por atraer a los profesionales.

Asistencia

- Patologización de la rutina diaria de los pacientes que limita la asistencia a los TMG por sobrecarga en las consultas.
- Aumento de la demanda asistencial que hace cuestionarse si funciona la AP para los casos de salud mental.
- Cobran mucha importancia los indicadores sociales en los diagnósticos. Habría que plantearse otro tipo de atención complementaria o de mejora de la existente.
- Existencia de problemas exógenos a la propia asistencia: aumento de los intentos autolíticos en todas las edades, pero especialmente en la población infanto-juvenil, y envejecimiento de la población, también con trastorno mental.

Necesidades y Problemas

- Falta de uniformidad en criterios para el diagnóstico, derivación a los especialistas, determinación de discapacidad y tratamiento.

- Dificultad en la comunicación interna.
- Falta de datos sobre los resultados y falta de utilización de los existentes.
- Dispersión e irregularidad de las actuaciones. Heterogeneidad en las distintas áreas.

Influencia de las características socio demográficas

- Población envejecida que obligará a cambiar el modelo asistencial a corto/medio plazo: casi el 30% de la población tiene más de 65 años.
- Inmigración asentada en determinadas zonas, con características particulares.
- Acceso diferente según sea zona rural o urbana.
- Barreras geográficas difíciles de superar: hay población muy alejada de los servicios, lo que dificulta la asistencia.
- Situación de la salud mental infanto-juvenil “dramática”.

A partir de estas consideraciones se identificaron las Debilidades, Fortalezas, Amenazas y Oportunidades (DAFO) en la salud mental de Castilla y León por cada Línea transversal de la Estrategia de Salud Mental: Humanización, Promoción de la Salud Mental y Prevención de la Enfermedad Mental, Coordinación y Continuidad Asistencial, Digitalización y Sistemas de Información y Gestión del Conocimiento. También se incluyó un apartado sobre los recursos y otras cuestiones.

Con su análisis se priorizaron los objetivos y acciones que debían aparecer en la Estrategia.

Las conclusiones que se alcanzaron aparecen en las siguientes tablas:

| HUMANIZACIÓN | |
|---|---|
| <p>Debilidades</p> <p>D1: Estigma Social: D1-1: Implica exclusión del colectivo</p> <p>D2: Insuficiente enfoque en Humanización: D2-1: Falta incluir la perspectiva de género D2-2: Falta de flexibilidad para adaptarse a la sociedad</p> | <p>Amenazas</p> <p>A1: Estigma Social: A1-1: Exclusión del colectivo</p> <p>A2: Falta de Sensibilización: A2-1: Poco interés de la sociedad A2-2: Poco interés de los Gerentes Sanitarios en la atención a la salud mental, sobre todo de ciertos colectivos</p> |
| <p>Fortalezas</p> <p>F1: Conciencia Social sobre la enfermedad mental: F1-1: Conciencia sobre la enfermedad de los profesionales de Salud F1-2: Conciencia sobre la enfermedad de la sociedad en su conjunto</p> | <p>Oportunidades</p> <p>O1: Interés por la desestigmatización de la enfermedad mental: O1-1: Sensibilización, conciencia social y política</p> <p>O2: Participación de los ciudadanos: O2-1: En campañas de sensibilización O2-2: En la toma de decisiones</p> |

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN

| | |
|---|---|
| <p>Debilidades</p> <p>D1: Inversión en Prevención:</p> <ul style="list-style-type: none"> D1-1: Falta de estudios genéticos D1-2: Inexistencia de prevención secundaria y terciaria (principalmente en TMG) D1-3: Poca implicación del sistema sanitario en la prevención en Adicciones <p>D2: Suicidio:</p> <ul style="list-style-type: none"> D2-1: Mala organización para el desarrollo de acciones de la Estrategia de Prevención de la conducta suicida en CyL (2021-2025) D2-2: Falta de desarrollo de la Prevención del suicidio D2-3: No se dan mensajes correctos sobre las conductas suicidas <p>D3: Asistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> D3-1: Sobrecarga de las consultas D3-2: Demandas fluctuantes D3-3: Accesibilidad limitada y desigual D3-4: Falta de desarrollo asistencial en salud mental infanto-juvenil en todas Áreas D3-5: Dificultad para gestionar el absentismo a las consultas | <p>Amenazas</p> <p>A1: Atención Asistencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> A1-1: Aumento de la demanda por la patologización de la vida cotidiana y falta de programas específicos para patología dual A1-2: Inadecuada comunicación con las familias de los pacientes A1-3: Sobrecarga del sistema A1-4: Incremento de nuevas adicciones, también en la población adulta |
| <p>Fortalezas</p> <p>F1: Salud mental infanto-juvenil:</p> <ul style="list-style-type: none"> F1-1: Fuerte desarrollo en las Áreas de Valladolid, León, Burgos y Salamanca <p>F2: Adicciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> F2-1: Existencia de un Programa específico de Salud Mental y Adicciones <p>F3: Prevención:</p> <ul style="list-style-type: none"> F3-1: Buena Prevención terciaria | <p>Oportunidades</p> <p>O1: Suicidio:</p> <ul style="list-style-type: none"> O1-1: Existencia de la Estrategia de Prevención de la Conducta Suicida (2021-2025) <p>O2: Existencia de un modelo Comunitario y Preventivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> O2-1: Existencia de Hospitalización a Domicilio y Hospitalización Parcial O2-2: Enfoque preventivo sobre el sufrimiento de la población O2-3: Tendencia hacia la atención en salud mental en la mujer, perinatal, laboral O2-4: Implicación de los profesionales en cada área <p>O3: Adicciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> O3-1: Creación de la Unidad de Referencia Regional de Salud Mental Infanto-Juvenil en Adicciones |

COORDINACIÓN Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

| | |
|---|---|
| <p>Debilidades</p> <p>D1: Discapacidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> D1-1: Inadecuada comunicación entre las áreas para la derivación a la U. Dual D1-2: Inadecuada comunicación con las familias de los pacientes <p>D2: Circuitos asistenciales:</p> <ul style="list-style-type: none"> D2-1: Deficitarios: con AP, con otras administraciones, con el tercer sector. D2-2: Redes poco integradas: Adicciones, Discapacidad, TEA | <p>Amenazas</p> <p>A1: Discapacidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> D1-1: Escasa comunicación entre diferentes sistemas <p>A2: Adicciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> A2-1: Dificultad para integrar la RSM y la RAD (de Servicios Sociales) |
| <p>Fortalezas</p> <p>F1: Discapacidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> F1-1: Buena coordinación intra/interadministrativa <p>F2: Asistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> F2-1: Existencia de un modelo comunitario potente F2-2: Existencia de una continuidad asistencial F2-3: Equipos multidisciplinares F2-4: Programas comunes en la Comunidad <p>F3: Trabajo en Red</p> <ul style="list-style-type: none"> F3-1: Tercer Sector muy potente F3-2: Buen funcionamiento de los Equipos Mixtos F3-3: Existencia de criterios de derivación comunes | <p>Oportunidades</p> <p>O1: Trabajo en Red:</p> <ul style="list-style-type: none"> O1-1: Buena disposición para la coordinación de todos los agentes implicados O1-2: Tercer sector potente O1-3: Equipos multidisciplinares |

DIGITALIZACIÓN Y SISTEMAS DE LA INFORMACIÓN

| | |
|--|---|
| <p>Debilidades</p> <p>D1: Sistemas Informáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> D1-1: Precarios/deficitarios, que consumen excesivo tiempo D1-2: Desvinculados entre sí D1-3: Inaccesibles para algunos profesionales | <p>Amenazas</p> <p>A1: Ley Orgánica de Protección de Datos: Puede ser limitante</p> <p>A2: Falta de registro de los casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> A2-1 Falta de conocimiento objetivo de la realidad asistencial A2-2 Pérdida de vinculación de la información en salud mental con los sistemas generales de información |
| <p>Fortalezas</p> <p>F1: Registros:</p> <ul style="list-style-type: none"> F1-1: Creación de registros propios que dan buena información <p>F2: HCE:</p> <ul style="list-style-type: none"> F2-1: Facilita el acceso y manejo de los datos resultantes. | <p>Oportunidades</p> <p>O1: Avances tecnológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> O1-1: Facilitan la teleasistencia y telemedicina O1-2: Facilitan la accesibilidad a los datos <p>O2: Ley Orgánica de Protección de Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> O2-1: Facilita el trabajo de los profesionales y les da cobertura legal en su quehacer |

FORMACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

| | |
|--|--|
| <p>Debilidades</p> <p>D1: Formación:</p> <ul style="list-style-type: none"> D1-1: Falta de formación especializada D1-2: Déficits de programas formativos <p>D2: Investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> D2-1: Falta de investigación, sobre todo en zonas no céntricas D2-2: Poco desarrollo y promoción | <p>Amenazas</p> <p>A1: Formación:</p> <ul style="list-style-type: none"> A1-1: Desinterés de algunos profesionales por formarse en determinados campos de la salud mental A1-2: Desconocimiento de ciertas áreas específicas: adicciones, infanto-juvenil, discapacidad. A1-3: Programa formativo de 5 años: no estamos preparados para asimilarlo <p>A2: Gestión conocimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> A2-1: Pérdida acreditación UDM de algunas Áreas de Salud por dificultad cumplimiento nueva normativa docente |
| <p>Fortalezas</p> <p>F1: Formación:</p> <ul style="list-style-type: none"> F1-1: Buena capacidad formativa y rotante F1-2: Recursos humanos preparados: formación, experiencia, implicación F1-3: Compromiso institucional F1-4: Programa de Fidelización | <p>Oportunidades</p> <p>O1: Formación:</p> <ul style="list-style-type: none"> O1-1: Buen nivel de formación específica O1-2: Posibilidad de ser referentes en asistencia y formación O1-3: Programa de Fidelización O1-4: Creación de la especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia <p>O2: Investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> O2-1: Posibilidad de ser pioneros O2-2: Nuevos servicios de Investigación en la GRS O2-3: Existencia de Becas de Investigación |

ANEXO 3. Matriz de objetivos

| | Humanización de la atención a la salud mental | Promoción de la salud mental y prevención de los problemas de salud mental | Continuidad asistencial y coordinación | Digitalización y sistemas de información | Gestión del conocimiento |
|--|---|--|---|---|--|
| Conductas suicidas | Garantizar una asistencia a las personas que presentan conductas suicidas con un trato humano centrado en la persona y con respeto a sus valores, creencias y preferencias, erradicando el estigma, prejuicios y falsos mitos asociados a la conducta suicida y la salud mental. | Ejecutar la Estrategia de Prevención de la Conducta Suicida en Castilla y León (2021-2025) para reducir al mínimo el riesgo de suicidio. | Atender de una manera coordinada, con los profesionales de salud mental como ejes de la misma, las situaciones y riesgo de conductas suicidas. | Garantizar un sistema de información y registro de datos integrado en la HCE del sistema sanitario que permita una comunicación efectiva, una atención ágil y que facilite el seguimiento epidemiológico y la gestión de resultados sobre los servicios e intervenciones realizadas. | Fomentar la formación en la detección, atención, manejo y seguimiento de conductas e ideaciones autolíticas y favorecer y desarrollar la investigación en factores etiológicos relacionados con el suicidio, su epidemiología, tratamiento y nuevos desarrollos. |
| Trastorno mental común y atención primaria | Garantizar los derechos y preferencias de las personas con trastorno mental común en el ámbito de AP y su relación con la RSM, facilitando la accesibilidad y reduciendo el estigma. | Promover la salud mental en la población y prevenir el trastorno mental común en AP, tanto en entornos comunitarios como institucionales. | Asegurar la continuidad asistencial a las personas atendidas por problemas de salud mental tanto para el tratamiento del trastorno mental común, como para el seguimiento compartido del TMG. | Fomentar el desarrollo de un sistema de información entre los niveles asistenciales sanitarios que garantice la comunicación, la información compartida de la historia clínica y el registro para conseguir una atención más accesible, equitativa, eficiente y basada en la evidencia de personas con problemas de salud mental. | Fomentar la formación de profesionales de AP y la investigación e innovación en el área de los trastornos mentales comunes en AP. |
| Salud mental en la infancia y la adolescencia | Garantizar el respeto de los derechos y preferencias y mejorar el trato humano y sensibilidad en los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental de la infancia y adolescencia, a través de la adaptación a la práctica clínica en la atención a menores al Plan de Humanización en Salud Mental de Castilla y León. | Impulsar la detección temprana de los primeros síntomas de los trastornos mentales en la población infantil y adolescente que permita un tratamiento precoz, reducir el tiempo de enfermedad activa, reducir secuelas en la funcionalidad y riesgo de peor recuperación, y que mejore la calidad de vida en las diferentes etapas de vida. | Asegurar la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes agentes implicados en la atención sociosanitaria en salud mental infanto-juvenil. | Facilitar el intercambio de información, como elemento esencial de coordinación, entre los diferentes agentes implicados en la atención sociosanitaria en salud mental infanto-juvenil. | Promover la gestión del conocimiento y la investigación en relación con la salud mental infanto-juvenil. |
| Trastorno mental grave | Garantizar los derechos básicos, la participación activa en el proceso terapéutico y la autonomía funcional de las personas con diagnóstico de TMG. | Impulsar la promoción de la salud mental en cuanto a factores de riesgo y desarrollo de estrategias de prevención del TMG. | Garantizar la continuidad asistencial de las personas con diagnóstico de TMG promoviendo una asistencia holística y de calidad basada en la orientación de tratamientos comunitarios, situando en el centro del proceso a la persona y su proyecto de vida y fomentando su integración en la sociedad como ciudadanos de pleno derecho, favoreciendo el acceso a la vivienda y el empleo. | Impulsar la transformación digital de los servicios de salud mental con el objetivo de mejorar los sistemas de información sanitarios y los cuidados en el paciente con diagnóstico de TMG. | Promover la mejora progresiva y constante en la atención clínica a la persona con diagnóstico de TMG basada en la actualización del conocimiento y en la investigación aplicada e innovación de los TMG en Castilla y León. |

| | Humanización de la atención a la salud mental | Promoción de la salud mental y prevención de los problemas de salud mental | Continuidad asistencial y coordinación | Digitalización y sistemas de información | Gestión del conocimiento |
|---|---|--|---|---|---|
| Salud mental y adicciones | Garantizar los derechos básicos al paciente con adicción a sustancias, comportamentales o pacientes duales en relación con su salud mental, así como la reducción del estigma de los pacientes con trastornos adictivos. | Promover la salud mental a través de la promoción de hábitos saludables en los principales entornos de socialización de la población (adulto, joven y adolescente) para evitar el desarrollo de adicciones a sustancias, el uso problemático de las nuevas tecnologías, y facilitar su detección precoz. | Promover la continuidad asistencial y la intervención coordinada de los profesionales que trabajan con personas con TUS, adicciones comportamentales y personas con patología dual atendidas en la RSM, en la red de intervención en drogodependencias (RAD y SRP) y en la red de Servicios Sociales. | Promover el uso de las tecnologías en la prevención, detección precoz y abordaje terapéutico con la inclusión del traspaso de información clínica segura entre las administraciones que trabajan con personas con diagnóstico de enfermedad mental y TUS. | Facilitar y promover la difusión del conocimiento, la formación y la investigación de los profesionales sobre la prevención del consumo de drogas, la detección precoz del trastorno por consumo y el tratamiento de la adicción. |
| Salud mental en grupos de mayor vulnerabilidad | | | | | |
| Discapacidad intelectual | Implantar las actuaciones previstas en el Plan de Humanización que fomentan la atención centrada en la persona, poniendo a las personas primero, con sus características propias y adaptando los servicios a sus necesidades. | Implicar a los profesionales sanitarios en la detección de los signos que alertan del inicio de un trastorno mental en aquellas personas con diagnóstico de Discapacidad Intelectual de base, especialmente en la etapa infanto-juvenil. | Fomentar la coordinación de todos los agentes implicados en la atención a las personas con Discapacidad Intelectual con enfermedad mental para asegurarse una atención centrada en la persona y sus necesidades específicas. | Mejorar los canales de traslado de información para favorecer la atención a las personas y la comunicación entre profesionales implicados en la atención a la discapacidad intelectual. | Capacitar a los profesionales del sistema sanitario y no sanitarios que trabajan directamente con las personas con discapacidad intelectual sobre el trastorno mental que pueda asociarse a ellas. |
| Personas en riesgo de exclusión social | Facilitar el abordaje integral desde una perspectiva bio-psico-social a personas con diagnóstico de trastorno mental vulnerables o en riesgo de exclusión, fomentando la adaptación del sistema sanitario a la persona. | Promover la mejora de las condiciones de vida de los grupos en situación de especial vulnerabilidad con mayor dificultad de acceso a la atención sanitaria, actuando sobre los determinantes sociales que condicionan su salud mental, y detectando precozmente los problemas de salud mental. | Facilitar la atención clínica y social y la coordinación entre los distintos recursos asistenciales y entidades implicadas en la atención a la persona en situación o en riesgo de exclusión social. | Facilitar el seguimiento de los trastornos mentales en personas vulnerables a través de los sistemas de información y las nuevas tecnologías propias de SACYL. | Proveer de formación y actualización a los profesionales de Castilla y León que trabajan con las poblaciones más vulnerables sobre la detección y el abordaje de sus posibles trastornos o problemas mentales. |
| Personas con diversidad de identidad de género | Fomentar la atención sanitaria basada en el principio ético de respeto a la dignidad de la persona. | Reconocer y valorar las circunstancias específicas de identidad de género que tienen durante la infancia y adolescencia para promover su salud mental y prevenir posibles malestares emocionales. | Priorizar la perspectiva multiprofesional en el abordaje de la atención a las personas con diversidad de identidad de género que requieren seguimiento y/o tratamiento por Salud Mental. | Preservar el derecho a la intimidad de las personas con diversidad de identidad de género. | Estimular el estudio y la formación como base de una atención de la salud mental de calidad. |

| | Humanización de la atención a la salud mental | Promoción de la salud mental y prevención de los problemas de salud mental | Continuidad asistencial y coordinación | Digitalización y sistemas de información | Gestión del conocimiento |
|---|--|---|---|--|--|
| Trastorno mental y violencia de género | Proporcionar una atención basada en el respeto de valores, preferencias y elecciones de las mujeres con un diagnóstico de trastorno mental primario o sobrevenido en el contexto de la violencia de género, garantizando sus derechos y autonomía, evitando el estigma y riesgo de victimización secundaria. | Promover la salud mental de las mujeres que sufren o han sufrido violencia de género mediante su prevención, detección precoz y atención integral e integrada. | Realizar una atención bio-psico-social e integral desde los servicios de salud mental a las mujeres víctimas de violencia de género, especialmente a las que padecen un trastorno mental, así como a los menores a su cargo, asegurando la continuidad de la asistencia a través de una coordinación efectiva entre todos los agentes que intervienen en ella, con la finalidad de dar la mejor atención a las víctimas, evitar la duplicidad, la pérdida de seguimientos y la revictimización. | Mejorar el registro y evaluación de los casos de violencia de género en el ámbito sociosanitario, en especial en mujeres con trastorno mental. | Promover la formación de los profesionales del sistema de salud como herramienta prioritaria para la prevención, detección precoz, tratamiento para las víctimas de violencia de género y que padecen un trastorno mental, primario o como consecuencia de esta, así como fomentar la investigación epidemiológica y clínica en el área de la violencia de género. |
| Salud mental de las personas mayores | Garantizar el respeto a los derechos y preferencias en la atención a las personas mayores con diagnóstico de trastorno mental, su accesibilidad a los servicios sanitarios y luchar contra el estigma, promoviendo la sensibilidad social en relación con la salud mental en personas mayores. | Promover la salud mental de las personas mayores a través de actuaciones de envejecimiento activo y saludable, tanto en entornos comunitarios como institucionales y prevenir problemas de salud mental en la persona mayor a través de una detección precoz de factores de riesgo y medidas de reducción de riesgos de enfermedad. | Garantizar una atención integral a las personas mayores con diagnóstico de trastorno mental desde los distintos recursos asistenciales con perspectiva biopsicosocial, promoviendo la permanencia en su entorno, siempre que sea posible y sea su deseo, con la coordinación de todos los profesionales implicados en los diferentes niveles asistenciales. | Establecer sistemas de información conectados entre el sistema sanitario y los recursos de Servicios Sociales para favorecer la continuidad asistencial. | Emprender acciones formativas sobre los problemas y trastornos mentales en las personas mayores dirigidas a los profesionales que trabajan con las personas mayores y a las familias y personas cuidadoras, y fomentar la investigación sobre temas relacionados con los trastornos mentales en la vejez. |

ANEXO 4. Abreviaturas

| | |
|---|--|
| AP: atención primaria | PHP: Programa de Hospitalización Parcial |
| AVAD: años de vida ajustados por discapacidad | PIR: Psicólogo Interno Residente |
| CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos | PPI: Programas de Prevención Indicada |
| CREFES: Centro Regional de Formación y Estudios Sociales | PTC: Programas Transversales Comunes |
| CRD: Comisionado Regional para la Droga | RAD: Red de Atención a las Drogodependencias |
| CRPS: Centros de Rehabilitación Psicosocial | RSM: Red de Salud Mental |
| DAFO: Debilidades, Fortalezas, Amenazas y Oportunidades | SACYL: Sanidad Castilla y León |
| DI: Discapacidad Intelectual | SEPS: Sociedad Española de Pediatría Social |
| EAP: Equipos de Atención Primaria | SPI: Sociedad Española de Psiquiatría Infantil |
| EIR: Enfermero Interno Residente | SPUP: Sociedad Española de Urgencias Pediátricas |
| EMADI: Equipos Multidisciplinares a Atención a la Discapacidad Intelectual | SRP: Servicio de Referencia de Prevención |
| ESM: Equipos de Salud Mental | TDAH: trastorno de déficit de atención e hiperactividad |
| GRS: Gerencia Regional de Salud | TEA: trastorno del espectro autista |
| GSS: Gerencia de Servicios Sociales | TIC: tecnologías de la información y la comunicación |
| HCE: Historia Clínica Electrónica | TMG: trastorno mental grave |
| HDP: Hospitales de Día Psiquiátricos | TO: terapia ocupacional |
| INE: Instituto Nacional de Estadística | TS: trabajo social |
| LOPD: Ley Orgánica de Protección de Datos | TSAP: trabajadores sociales en Atención Primaria |
| MAP: Médico de atención primaria | TUS: trastorno por uso de sustancias |
| MIR: Médico Interno Residente | UCA: Unidades de Convalecencia Psiquiátrica |
| NIMH: Nacional de Salud Mental de Estados Unidos | UDM: Unidades Docentes Multiprofesionales |
| OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos | UHB: Unidades de Hospitalización Breve |
| OMS: Organización Mundial de la Salud | UHP IJ: Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil |
| PAC: Puntos de Atención Continuada | UMEDI: Unidad de hospitalización de media estancia de referencia para la atención de Patología Dual |
| PDA: Planificación Anticipada de Decisiones | ZBS: zona básica de salud |

ANEXO 5. Listado de tablas y figuras

Tablas

Tabla 1. Población de Castilla y León por grupos de edad y género.

Tabla 2. Prevalencia registrada de trastornos mentales en población general (2021).

Tabla 3. Cronograma del proceso de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia de Salud Mental en Castilla y León.

Figuras

Figura 1. Evolución de la pirámide de población de Castilla y León.

Figura 2. Prevalencia de mortalidad debida a suicidios y lesiones autoinfligidas en relación con el número de muertes total en Castilla y León (2018-2022).

Figura 3. Tasa de suicidios por 100.000 habitantes por sexo en Castilla y León (2000-2022).

Figura 4. Prevalencia de trastornos mentales graves: España vs Castilla y León (2020).

Figura 5. Consumo de alguna vez en la vida y durante los últimos 12 meses de alcohol, tabaco y cannabis en la población entre 15 y 64 años de Castilla y León.

Figura 6. Porcentaje de la población de Castilla y León con problemas de exclusión en diversas dimensiones, según la existencia de una enfermedad o trastorno mental (2021).

Figura 7. Evolución del número de denuncias en los juzgados con competencia en Violencia sobre la Mujer (2022).

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. 2022; Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. Constitución Española BOE nº 311. 1978; Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-31229>
3. Ley Orgánica 14/2007 de reforma del Estatuto de Autonomía de Castilla y León. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2007/11/30/14/con>
4. Ley 1/1993 de 6 de abril de Ordenación del Sistema Sanitario. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es-cl/1/1993/04/06/1>
5. Decreto 83/1989 de 18 de mayo por la que se regula la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica de la Comunidad de Castilla y León. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/recopilacion-normativa/organizacion-administrativa-castilla-leon/organizacion-administrativa/decreto-83-1989-18-mayo-regula-organizacion-funcionamiento->
6. Orden de 19 de abril de 1991 por el que se establece la delimitación territorial de la asistencia psiquiátrica en la Comunidad de Castilla y León. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/recopilacion-normativa/organizacion-administrativa-castilla-leon/organizacion-administrativa/orden-19-abril-1991-establece-delimitacion-territorial-asis>
7. ORDEN SAN/146/2012 de 16 de marzo. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/resumen-bocyl-legislacion-sanitaria/orden-san-146-2012-16-marzo-dispone-publicacion-general-con>
8. Real Decreto 1480/2001 de 27 de diciembre sobre traspaso a la Comunidad de Castilla y León de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2001-24756>
9. Decreto 287/2001 de 13 diciembre 2001 por el que se aprueba el Reglamento General de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Disponible en: https://www.jcyl.es/web/jcyl/AdministracionPublica/es/Plantilla100Detalle/1248367026092/_/1215245997169/Reccion
10. Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>
11. Decreto 57/2007 de 31 de mayo de transferencia de funciones y servicios de la Diputación Provincial de Segovia a la Comunidad de Castilla y León en materia de asistencia psiquiátrica. Disponible en: [dcastillayleon.es/institucion/es/recopilacion-normativa/ordenacion-sistema-sanitario/normas-generales/decreto-57-2007-31-mayo-transferencia-funciones-servicios-d](https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/recopilacion-normativa/ordenacion-sistema-sanitario/normas-generales/decreto-57-2007-31-mayo-transferencia-funciones-servicios-d)
12. DECRETO 70/2005. Disponible en: <https://bocyl.jcyl.es/boletin.do?fechaBoletin=17/10/2005>
13. Decreto 120/2007 de 20 de diciembre de transferencia de funciones y servicios de la Diputación Provincial de Salamanca a la Comunidad de Castilla y León en materia de asistencia psiquiátrica gestionados por el Consorcio hospitalario de Salamanca, y de asunción de personal laboral propio de dicho consorcio por la Comunidad de Castilla y León. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/recopilacion-normativa/asistencia-sanitaria/organizacion-territorial-funcional/decreto-120-2007-20-diciembre-transferencia-funciones-servi>
14. DECRETO 91/2006. Disponible en: <https://bocyl.jcyl.es/boletin.do?fechaBoletin=20/12/2006>
15. Ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>
16. Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
17. Ley 26/2011 de 1 de agosto de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-13241>
18. Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-6963>
19. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/home.htm>
20. Ley 8/2003 de 8 de abril sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-8796>
21. Consejería de Sanidad - Gerencia Regional de Salud. Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León para el periodo 2003-2007. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-regional-salud-mental-asistencia-psiquiatrica>
22. IV Plan de Salud de Castilla y León. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/iv-plan-salud-castilla-leon>

23. VII Plan Regional sobre Drogas 2017-2021. Disponible en: <https://familia.jcyl.es/web/es/drogas/plan-regional-sobre-drogas.html>
24. V Plan Estratégico de Juventud 2022-2025. Disponible en: <https://juventud.jcyl.es/web/es/plan-estrategico-juventud-20222025.html>
25. Plan Estratégico de Investigación e Innovación en Salud en Castilla y León (2023-2027). Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/plan-estrategico-investigacion-innovacion-salud-castilla-le.ficheros/2774851-Plan%20estrat%C3%A9gico%20Investigaci%C3%B3n%20e%20Innovaci%C3%B3n%20en%20Salud%20Castilla%20y%20Le%C3%B3n%202023-2027.pdf>
26. Proceso de Atención al paciente crónico complejo de Salud Mental (2016).
27. Proceso de Atención a la Conducta Suicida (2016).
28. Proceso de Atención de Enfermería en Salud Mental (2017).
29. Proceso de Atención en los Equipos de Salud Mental en la Comunidad de Castilla y León (2016).
30. Proceso de Atención Integrada al Autismo (2018).
31. Proceso de Trabajo Social en la Red de Salud Mental de la Comunidad de Castilla y León (2017).
32. Estadística de Castilla y León. Padrón continuo a 1 de enero de 2023.
33. Sistema Nacional de Salud. Indicadores Clave. Disponible en: <https://inclasns.sanidad.gob.es/>
34. Ministerio de Sanidad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInf-SanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2022/INFORME_ANUAL_2022.pdf
35. Moretin R, Redondo, C., Arias, B. y Rodríguez, J. . Personas con discapacidad intelectual y alteraciones de la salud mental: prevalencia y principales características - Plena Inclusión Castilla y León. 2021.
36. INE. Defunciones por causa de muerte (lista reducida), comunidad y ciudad autónoma de defunción y sexo - Años 2018-2022 Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=55864&L=0>.
37. Encuesta Nacional de Salud de España 2017. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
38. UNICEF. Estado mundial de la infancia 2021: en mi mente. Disponible en: https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/EMI_EuroBrief.pdf
39. Comunicado del Grupo de trabajo multidisciplinar sobre salud mental en la infancia y adolescencia. 7 de abril de 2022; Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/20220407_np_salud_mental_infancia_y_adolescencia.pdf
40. Encuesta de discapacidad autonomía personal y situaciones de dependencia. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&idp=1254735573175
41. Sistema Nacional de Salud. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf.
42. EDADES. 2022; Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_EDADES.pdf
43. Adicciones sin sustancia. Disponible en: <https://familia.jcyl.es/web/es/adicciones-sustancia.html>
44. Plena inclusión Castilla y León Personas con discapacidad intelectual y alteraciones de la salud mental prevalencia y principales características. Disponible en: https://www.plenainclusioncyl.org/uploads/blog/descarga_1642754161_estudiossaludmental.pdf
45. Fundación Foessa Informe sobre exclusión y desarrollo social en Castilla y León. Disponible en: https://www.foessa.es/main-files/uploads/sites/16/2022/03/Informes-Territoriales-2022_CastillaLeon.pdf.
46. Ministerio de Sanidad. Encuesta Sobre Salud y Consumo De Drogas En Población Interna En Instituciones Penitenciarias,. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_ESDIP_Informe.pdf
47. Estadística General de Población Penitenciaria (Informe General 2022) Ministerio del Interior Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Disponible en: https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas/informe-general-de-instituciones-penitenciarias/Informe_General_IIPP_2022_12615039X.pdf
48. Ministerio del Interior - Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Estadística General de Población Penitenciaria. En Informe General 2022. Disponible en: https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas/informe-general-de-instituciones-penitenciarias/Informe_General_IIPP_2022_12615039X.pdf
49. INE Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/evdvg_2022.pdf
50. Cobo J, Muñoz R, Martos A, Carmona M, Pérez M, Cirió R, et al. La violencia de género en la atención psiquiátrica y psicológica especializada: ¿es relevante la violencia de género para nuestros profesionales? Revista de Psiquiatría y Salud Mental 2010; 3: 61-7.

51. Latasa Zamalloa P, Velasco Muñoz C, Iniesta Mármol C, Beltrán Gutierrez Pd, Curto Ramos J, Gil Borrelli C-C. Aproximación a las causas de ingreso de las personas trans a través del conjunto mínimo básico de datos en España durante el periodo 2001 a 2013. *Revista Española de Salud Pública* 2019; 93.
52. Montesó-Curto P, Aguilar-Martín C. Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad. *Atención Primaria* 2014; 46: 167-8.
53. Palma-Ayllón E, Escarabajal-Arrieta MD. Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos* 2021; 32: 22-5.
54. Indicadores Clave Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://inclasns.sanidad.gob.es/>
55. Ley 1/2000 de 7 de enero de Enjuiciamiento Civil. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-323>
56. Organización Mundial de la Salud. Suicide worldwide in 2019 Global Health Estimates Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
57. Organización Mundial de la Salud. Salud mental y COVID-19 datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
58. INE Tasa de mortalidad por suicidio. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?tpx=46688&L=0>
59. Theunissen JR, Duurkoop P, Kikkert M, Peen J, Dekker J. [The aftermath of the reduction in inpatient care and treatment II: cross-sectional study relating to the health, the need for care, the quality of life, social functioning and the integration in society of chronic mental patients in Amsterdam]. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 153-63.
60. Organización Mundial de la Salud. The European Mental Health Action Plan 2013–2020. Disponible en: https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen-Bibliothek/Internat__OECD_EU_WHO/WHO-Eu_Mental-Health-Action-Plan-2013-2020.pdf
61. Ansseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 2004; 78: 49-55.
62. Organización Mundial de la Salud. Mental health action plan 2013 - 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
63. Singh OP. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030: We must rise to the challenge. *Indian J Psychiatry* 2021; 63: 415-7.
64. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 – 2030. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
65. Organización Mundial de la Salud. Salud mental del adolescente. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
66. National Institute of Mental Health (NIMH). Mental Illness. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>
67. Movimiento Rethinking. Libro Blanco de Intervención Temprana en Psicosis en España. 2018; Disponible en: <https://www.infocop.es/pdf/LibroBP.pdf>
68. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2009; 18: 23-33.
69. Organización Mundial de la Salud. Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>
70. Szerman N, Torrens M, Maldonado R, Balhara YPS, Salom C, Maremmani I, et al. Addictive and other mental disorders: a call for a standardized definition of dual disorders. *Transl Psychiatry* 2022; 12: 446.
71. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). European Drug Report 2022: Trends and Developments. Disponible en: https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2022_en
72. Reissner V, Kokkevi A, Schifano F, Room R, Storbjörk J, Stohler R, et al. Differences in drug consumption, comorbidity and health service use of opioid addicts across six European urban regions (TREAT-project). *Eur Psychiatry* 2012; 27: 455-62.
73. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, June Ruan W, Goldstein RB, et al. Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med* 2005; 35: 1747-59.
74. Schulden JD, Thomas YF, Compton WM. Substance abuse in the United States: findings from recent epidemiologic studies. *Curr Psychiatry Rep* 2009; 11: 353-9.
75. Roncero C, Ros-Cucurull E, Grau-López L, Fadeuilhe C, Casas M. Effectiveness of Inhaled Loxapine in Dual-Diagnosis Patients: A Case Series. *Clin Neuropharmacol* 2016; 39: 206-9.
76. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, et al. [Madrid study on the prevalence and characteristics of outpatients with dual pathology in community mental health and substance misuse services]. *Adicciones* 2013; 25: 118-27.
77. Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1994-9365>
78. Novell Alsina R RQP, Salvador-Carulla L. . Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual: Guía práctica para técnicos y cuidadores. . Madrid: FEAPS2003.

79. Bouras N, Holt G, Day K, Dosen A, editors. Mental health in mental retardation: The ABC for mental health, primary care and other professionals. World Psychiatric Association 1999.
80. Publications Office of the European Union. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. 1995.
81. Friestad C, Haukvik UK, Johnsen B, Vatnar SK. Prevalence and characteristics of mental and physical disorders among female prisoners: a mixed-methods systematic review. *Int J Prison Health* 2023.
82. Gómez-Figueroa H, Camino-Proaño A. Mental and behavioral disorders in the prison context. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 2022; 24: 66-74.
83. Martín C, Andrés P, Bullón A, Villegas JL, de la Iglesia-Larrad JI, Bote B, et al. COVID pandemic as an opportunity for improving mental health treatments of the homeless people. *Int J Soc Psychiatry* 2021; 67: 335-43.
84. Organización Mundial de la Salud. Status report on prison health in the WHO European Region 2022 Disponible en: <https://www.who.int/europe/publications/item/9789289058674>
85. Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-5585>
86. Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-5366>
87. Oram S, Fisher HL, Minnis H, Seedat S, Walby S, Hegarty K, et al. The Lancet Psychiatry Commission on intimate partner violence and mental health: advancing mental health services, research, and policy. *Lancet Psychiatry* 2022; 9: 487-524.
88. Visibilización de la violencia de género en las consultas sanitarias: un proyecto de Atención Primaria y Salud Mental. Buena Práctica del SNS 2015. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/plan-> CalidadSNS/pdf/BBPP_2015/Actuaciones_Sanitarias_VG/BBPP_VG_Madrid_3.pdf
89. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Macroencuesta de violencia contra la mujer. 2019.
90. FEDEAFES (Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental). Guía: investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental.
91. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades Región de Murcia. Guía de actuación en el ámbito de salud mental y drogodependencia en Violencia de Género. 2019.
92. Modelo “Objetivo Violencia Cero” de Castilla y León. Disponible en: <https://familia.jcyl.es/web/es/mujer/mo-del-o-objetivo-violencia-cero.html>
93. Plan estratégico para la igualdad de género 2022-2025 de Castilla y León. Disponible en: <https://familia.jcyl.es/web/es/mujer/agenda-igualdad-genero.html>
94. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. 2019.
95. Guía de Clínica de actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Actualizada en 2019; Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/guia-clinica-actuacion-sanitaria-violencia-genero>
96. Proceso de Atención Integrada ante las Agresiones sexuales. 2020; Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/proceso-atencion-integrada-agresiones-sexuales>
97. Protocolo Atención Sanitaria ante sospecha de sumisión química. 2022; Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/protocolo-atencion-sanitaria-sospecha-sumision-quimica>
98. Protocolo Sanitario de Actuación ante la sospecha de Maltrato Intrafamiliar en la Infancia y Adolescencia. Actualizado en 2021; Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/procesos-atencion/maltrato-infantil-adolescencia>

Equipo directivo

María Ángeles de Álvaro Prieto. Jefa del Servicio de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Cuidados Paliativos. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización. Gerencia Regional de Salud.

Fernando Uribe Ladrón de Cegama. Coordinador de la Estrategia de Asistencia en Salud Mental de Castilla y León (2024-2030).

María Victoria Martín Arranz. Técnico del Servicio de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Cuidados Paliativos. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización. Gerencia Regional de Salud.

Equipo coordinador: responsables de líneas

Paula María Álvarez Manzanares. Técnico del Servicio de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Cuidados Paliativos. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización. Gerencia Regional de Salud.

Manuel Franco Martín. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Área de Salud de Zamora.

Juan Antonio García Mellado. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Área de Salud de Burgos.

Ricardo Martínez Gallardo. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Área de Salud de Soria.

Alberto Miranda Sivelo. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Área de Salud de Segovia.

Francisco Luis Rodríguez Fernández. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Área de Salud de León.

Carlos Roncero Alonso. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Área de Salud de Salamanca.

Francisco Carlos Ruiz Sanz. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Área de Salud de Palencia.

Araceli Sánchez García. Jefa de Servicio de Psiquiatría. Área de Salud de Ávila.

María Ángeles Sánchez Pérez. Técnico del Servicio de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Cuidados Paliativos. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización. Gerencia Regional de Salud.

Ana Santamarta Arguello. Jefa de Servicio de Psiquiatría. Área de Salud de Valladolid Oeste.

María del Rosario Villa Carcedo. Técnico del Servicio de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Cuidados Paliativos. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización. Gerencia Regional de Salud.

Relación de participantes

Lourdes Aguilar Sánchez. Psiquiatra. Unidad de Hospitalización. Complejo Asistencial de Salamanca.

Laila Al Chaal Marcos. Psiquiatra. Equipo de Salud Mental. Complejo Asistencial de Ávila.

Raquel Alonso Gómez. Psicóloga Clínica. Complejo Asistencial de León.

Marta Alonso Santamaría. Psiquiatra. Complejo Asistencial de Burgos.

Yolanda Álvarez Fernández. Psicóloga Clínica. Complejo Asistencial de Burgos.

Isidoro Manuel Andrés Corral. Técnico Asesor. Dirección Técnica de Atención a Personas Mayores y Personas con Discapacidad.

Sandra Arroyo González. Enfermera Especialista en Salud Mental. Equipo de Salud Mental Infanto Juvenil de Valladolid Oeste.

Pilar Bayón Calvo. Trabajadora Social. Equipo de Salud Mental de Valladolid Oeste.

José Antonio Blanco Garrote. Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Berta Bote Bonaechea. Psicogeriatra. Complejo Asistencial de Salamanca.

Belén Cabero Lorenzo. Trabajadora Social. Equipo de Salud Mental de Valladolid Oeste.

Amaya Caldero Alonso. Psiquiatra. Unidad de Hospitalización. Complejo Asistencial de Zamora.

Alicia de la Calle Sanz. Terapeuta Ocupacional. Centro de Rehabilitación Psicosocial de Segovia.

Ramón Cancho Caldera. Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

Cristina del Cano González. Trabajadora Social. Unidad de Patología Dual "Santa Isabel". Complejo Asistencial de León.

Lorena Carrascal Laso. Psiquiatra. Unidad de Hospitalización. Complejo Asistencial de Zamora.

Ana Isabel Castaño Villarroel. Enfermera Especialista en Salud Mental. Complejo Asistencial de Zamora.

M^a Nelida Castillo Antón. Trabajadora Social. Unidad de Hospitalización. Complejo Asistencial de Soria.

Cristina Catalina Fernández. Psicóloga Clínica. Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

María Carmen Cervera Díaz. Médico Geriatra. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

María José Chica Ramos. Jefe de Servicio de la Dirección General de la Mujer. Gerencia de Servicios Sociales.

Flor Cidón Colino. Asesora Técnico Docente. Unidad de Bienestar Emocional. Dirección General de Recursos Humanos. Consejería de Educación.

Raquel Conde Diez. Psicóloga Clínica. Unidad de Hospitalización. Hospital Clínico Universitario Río Hortega de Valladolid.

Marta de la Cruz Martínez. Coordinadora UME de Palencia. Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León.

Alexander Cruz Murcia. Enfermero Especialista en Salud Mental. Complejo Asistencial de León.

Sara Díaz Trejo. Psicóloga Clínica. Complejo Asistencial de Salamanca.

Silvia Lourdes Domingos Videira. Terapeuta Ocupacional. Unidad de Patología Dual "Santa Isabel". Complejo Asistencial de León.

Pablo Escribano Romero. Psiquiatra. Complejo Asistencial de Burgos.

Carmen Fernández Alonso. Médico Jubilada.

Elena Ferreiro Tiemblo. Enfermera Especialista en Salud Mental. Equipo de Salud Mental de Ávila.

Belén Flórez Valverde. MIR. Complejo Asistencial de Salamanca.

Carolina Franco Porras. Psiquiatra. Complejo Asistencial de Burgos.

Vicente de la Fuente Robles. Enfermero Especialista en Salud Mental. Equipo de Salud Mental de Ávila.

Laura Gallardo Borge. Psiquiatra. Equipo de Salud Mental de Segovia.

M^a Carmen Gallego Peláez. Enfermera Especialista en Salud Mental. Equipo de Salud Mental de Valladolid Este.

Patricia García Barriuso. Trabajadora Social. Equipo de Salud Mental de Valladolid Este.

María García López. Técnico Facultativo. Servicio de Promoción de la Salud y Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública.

Daniel García Sangrador. Enfermero Especialista en Salud Mental. Equipo de Salud Mental de Zamora.

Soraya Geijo Uribe. Psiquiatra Infantojuvenil. Equipo de Salud Mental Infantojuvenil de Valladolid Este.

Raquel Gómez Marcos. Trabajadora Social. Unidad de Hospitalización. Complejo Asistencial de Salamanca.

Ruth González Collantes. Psiquiatra. Equipo de Salud Mental Infanto Juvenil de Valladolid Este.

Yolanda Granja Garrán. Médico de Familia. Equipo de Atención Primaria de Valladolid Oeste.

Miguel Ángel Heredero Sanz. Psiquiatra. Equipo de Salud Mental de León.

Pedro Luis Hernández Delgado. Terapeuta Ocupacional. Unidad de Patología Dual de Salud Mental y Drogadicción. Complejo Asistencial de Salamanca.

Marta Saray Hernández García. Psiquiatra. Unidad de Referencia Regional de Hospitalización Infanto Juvenil (Hospital Clínico Universitario de Valladolid).

M^a Amelia Hernández Ramos. Enfermera Especialista en Salud Mental. Equipo de Salud Mental de Zamora.

José Ángel Herrero García. Psicólogo Clínico. Equipo de Salud Mental de Ávila.

Amaia Izquierdo Elizo. Psicóloga Clínica. Equipo de Salud Mental Infanto Juvenil de Valladolid Oeste.

Teresa Jiménez Aparicio. MIR. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Alicia Jiménez Castelo. Psicóloga Clínica. Equipo de Salud Mental de Ávila.

Iván Carlos Legascue de Larrañaga. Psiquiatra. Equipo de Salud Mental de Ávila.

Marina Liger Argudo. MIR. Complejo Asistencial de Salamanca.

María Luisa López Lucas. Psiquiatra. Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

Nuria López Mariño. Asesora Técnico Docente. Unidad de Bienestar Emocional. Dirección General de Recursos Humanos. Consejería de Educación

Rosa López Mongil. Médico Geriatra. Diputación de Valladolid.

Carmen Manso González. Jefa del Servicio de Asistencia a Drogodependientes. Comisionado Regional para la Droga (Gerencia de Servicios Sociales).

Beatriz Martín Bartolomé. Trabajadora Social. Equipo de Salud Mental de Zamora.

Rosa María Martín Miguel. Trabajadora Social. Equipo de Salud Mental de Zamora.

Nicolás Martín Navarro. Psiquiatra. Jefe de Sección Hospital de El Bierzo. Ponferrada.

Roberto Martínez de Benito. Psiquiatra. Unidad de Rehabilitación. Complejo Asistencial de León.

Santiago Andrés Mayor Vara. Enfermero Especialista en Salud Mental. Equipo de Salud Mental de Zamora.

Paula Méndez Tacchi. Trabajadora Social. Unidad de Hospitalización. Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

Beatriz Mongil López. Psiquiatra. Equipo de Salud Mental Infanto Juvenil de Valladolid Este.

Jesús Morchón San José. Psiquiatra. Unidad de Rehabilitación. Complejo Asistencial de León.

Cristina Moreno de Antonio. Enfermera Especialista en Salud Mental. Equipo de Salud Mental de Segovia.

Pilar Muñoz Arza. Trabajadora Social. Unidad de Hospitalización. Complejo Asistencial de Burgos.

Juan Luis Muñoz Sánchez. Psiquiatra. Equipo de Salud Mental de Valladolid Oeste.

Ana Navarro Canedo. Psicólogo Clínico. Unidad de Rehabilitación. Complejo Asistencial de León.

Isabel Olivar Fraile. Terapeuta Ocupacional. Unidad de Hospitalización. Complejo Asistencial de Palencia.

Ángela Osorio Guzmán. Psiquiatra. Complejo Asistencial de Burgos.

Esmeralda de Pablo García. Trabajadora Social. Equipo de Salud Mental de Segovia.

Nora Palomar Ciria. Psiquiatra. Equipo de Salud Mental de Soria.

Esther Pérez Arévalo. Terapeuta Ocupacional. Unidad de Hospitalización. Complejo Asistencial de Ávila.

Nuria Amara Pérez Barrocal. Psicóloga Clínica. Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

César Serafín Pérez Herrero. Médico. Coordinador Sociosanitario Gerencia Atención Primaria de Burgos.

Sofía del Pozo Torres. Terapeuta Ocupacional. Hospital de Día de Palencia.

Susana Redondo Martín. Jefa del Servicio de Evaluación y Prevención del Consumo de Drogas. Comisionado Regional para la Droga (Gerencia de Servicios Sociales).

Inmaculada Romero Mayoral. Trabajadora Social. Complejo Asistencia de Ávila.

Lidia Salvador Sánchez. Técnico del Servicio de Atención Primaria y Continuidad Asistencial. Gerencia Regional de Salud.

Jesús Sánchez Hernández. Psicólogo clínico. Hospital Universitario de Burgos.

Susana Sánchez Ramón. Médico de Urgencias. Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

Isabel Tejedor Ferrero. Terapeuta Ocupacional. Unidad de Rehabilitación de Psiquiatría de Salamanca. Complejo Asistencial de Salamanca.

Ignacio Toranzo. Médico Geriatra. Diputación de Valladolid.

Nieves Vaquero López. Enfermera. Complejo Asistencia de Ávila.

Ana Villares Martín. Terapeuta Ocupacional. Unidad de Referencia Regional de Hospitalización Infanto Juvenil (Hospital Clínico Universitario de Valladolid).

Entidades revisoras

La estrategia se remitió para informe y aportaciones a las siguientes entidades:

Gerencia Regional de Salud. Servicio de Atención Primaria y Continuidad Asistencial.

Gerencia de Servicios Sociales. Dirección General de Personas Mayores, Personas con Discapacidad y Atención a la Dependencia.

Gerencia de Servicios Sociales. Comisionado Regional para la Droga.

Consejería de Educación. Unidad de Bienestar Emocional.

Asociación de Psiquiatría del Niño y del Adolescente de Castilla y León (APNYACYL).

Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León.

Consejo de Colegios Oficiales de Enfermería de Castilla y León.

Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Castilla y León.

Consejo de Trabajo Social de Castilla y León.

CERMI Castilla y León.

Federación Salud Mental Castilla y León (FEAFES).

Plena Inclusión Castilla y León.

Cáritas Autonómica de Castilla y León.

Hermanas Hospitalarias – San Luis.

Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

ESTRATEGIA DE ASISTENCIA EN
SALUD MENTAL
DE CASTILLA Y LEÓN

2024-2030

Con la colaboración de:

