

**Estrategia Regional
de salud mental y
asistencia psiquiátrica
en Castilla y León**



Edita: Junta de Castilla y León

© Consejería de Sanidad
Gerencia Regional de Salud

Diseño y realización editorial: BN Comunicación

Imprime: Gráficas Germinal, Sdad. Coop. Ltda.

Depósito Legal: VA-541/03

Presentación

La pertinencia de una Estrategia de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en nuestra Comunidad Autónoma, en desarrollo de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y de los objetivos de nuestro II Plan de Salud, se sustenta en la creciente relevancia que vienen adquiriendo los problemas de salud mental en todas las sociedades desarrolladas, y en la necesidad de establecer medidas preventivas así como prestaciones y servicios adecuados para las personas con enfermedad mental.

En consonancia con estimaciones nacionales e internacionales de nuestro entorno, se estima que cerca de uno de cada seis castellanos y leoneses pueden padecer algún problema relacionado con la salud mental cada año, y que más del 1% de la población está afectada por trastornos mentales graves. Además, estos procesos constituyen una de las primeras causas de discapacidad, y la séptima causa de muerte en la Comunidad Autónoma.

Las actuaciones recogidas en las cinco líneas estratégicas que contiene este documento, aprobado por Acuerdo 58/2003, de 24 de abril, de la Junta de Castilla y León, comprenden, en primer lugar la mejora del bienestar psíquico de la población y la prevención de la enfermedad mental a través del impulso de medidas preventivas y de promoción de la salud en este ámbito. Las dos siguientes líneas estratégicas hacen referencia al ámbito asistencial, afrontando, por una parte, el establecimiento de un modelo de ordenación asistencial integrado y completo, y por otra parte, la mejora de accesibilidad y el desarrollo de programas específicos de asistencia psiquiátrica en determinados colectivos.

Las actuaciones encaminadas hacia una integración social y laboral plena de las personas con enfermedad mental, promoviendo el respeto a sus derechos, su inserción laboral y el soporte a las familias constituyen otra de las líneas estratégicas fundamentales en el desarrollo de la Estrategia. Por último, se incluye una línea transversal, con el objetivo de garantizar el éxito de las restantes intervenciones a través de la mejora de los sistemas de información, la investigación y formación continuada de los profesionales y la mejora de la calidad en la atención.

Creo imprescindible aprovechar estas líneas para manifestar mi agradecimiento a cuantos profesionales, sociedades científicas, entidades y asociaciones de personas afectadas han aportado conocimientos y experiencia a la elaboración de la Estrategia, cuya valiosa colaboración ha sido determinante en la redacción final de los objetivos y compromisos.

Gracias al trabajo de todos ellos, y al de todas las personas que trabajarán en la aplicación de sus previsiones a lo largo de los próximos años, podremos encontrar respuestas cada vez más efectivas y eficientes en la prevención de los problemas de salud mental, y en la asistencia e integración de las personas que padecen estos problemas en nuestra Sociedad.

Carlos Fernández Carriedo
Consejero de Sanidad y Bienestar Social
de la Junta de Castilla y León

Índice

Presentación	3
Índice	5
Justificación y antecedentes	7
Salud mental y asistencia psiquiátrica en España	15
Planificación de la salud mental y asistencia psiquiátrica en Castilla y León	21
El 2º Plan de Salud de Castilla y León	27
Epidemiología de las enfermedades mentales	37
El impacto de la enfermedad mental en Castilla y León	47
Mapa de recursos y dispositivos en salud mental de Castilla y León	61
Fundamento y principios rectores de la Estrategia	75
Objetivo general y líneas estratégicas	83
Línea estratégica 1. Salud mental: Mejorar el bienestar psíquico de la población y evitar la enfermedad mental	87
Objetivos	93
Línea estratégica 2. Ordenación asistencial: Establecer un modelo integrado y completar el mapa regional	95
Objetivos	106
Línea estratégica 3. Asistencia psiquiátrica: Mejorar la accesibilidad y desarrollar programas específicos	111
Objetivos	118

Línea estratégica 4. Rehabilitación e integración de las personas con enfermedad mental: Hacia una integración social y laboral plena	121
Objetivos	126
Línea estratégica 5. Actuaciones transversales: Potenciar la gestión del conocimiento y la mejora de la calidad	129
Objetivos	133
Financiación y evaluación	137
Bibliografía	143



Justificación y antecedentes

Justificación y antecedentes

La presente **Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica** asume el objetivo general en este ámbito del 2º Plan de Salud de Castilla y León, referido a garantizar la continuidad de cuidados de los enfermos mentales. Además, la Estrategia establece líneas prioritarias de actuación en distintos campos relacionados con la enfermedad mental, a través de la coordinación de programas ya existentes y del impulso de nuevas actuaciones.

Se define **la salud mental** como “un estado de adecuado funcionamiento de las capacidades mentales que se pone de manifiesto en la realización de actividades productivas, en las relaciones con los demás y en la capacidad para adaptarse o cambiar e incluso poder afrontar satisfactoriamente la adversidad” (U.S. Department of Health and Human Services, 1999). En consecuencia, se trata de algo indispensable para el bienestar personal y familiar, que permite además el establecimiento de un adecuado marco de relación con las demás personas y la contribución a la comunidad.

Los **trastornos de salud mental** abarcan un gran número de patologías de alta prevalencia, muchas de ellas de curso crónico, que frecuentemente suponen una elevada carga para el individuo, la familia, los sistemas de protección y el conjunto de la sociedad. Todos los trastornos mentales se asocian con grados de discapacidad importantes, generalmente mayores que los observados para las enfermedades físicas. Además, tienen grandes repercusiones económicas, directas e indirectas, en el conjunto de la sociedad.

Debido a la importancia del problema y a las posibilidades reales de actuación en este ámbito, las enfermedades mentales constituyen una prioridad estratégica para todos los sistemas sanitarios. Las personas desfavorecidas soportan a menudo una carga más importante de enfermedades mentales, por lo que la lucha contra las desigualdades es un objetivo íntimamente vinculado a la política sanitaria en salud mental. El lema elegido por la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** para la celebración del Día Mundial de la Salud de 2001 “Salud mental: sí a la atención, no a la exclusión” insiste en dicho objetivo.

El Comité Regional para Europa de la OMS incluyó entre los 38 objetivos establecidos para la Región Europea dentro de la **Estrategia “Salud Para Todos en el año 2000”**, la meta de que “en el año 2000 debería haber una sostenida y continua reducción en la prevalencia de trastornos mentales, una mejora en la calidad de vida de las personas afectadas por este tipo de trastornos y una inversión de la tendencia creciente de los suicidios y tentativas de suicidio” (objetivo 12). Para el logro de este objetivo se proponían 6 grandes líneas de actuación:

1. Mejorar los factores sociales, como el desempleo y aislamiento social, que suponen un elevado nivel de estrés para el individuo.
2. Mejorar el acceso a medidas que apoyan y ayudan al sujeto a afrontar situaciones dolorosas o acontecimientos estresantes.
3. Mejorar el acceso de los cuidadores de personas con trastornos mentales, especialmente con demencia, a medidas de apoyo tanto formales como informales.
4. Desarrollar servicios integrales de salud mental comunitaria con gran implicación en Atención Primaria.
5. Realizar un esfuerzo especial en la prevención de conductas de riesgo, entre ellas el abuso de sustancias.
6. Desarrollar programas de prevención de suicidio.

En la nueva **Estrategia Salud 21**² de la Oficina Regional Europea de la OMS se incluye como objetivo prioritario la mejora de la salud mental, proponiendo específicamente que “de aquí al año 2010 habrá que mejorar el bienestar psicosocial de la población y ofrecer servicios completos mejores y más eficaces a las personas con problemas de salud mental” (objetivo 6).

En particular, esta Estrategia incide en que la prevalencia y el impacto sanitario adverso de los problemas de salud mental deberán reducirse de forma sustancial y que las personas deberán estar más capacitadas para hacer frente a los acontecimientos difíciles de la vida; además las tasas de suicidio se deberán reducir en, al menos, una tercera parte, y las reducciones más significativas se deberán lograr en los países y en los grupos de población, que, en la actualidad, cuentan con unas tasas más elevadas. Las actuaciones propuestas para el logro del objetivo incluyen:

1. Potenciar la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos de salud mental a lo largo de toda la vida, especialmente en los grupos más desfavorecidos desde el punto de vista social y económico.
2. Configurar los entornos de vida y trabajo para que las personas de todas las edades cuenten con un sentido de coherencia vital, construyan y mantengan relaciones sociales y sean capaces de hacer frente a las situaciones y a los acontecimientos difíciles.
3. Proveer a los profesionales sanitarios, y a otros sectores relacionados con los cuidados,

una buena formación en materia de detección precoz de los problemas de salud mental y de intervenciones adecuadas.

4. Proporcionar una atención sanitaria de buena calidad en los servicios destinados a las personas con problemas de salud mental, con una buena combinación de servicios de base comunitaria y servicios hospitalarios, prestando especial atención a las intervenciones en momentos de crisis, así como a las minorías y a los grupos más desfavorecidos.
5. Respetar los derechos humanos y promover la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental, en especial, de las personas que padecen trastornos crónicos.

El reciente **“Informe sobre la Salud en el mundo 2001: Salud Mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas”** de la OMS, invita a los Gobiernos a tomar decisiones estratégicas para propiciar mejoras en la aceptación y tratamiento de los trastornos mentales. En el informe se señala que muchas enfermedades mentales se pueden prevenir, que la mayoría de los trastornos mentales y conductuales pueden ser tratados eficazmente, y que gran parte de esas medidas de prevención, curación y tratamiento son asequibles.

El mensaje de la OMS es que todos los países, con independencia de lo limitados que sean sus recursos – en el informe se mencionan tres tipos de “escenarios”, desde los países más pobres hasta los más desarrollados – pueden impulsar actuaciones de mejora en la salud mental de su población. Para ello se establecen diez recomendaciones de acción:

1. Impulsar el papel de la Atención Primaria en la prevención, manejo y tratamiento de la enfermedad mental.
2. Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos.
3. Optar por la asistencia en la comunidad frente a la institucionalización.
4. Promover la educación y sensibilización pública sobre la salud mental.
5. Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores en la toma de decisiones sobre las políticas, los programas y los servicios.
6. Establecer políticas, programas y legislación sobre salud mental.
7. Desarrollar recursos humanos.
8. Establecer vínculos con otros sectores: sistema de acción social, educación, trabajo, legislación, organizaciones no gubernamentales.

9. Vigilar la salud mental, incluyendo indicadores de salud mental en los sistemas de información sanitaria.

10. Apoyar nuevas investigaciones.

Otras referencias relevantes en la orientación de las políticas de salud mental, de carácter internacional, incluyen la Declaración de Luxor en relación con los derechos humanos y la salud mental, del año 1989, la Resolución 46/119 de 17 de diciembre de 1991, de la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas (ONU), por la que se establecen los Principios para la protección de los enfermos mentales y la mejora de la atención a la salud mental o el Libro Blanco de la Unión Europea sobre protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen un trastorno mental.

Todos los documentos anteriormente mencionados cuentan con la perspectiva del desarrollo del proceso de **Reforma de la Salud Mental**, que, desde mediados del siglo XX, ha venido impulsando un progresivo cambio del proceso de institucionalización, a través del cierre o profunda transformación de los viejos hospitales psiquiátricos y la implantación sustitutiva de servicios comunitarios, tanto de tipo residencial no hospitalario como ambulatorios y de atención intermedia (centros laborales, etc.) a fin de facilitar la proximidad al domicilio de los enfermos, la orientación hacia las discapacidades y no solo hacia los síntomas, y la atención a las necesidades de los cuidadores.

No obstante, como menciona el Informe de la OMS de 2001, el cierre de hospitales psiquiátricos sin haber establecido adecuadamente las alternativas comunitarias constituye un manifiesto error estratégico. Ambas actuaciones deberían siempre haberse planteado de forma coordinada y gradual, para garantizar, por una parte, la prevención de ingresos evitables en los centros hospitalarios, y por otra, la reintegración en la sociedad de los pacientes institucionalizados a largo plazo que hubieran conseguido un adecuado nivel de socialización, con el mantenimiento de sistemas de apoyo comunitarios.

Entre las críticas al proceso de reforma psiquiátrica, como se recoge en el documento de referencia del Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (Informe SESPAS 2002)⁴, se encuentran la falta de una evaluación sistemática de resultados y el hecho de que la orientación comunitaria haya podido ser entendida en muchos casos como un trasvase de la responsabilidad de la atención desde el sector sanitario público a otros sectores, fundamentalmente el sistema de acción social, las familias y en ocasio-

nes dispositivos privados, sin que se haya producido un análisis de las cargas asociadas ni una dotación adecuada de recursos.

La interpretación del proceso de reforma como una mera “desinstitucionalización”, y con ello la focalización en un subgrupo restringido de pacientes (pacientes psicóticos institucionalizados), y no en el conjunto de personas con enfermedad mental, es otro aspecto criticado de este proceso de reforma. Sin embargo, el proceso no se limita a esta actuación, sino que supone un nuevo enfoque global, cuyos beneficios incluyen la integración de la asistencia psiquiátrica y salud mental como parte inseparable del resto del sistema de salud o el reconocimiento de los derechos de los pacientes, entre otros múltiples aspectos.



**Salud mental y asistencia psiquiátrica
en España**

Salud mental y asistencia psiquiátrica en España

En **España**, no existe todavía un Plan Nacional de Salud Mental que pueda servir como referencia para el establecimiento de estrategias de actuación, excepción hecha del ámbito específico del Plan Nacional sobre Drogas⁵, que, con un marcado carácter interdepartamental – de hecho, su estructura orgánica reside en el Ministerio del Interior y no en el Ministerio de Sanidad y Consumo – deja un amplio margen en la planificación de la atención a este colectivo a las Comunidades Autónomas.

Debe mencionarse, sin embargo, que el **Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica**⁶ constituye, en su apartado III, un documento de referencia para el establecimiento de los principios que deberían regir un Plan de Salud Mental en nuestro país. Los 36 principios propuestos por el documento en este último apartado pueden resumirse, en sus aspectos más destacados, dentro de los siguientes puntos:

1. La promoción de la salud mental y la atención psiquiátrica deben integrarse en el sistema de salud, como un aspecto específico pero inseparable del resto del sistema. El enfermo mental debe ser contemplado como un paciente más del sistema general de atención a la salud.
2. La hospitalización es un instrumento técnico importante dentro del proceso terapéutico. Sin embargo, la atención psiquiátrica debe realizarse, siempre que sea posible, fuera del ámbito hospitalario.
3. Se proponen nuevos dispositivos en la atención psiquiátrica y salud mental: equipos de salud mental, unidades psiquiátricas de hospitalización breve en hospitales generales, residencias y otros dispositivos comunitarios.
4. Los recursos psiquiátricos y de salud mental disponibles deben ordenarse de forma coordinada y programando sus actuaciones a través de planes y programas integrados con el resto del sistema de Atención Primaria y Especializada. Son prioritarios los programas de atención a la salud mental infanto-juvenil, a la salud mental en la vejez, a las repercusiones psíquicas de los drogodependientes, a la atención a los penados con patología mental, programas específicos para determinadas áreas geográficas en función de su alta prevalencia y programas para hacer frente a situaciones excepcionales.
5. El sistema de atención a la salud mental ha de contar con un sistema de información y registro operativo y fiable, con recursos humanos capacitados, con normas generales de autorización y acreditación de unidades y centros, con control del cumplimiento de dichas normas mediante las medidas administrativas pertinentes y con un buen desarrollo de la investigación aplicada en Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica.

El mismo Informe de la Comisión Ministerial también constituye un documento de referencia para el proceso de **reforma psiquiátrica en España** puesto que, en parte por la situación política y en parte por la organización asistencial, la situación de institucionalización del paciente psiquiátrico se mantuvo más tiempo en nuestro país que en otros del entorno⁷. En los apartados I y II del Informe se delimitan las responsabilidades de las Administraciones Públicas en la atención y la protección de la salud mental y se propone el establecimiento de un modelo integrado de servicios, a partir de los cuales se asiste a una nueva ordenación y estructuración de los recursos.

Los objetivos de la reforma en España, expresados explícitamente en uno de los principios del documento son:

1. Potenciar las acciones protectoras de la salud mental dentro del entorno social propio de la población en riesgo.
2. Reducir las necesidades de hospitalización por causa psíquica mediante la creación de recursos alternativos eficaces.
3. Incentivar el desarrollo de programas de rehabilitación para el enfermo mental.
4. Establecer un nivel de prestaciones sociosanitarias suficiente para el enfermo mental, cualquiera que sea su edad y condición.
5. Tutelar los derechos civiles del paciente frente a las acciones sanitarias que pudieran limitar su libertad de elección.

La aprobación de la **Ley 14/1986 General de Sanidad**⁸, en 1986, es reconocida como otro de los puntos de inflexión determinantes en el proceso de reforma psiquiátrica en España⁹. La mencionada Ley dedica un capítulo específico a la salud mental (capítulo III), desarrollado a través del artículo 20, en el que se establecen cuatro puntos sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas:

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales de nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

2. La hospitalización de los pacientes, por procesos que así lo requieran, se realizará en unidades psiquiátricas de hospitales generales.
3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

Este proceso de transformación en la atención a la salud mental se ha llevado a cabo de forma desigual entre las diferentes Comunidades Autónomas, añadiéndose además las dificultades para su evaluación y seguimiento. En la actualidad, la mayor parte de las Comunidades Autónomas tratan de planificar e implementar nuevos recursos específicos donde desarrollar programas asistenciales diversificados y adaptados a las necesidades múltiples y cambiantes del usuario, de forma que se asegure tanto la continuidad de sus cuidados como el mantenimiento del mismo en la comunidad de referencia.^{10,11,12,13,14.}



**La planificación de la salud mental y
asistencia psiquiátrica en Castilla y León**

La planificación de la salud mental y asistencia psiquiátrica en Castilla y León

En Castilla y León se han venido desarrollando en los últimos años diversos **documentos estratégicos**, impulsados por la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, que incluyen objetivos relacionados con la Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica y que son, por tanto, susceptibles de ser abordados en la perspectiva de coordinación de la presente Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica.

Entre dichos documentos se incluyen los Planes de Salud, Plan Sectorial de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, Plan Sectorial de Educación para la Salud, Plan Sectorial de Prevención y Atención a las Conductas Suicidas, Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León, Planes Regionales sobre Drogas y Planes Integrales de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres de la Comunidad de Castilla y León. Además, desde la perspectiva social, debe mencionarse el Plan Estratégico del Sistema de Acción Social de Castilla y León, así como los Planes Regionales Sectoriales para las Personas Mayores, de Atención a las Personas con Discapacidad, de Protección y Atención a la Infancia y de Acciones frente a la Exclusión Social.

El **Plan Estratégico de Salud de Castilla y León**¹⁵, publicado en el año 1991, constituyó el primer Plan de Salud de la Comunidad Autónoma. En el documento se proponían cuatro grandes tipos de intervenciones y objetivos (disminución de riesgo, educación para la salud, mejora de servicios y vigilancia epidemiológica e investigación) sobre los problemas de salud que fueron considerados prioritarios, entre los que se incluyeron específicamente los trastornos mentales.

En 1991, se publicó el **Plan Sectorial de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica**¹⁶, que contemplaba dos objetivos generales que hacían referencia a la integración de la asistencia psiquiátrica en la red sanitaria general, mejora de la calidad, aumento de cobertura y promoción de la salud mental y cuatro objetivos de proceso en las áreas de disminución de riesgos, educación para la salud, mejora de servicios y vigilancia epidemiológica e investigación.

En 1993, fue publicado el **Plan Sectorial de Educación para la Salud**¹⁷, que formulaba dos objetivos en el área de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica relacionados, por una parte, con la información a la población general sobre factores de riesgo y procedimientos preventivos en salud mental y, por otro lado, con la formación continuada de los profesionales sanitarios de Atención Primaria y de Asistencia Psiquiátrica. Además, el Plan contenía otros dos objetivos que contemplaban la inclusión de diferentes aspectos relacionados con el suicidio en los programas de Educación para la Salud de Atención Primaria y la colaboración

de las asociaciones de autoayuda relacionadas con problemas de salud mental en los programas de Educación para la Salud desarrollados por equipos especializados.

Por último, el Plan Sectorial contemplaba otros objetivos relacionados con intervenciones de salud mental, como la modificación de comportamientos sobre hábitos alimentarios, drogas o alcohol.

También en 1993, se publicó el **Plan Sectorial de Prevención y Atención a las Conductas Suicidas**¹⁸, con el objetivo general de disminuir en un 10 %, hasta el año 2000, las tasas de tentativas de suicidio y de suicidio consumado en los pacientes psiquiátricos sometidos a tratamiento. Además, el Plan incluía diferentes objetivos de proceso en las áreas de disminución de riesgos, educación para la salud, mejora asistencial y vigilancia epidemiológica e investigación.

El **Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León**¹⁹, publicado en 1998, incluyó dentro de sus objetivos el desarrollo de un Programa de Patología Psiquiátrica de larga duración y mal pronóstico que a su vez contaba con cinco objetivos específicos. Tres de ellos, establecidos para el año 1998, se referían a la dotación de partidas presupuestarias específicas para el desarrollo de actividades de apoyo psicosocial a través de la Federación de Asociaciones de Autoayuda de Familiares de Enfermos Psiquiátricos, a la realización de un estudio para conocer las características sociofamiliares, clínicas y funcionales del colectivo de usuarios potenciales y al establecimiento de Programas de Formación Ocupacional en centros especializados. Además se incluía, como objetivo para 1999 la creación de una Unidad Regional de larga estancia y para el año 2000 el establecimiento de una red de unidades de protección comunitaria en todas las Áreas de Salud (pisos protegidos, hogares tutelados, etc.).

El **IV Plan Regional sobre Drogas**²⁰ del año 2001, constituye el primer documento estratégico en este ámbito establecido durante la vigencia del 2º Plan de Salud de Castilla y León, y continúa la línea de trabajo iniciada en los anteriores planes de este sector^{21,22,23}. El Plan propone actuaciones contra los procesos relacionados con el alcohol y otras actividades de prevención entre usuarios de drogas ilegales.

El **III Plan Integral de Igualdad de Oportunidades** entre mujeres y hombres de la Comunidad de Castilla y León²⁴, publicado en 2001, continúa con el desarrollo de las políticas de igualdad de oportunidades por razón de género desarrolladas por los anteriores planes del mismo ámbito, de los años 1994 y 1997. Entre las diez áreas de intervención establecidas por el Plan se encuentra la de Salud, en la que se propone como acción específica la promoción de la salud mental de las mujeres, especialmente en el ámbito de la prevención de

desórdenes afectivos, de ansiedad, de adaptación y trastornos de la conducta alimentaria.

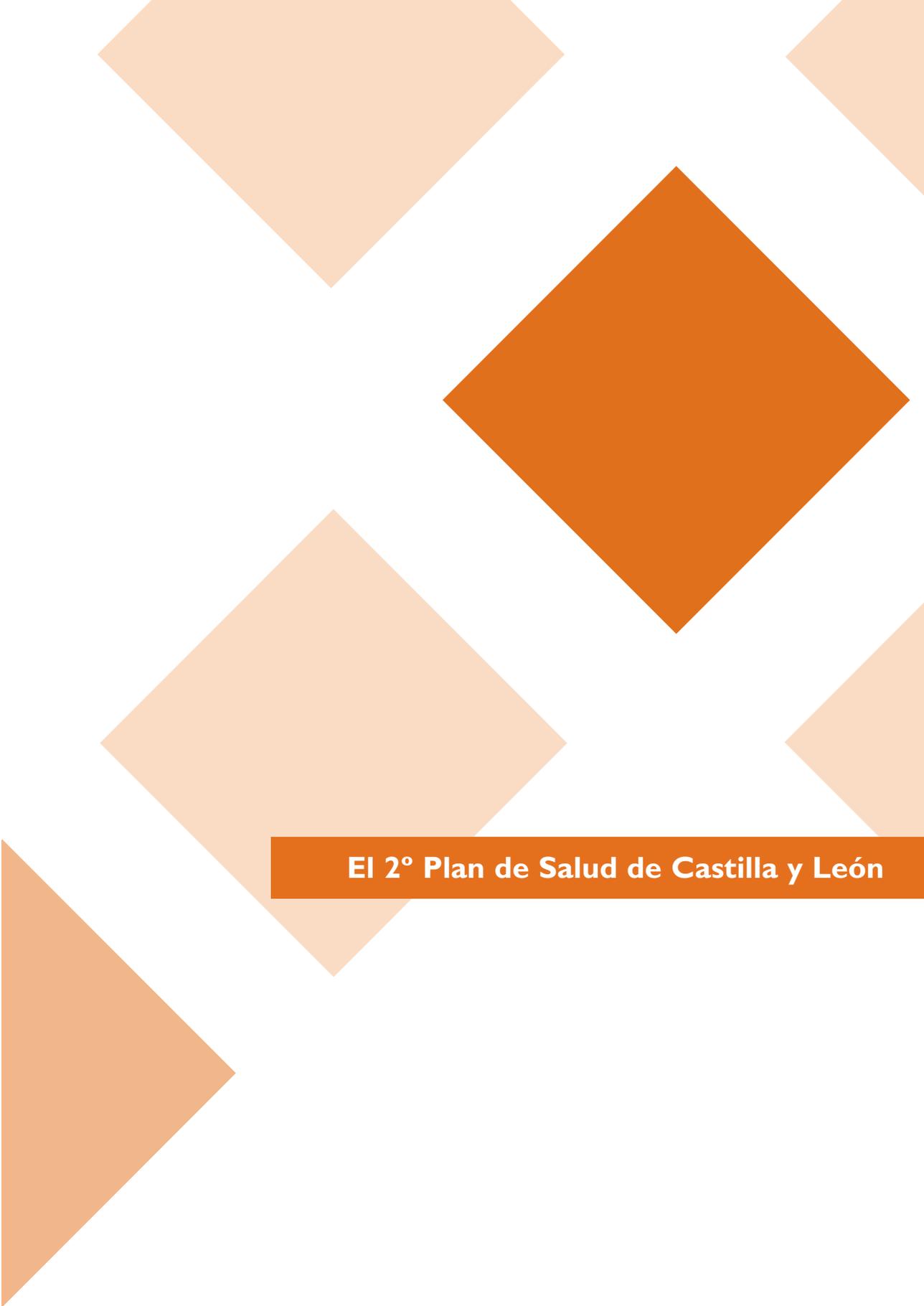
El **Plan Estratégico del Sistema de Acción Social de Castilla y León**²⁵, publicado en el año 2000, supone una clara apuesta por el principio de integralidad, avanzando hacia la actuación coordinada entre sectores, del mismo modo que considera prioritarias las actuaciones de apoyo a la familia y de inserción laboral y que, desde el punto de vista funcional, prevé también la generalización de la planificación de caso, aspecto de especial relevancia en este ámbito.

En el año 2000 se publica el **Plan Regional Sectorial para las Personas Mayores**²⁶, estableciéndose objetivos relevantes como los dirigidos al desarrollo de las competencias cognitivas y psicoafectivas de las personas mayores, al apoyo en el ámbito familiar y comunitario —especialmente en los casos de trastornos neurodegenerativos de mal pronóstico y difícil tratamiento—, al bienestar psicosocial de familias y cuidadores, o en materia de alojamiento y convivencia, con el fin de ofrecer al usuario la atención directa, integral e individualizada que precisa en cada momento en función de sus necesidades.

El **Plan Regional Sectorial de Atención a las Personas con Discapacidad**²⁷, también publicado en el año 2000, se plantea entre otros objetivos mejorar la imagen social de las personas con discapacidad y promover la sensibilización sobre sus necesidades, potenciar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de vivienda integrados en la comunidad, proporcionar a las familias los apoyos necesarios, así como promover y garantizar los derechos de aquellas personas con discapacidad que no tienen familia o que, teniéndola, no puede atenderlos. Por otro lado, el Plan Regional Sectorial pone gran énfasis en la necesidad de facilitar la integración social y laboral de estas personas.

El **Plan Regional Sectorial de Protección y Atención a la Infancia**²⁸, publicado así mismo en el año 2000, se refiere a la necesidad de propiciar programas de prevención primaria y acciones integrales que mejoren la calidad de vida de la infancia, orientando su adecuado desarrollo personal tanto en población general como en grupos de riesgo. En dicho Plan se establece el marco de medidas necesarias tanto para los menores del sistema de protección como para los menores infractores, con especial interés en la calidad de la atención y en favorecer su formación y su integración social y, posteriormente, laboral.

Por último, desde la perspectiva cronológica, el **Plan Regional Sectorial de Acciones frente a la Exclusión Social**²⁹, publicado en el año 2001, plantea objetivos dirigidos al incremento de la competencia personal y social para facilitar la integración, a la promoción del acceso al mundo laboral, y también en materia de sensibilización social.

The background features several large, overlapping diamond shapes in various shades of orange and brown. A prominent dark orange diamond is centered in the upper right. Other lighter shades of orange and brown diamonds are scattered around it, some partially cut off by the edges of the page. A solid dark orange horizontal bar is positioned in the lower right, containing the title text.

El 2º Plan de Salud de Castilla y León

El 2º Plan de Salud de Castilla y León

El 2º Plan de Salud de Castilla y León³⁰, vigente en el período 1998-2007, considera las enfermedades mentales como problema de salud de especial prioridad en la Comunidad Autónoma. El objetivo general en este ámbito es que en el año 2007, se ofertarán recursos que garanticen la continuidad de cuidados de los enfermos mentales. En el marco de este 2º Plan de Salud – y teniendo en cuenta las previsiones establecidas en cada uno de los diferentes Planes anteriormente mencionados – se desarrolla la presente Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica.

Los **quince objetivos específicos del 2º Plan de Salud en relación con las Enfermedades Mentales**, todos ellos con un marco temporal establecido para el año 2000, se establecen en diferentes ámbitos: intervenciones relacionadas con estilos de vida (un objetivo), intervenciones relacionadas con los servicios sanitarios de Atención Primaria (un objetivo), intervenciones de Atención Especializada, tanto en recursos (dos objetivos) como en servicios (siete objetivos), e intervenciones de apoyo al sistema sanitario en los aspectos de coordinación (tres objetivos) e información (un objetivo).

La **evaluación de los objetivos específicos** de este 2º Plan de Salud constituye, por tanto, un elemento determinante en el análisis de situación de la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León.

Objetivos relacionados con estilos de vida

1. En el 2000, se habrán puesto en marcha programas de educación sanitaria en coordinación con los Equipos de Salud Mental, dirigidos a grupos de riesgo en el 25% de las Zonas Básicas de Salud.

La diferente dependencia administrativa de los Equipos de Salud Mental y de los Equipos de Atención Primaria, y la separación entre las competencias relativas a la planificación y a la ejecución en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, se han revelado en el escenario temporal establecido para el objetivo como obstáculos a su adecuado desarrollo, por lo cual se trata de un aspecto en el que es preciso insistir:

Ello justifica la elaboración de una línea estratégica específica relativa a la salud mental, a través de la cual se fomente la relación entre los equipos de salud mental y los de atención primaria, se elaboren materiales que faciliten la aplicación de programas de educación sanitaria y finalmente, se haga hincapié en la coordinación entre diferentes estructuras y dispositivos.

Objetivos relacionados con servicios de Atención Primaria

2. En el 2000, se dispondrá de Guías de actuación consensuadas con los Equipos de Salud Mental, para la atención a la patología psiquiátrica más frecuente

La evolución de la actividad de las sociedades científicas para la realización de guías clínicas que recogen de forma consensuada la opinión de los profesionales, combinada con los datos de la medicina basada en la evidencia y la opinión de expertos, ha hecho aconsejable el adscribirse y aceptar estas guías clínicas en la atención psiquiátrica, evitando la introducción de elementos distorsionadores que pudieran dificultar su implementación.

En este sentido, la Sociedad Española de Psiquiatría ya ha editado guías clínicas para la atención a la esquizofrenia, demencia y depresión, que han sido aceptadas para su aplicación en nuestra red asistencial.

Se plantea para el futuro la adaptación de nuevas guías clínicas, elaboradas y consensuadas por diferentes sociedades científicas (psiquiatría, medicina de familia, etc.), a nuestra realidad asistencial, con su aplicación en programas integrados tanto en Atención Primaria como Especializada.

Objetivos relacionados con recursos de Atención Especializada

3. En el 2000, se habrán completado los recursos asistenciales alternativos a la hospitalización en cada Área de Salud.

Existen en la actualidad dos tipos de dispositivos alternativos a la hospitalización: por una parte el modelo de hospitalización de día (desarrollado a través de hospitales de día o de programas de hospitalización parcial) y, por otra parte, los centros de día o de rehabilitación psicosocial.

En cuanto al primero de los modelos, existen en la actualidad hospitales de día en las Áreas de Salud de Burgos, Salamanca y Valladolid, habiéndose además incorporado al Plan Director del hospital de León, con lo que próximamente podrá entrar también en funcionamiento. En el Área de Salud de Ávila el modelo se desarrolla a través de un programa de hospitalización parcial, cuya extensión está prevista al resto de Áreas de Salud. En cuanto a los Centros de Día o de Rehabilitación Psicosocial, actualmente se encuentran implantados en todas las Áreas de Salud, con excepción de Salamanca y Ponferrada, cuya fecha de entrada en funcionamiento será próxima a la de publicación del presente documento.

- 4. En el 2000, se habrán completado los Equipos de Psiquiatría Infanto-Juvenil en las Áreas de Salud en las que la población menor de 18 años supere el 20% y las demandas asistenciales lo justifiquen.**

La redacción de este objetivo implica el desarrollo de Equipos de Psiquiatría Infanto-Juvenil en cinco Áreas de Salud: Burgos, León, Salamanca, Valladolid - Este y Valladolid - Oeste. Actualmente, hay equipos completos en todas estas Áreas de Salud, cumpliéndose el objetivo propuesto.

La presente Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica pretende incorporar nuevos avances en la salud mental infanto-juvenil que permitan superar este objetivo, a través de la implantación de dispositivos específicos para la atención a la infancia en todas las Áreas de Salud.

Objetivos relacionados con servicios de Atención Especializada

- 5. En el 2000, habrán disminuido los ingresos voluntarios e involuntarios por vía de urgencia en la Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de los hospitales generales.**

Es indudable que la frecuentación de los Servicios de Urgencias de los hospitales está determinada, en cualquier tipo de proceso sanitario, por condicionantes de tipo cultural atribuibles en cierta medida a los propios usuarios, y no sólo por la oferta de servicios y la accesibilidad en otros niveles de atención. Este tipo de condicionantes de carácter general dificulta el objetivo de disminuir los ingresos por vía de urgencia en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.

Con todo, la mejora de los recursos intermedios y de la atención por parte de los Equipos de Salud Mental ha posibilitado que cuadros clínicos que anteriormente requieran ingreso hospitalario actualmente se puedan tratar en el medio comunitario. Prueba de ello es que, a pesar de haberse incrementado la demanda global en los servicios de salud mental comunitarios, no se ha producido un aumento paralelo de la demanda en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica. Esta situación ha permitido que el ingreso del paciente psiquiátrico se haya visto reducido, por lo general, a situaciones límite y de urgencia.

- 6. En el 2000, los reingresos de pacientes en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, habrán disminuido en un 20%.**

El número de reingresos en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica continúa sien-

do elevado. La cronicidad de muchos de los cuadros clínicos en psiquiatría, y la tendencia de la propia asistencia psiquiátrica hacia el mantenimiento en la comunidad de la persona con enfermedad mental, hace que necesariamente se produzca un porcentaje elevado de reingresos en las unidades de hospitalización.

No obstante, la pretensión de potenciar programas y dispositivos para dar un mayor soporte en la comunidad a las personas con enfermedad mental que subyace a este objetivo ha encontrado desarrollo, en la medida que se pone de manifiesto en diferentes apartados de la presente Estrategia Regional.

7. En el 2000, se realizarán programas de rehabilitación y reinserción para enfermos crónicos en el 50% de los Equipos de Salud Mental.

La potenciación de los centros de rehabilitación psicosocial ha permitido desarrollar una atención específica e intensiva en respuesta a las crecientes necesidades de tecnificación y complejidad de los programas de rehabilitación psicosocial.

Estos dispositivos ya existen en la mayoría de Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma, y los Equipos de Salud Mental participan y colaboran en el seguimiento de los casos.

8. En el 2000, la proporción de patología psiquiátrica diagnosticada y tratada por los servicios sanitarios generales o especializados no psiquiátricos, aumentará en un 25%.

El diagnóstico y atención a las personas con enfermedad mental ha ido cobrando especial relevancia en Atención Primaria, tanto por constituir una de las patologías que generan mayor carga asistencial en este nivel de atención como por la creciente capacidad de resolución de los profesionales de Equipos de Atención Primaria en este ámbito.

El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS)³¹, impulsado desde la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), ya menciona estimaciones próximas al 25 - 30% de problemas relacionados con salud mental en las consultas de Atención Primaria, porcentaje que se incrementa hasta cerca de un 70% en el caso de los pacientes frequentadores habituales.

9. En el 2000, se desarrollarán programas integrados de atención psicogeriátrica en el 50% de los Equipos de Salud Mental.

En el año 2001, cerca del 20% de los usuarios de Equipos de Salud Mental fueron personas mayores de 65 años, impulsándose actuaciones programadas para este colectivo. Por otra parte, el desarrollo de la Unidad Regional de Alzheimer y de Centros de Día

de Alzheimer; en consonancia con la planificación regional sectorial para las personas mayores establecida por la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, ha supuesto un importante avance en este ámbito concreto de atención.

El reciente traspaso de las competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León permitirá avanzar de forma integrada en materia de psicogeriatría, de especial relevancia dadas las elevadas tasas de envejecimiento y sobre-envejecimiento de la Comunidad Autónoma.

10. En el 2000, se realizarán programas específicos en grupos de riesgo suicida, en el 25% de las Unidades de Hospitalización y Equipos de Salud Mental.

Las actuaciones en materia de prevención de conductas suicidas constituyen un aspecto muy relevante de la atención prestada tanto en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica como en los Equipos de Salud Mental. Desde esta premisa, se ha avanzado en la realización de actividades de sensibilización sobre esta materia, y se han mantenido contactos con la Organización Mundial de la Salud para adaptar y desarrollar en Castilla y León el programa internacional de intervención en conductas suicidas. Sobre esta base, es preciso avanzar en la protocolización de tales actuaciones en el conjunto de los dispositivos de la red.

11. En el 2000, se habrán evaluado la estructura y funcionamiento de todos los servicios psiquiátricos.

La existencia, en el seno de la Gerencia Regional de Salud, de un Servicio específico en materia de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental ha permitido un estrecho seguimiento tanto de la estructura como del funcionamiento de los distintos dispositivos existentes, así como el establecimiento de un plan de actuaciones estructurales que se están incorporando a los diferentes planes directores de los hospitales generales y los centros de salud.

Para ello se han mantenido numerosas visitas por los responsables de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental a todas las Áreas de Salud y encuentros tanto con la red general de cada Área, como con los responsables de los diferentes dispositivos. Esto ha posibilitado efectuar una evaluación en la que han participado los propios profesionales, y que ha servido para establecer las prioridades en los objetivos y actuaciones de la Estrategia Regional.

Objetivos relacionados con la coordinación del sistema sanitario

12. En el 2000, se habrá negociado y aprobado el Plan de actuaciones de las Administraciones Públicas, así como su financiación.

La culminación del proceso transferencial del Instituto Nacional de la Salud, materializado en el caso de Castilla y León a través del Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre, ha permitido un notable avance en la coordinación entre las Administraciones Públicas, al disminuir la dispersión en la dependencia administrativa de los diferentes recursos de asistencia psiquiátrica y salud mental.

Además, durante este período, se han ido incorporando diferentes servicios psiquiátricos desde las Diputaciones Provinciales y se ha mejorado en eficacia y eficiencia la actividad asistencial que se ha realizado a través de los consorcios creados entre las Diputaciones y la Junta de Castilla y León.

13. En el 2000, se habrán establecido y desarrollado Acuerdos de Colaboración con las Asociaciones de Autoayuda de familiares de enfermos psiquiátricos.

La colaboración entre la Administración de la Comunidad Autónoma y las Asociaciones de familiares de enfermos psiquiátricos se rigen con carácter general por un convenio marco de colaboración suscrito entre la Consejería de Sanidad y Bienestar Social y la Federación de Familiares y Enfermos Mentales, que ha encontrado desarrollo en diversos ámbitos y actuaciones concretas, reguladas, por lo que se refiere al ejercicio 2002, mediante Convenio de fecha 6 febrero. Se trata así de impulsar la promoción de la asociación, la intervención educativa a familias y asociados y la organización de actividades de tiempo libre y soporte social y laboral, articulándose el correspondiente apoyo financiero por parte de la Administración regional.

Del mismo modo, con fecha 11 de julio de 2001 se firmó el Protocolo General de Colaboración entre la Consejería de Sanidad y Bienestar Social y la Fundación Tutelar FECLEM, que ha contribuido a la puesta en marcha de dicha Fundación Tutelar, de indudable importancia en el contexto de la necesidad de garantizar la protección de los derechos e intereses de las personas con enfermedad mental sobre las que recae una sentencia de incapacitación, habida cuenta de las dificultades prácticas que en muchas ocasiones existen para el nombramiento de tutor y el adecuado desempeño de las funciones tutelares, así como la propia complejidad de los casos atendidos.

Por otro lado, la Junta de Castilla y León ha participado en el mantenimiento de las dife-

rentes Asociaciones, en el desarrollo de proyectos laborales y, más recientemente, en el desarrollo de un foro para la promoción de las personas con enfermedad mental. Además, se ha estimulado e incorporado al movimiento asociativo en las iniciativas comunitarias europeas, y se han establecido acuerdos para el desarrollo de programas ocupacionales y de integración laboral a través del Fondo Social Europeo.

14. En el 2000, se habrán establecido fórmulas de coordinación entre las Administraciones Sanitarias y el Ministerio de Justicia para la Atención del enfermo mental con problemas judiciales.

Durante este período se ha trabajado especialmente en la implantación de los acuerdos alcanzados entre los responsables del Ministerio de Justicia y la Consejería de Sanidad, producidos en los encuentros de los años 1992 y 1993. Todo ello, junto con la propia creación de la Fundación Tutelar FECLEM, antes mencionada, ha contribuido a aportar soluciones a estos supuestos.

Objetivos relacionados con la información del sistema sanitario

15. En el 2000, se habrá implantado un registro de casos psiquiátricos en dos Áreas de Salud.

El Sistema de Información Autonómico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental recoge y explota datos relevantes de la actividad asistencial, procedentes de los diferentes dispositivos ubicados en las Áreas de Salud. No obstante, la carencia de competencias por parte de la Comunidad Autónoma en materia de asistencia psiquiátrica, y el consiguiente sometimiento de los sistemas de registro de la actividad clínica a criterios establecidos en un ámbito que excedía los límites autonómicos, ha dificultado hasta la fecha la incorporación a dicho Sistema de los registros de casos previstos en este objetivo.

La nueva situación tras la transferencia sanitaria producida desde el 1 de enero de 2002 permite que se haya comenzado a trabajar en esta línea para la puesta en marcha del sistema de registro como componente esencial del Sistema de Información Autonómico.



Epidemiología de las enfermedades mentales

Epidemiología de las enfermedades mentales

Prevalencia

La cuantificación del impacto de la enfermedad mental en la población constituye un elemento esencial para la planificación de los servicios dirigidos a la prevención y atención de este problema de salud. Sin embargo, dicha medida supone un proceso más dificultoso que el de la obtención de datos y el análisis epidemiológico de otros problemas de salud. La variabilidad en la prevalencia de trastornos mentales entre diferentes estudios, vinculada en muchos casos a las diferentes perspectivas de lo que se quiere medir (salud mental, casos psiquiátricos, frecuentación de servicios) y la complejidad en la realización de estudios fiables (que requieren de, al menos, dos fases de aplicación), constituyen obstáculos importantes para el análisis de la situación real³².

La Organización Mundial de la Salud, en su "Informe sobre la Salud en el mundo 2001: Salud Mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas", cuantifica la magnitud de los problemas de salud mental y del comportamiento con carácter general en un **20%-25% de toda la población en algún momento de su vida – una de cada cuatro personas** - incidiendo en que se trata de un problema universal, presente en todos los países y sociedades y en personas de todas las edades. Se estima que unos 450 millones de personas padecen actualmente alguna dolencia de ese tipo, lo que hace de los trastornos mentales uno de los principales problemas de salud y causas de discapacidad en todo el mundo.

Un estudio de comparación de la prevalencia de trastornos mentales, publicado por la OMS en el año 2000, muestra una gran variación entre diferentes países (Alemania, Brasil, Canadá, Estados Unidos, Holanda, México y Turquía), desde el 12,2% hasta el 48,6% de la población³³. El estudio también muestra **variaciones geográficas** entre las diferentes categorías de enfermedad, agrupadas en trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos asociados al uso de sustancias. En cuanto a **variaciones sociodemográficas**, los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo son más frecuentes entre las mujeres, los trastornos relacionados con el uso de sustancias lo son entre los varones y todas las tasas de prevalencia son, en general, superiores en personas de menor nivel socioeconómico, especialmente en los grupos más desfavorecidos.

En las estimaciones de prevalencia de enfermedades mentales existen dos estudios de referencia en población general, ambos desarrollados en Estados Unidos: el estudio ECA (**Epidemiologic Catchment Area**)³⁴, desarrollado entre 1980 y 1985, y la encuesta NCS (**National Comorbidity Survey**)³⁵ llevada cabo entre 1990 y 1992. Empleando respectivamente las clasificaciones diagnósticas DSM-III y DSM-III-R, ambos estudios, ECA y NCS, estiman la prevalencia anual - por considerarla más útil en planificación sanitaria que la prevalencia a lo largo de la vida - del conjunto de trastornos mentales, en población de 18 a 54 años de edad, incluyendo además estimaciones por tipo de trastorno mental.

Los datos de ambos estudios, junto con una estimación revisada en el año 2002³⁶ en función de la significación clínica - con objeto de unificar los resultados de ambas encuestas - se presentan en la siguiente tabla.

Tabla I. Prevalencia (%) de trastornos mentales en población de 18 a 54 años en Estados Unidos. Datos de los estudios ECA, NCS y revisión de significación clínica.

	ECA 1980-1985	NCS 1990-1992	Revisión 2002
Trastornos de ansiedad	13,3	18,7	13,3
- Fobia Social	2,0	7,4	3,7
- Fobia simple	8,5	8,6	4,4
- Agorafobia	5,0	3,7	2,2
- Trastorno de ansiedad generalizada	--	3,4	2,8
- Trastorno de pánico	1,6	2,2	1,7
- Trastorno obsesivo compulsivo	2,3	--	2,4
- Trastorno por estrés post-traumático	--	3,6	3,6
Trastornos del ánimo	10,4	11,1	5,7
- Episodio de depresión mayor	6,5	10,1	5,2
- Depresión mayor unipolar	5,4	8,9	4,5
- Distimia	5,7	2,5	1,6
- Trastorno bipolar tipo I	1,2	1,3	0,6
- Trastorno bipolar tipo II	0,6	0,2	0,3
Otros trastornos			
- Esquizofrenia / síndrome esquizofreniforme	1,3	--	1,2
- Trastorno de personalidad antisocial	2,0	--	2,0
- Anorexia nerviosa	0,1	--	0,1
- Trastorno de somatización	0,3	--	0,2
- Incapacidad cognitiva grave	1,3	--	0,2
Trastornos por uso de sustancias	11,7	11,5	7,6
- Trastorno por uso de alcohol	9,1	9,9	6,5
- Trastorno por uso de drogas	4,0	3,6	2,4
Total trastornos mentales (no incluye uso de sustancias, drogas, alcohol)	22,0	23,4	16,5
Total trastornos mentales (incluyendo uso de sustancias, drogas, alcohol)	29,6	30,2	20,9

Fuente: Archives of General Psychiatry, American Medical Association (AMA), 2002. www.archgenpsychiatry.com

La prevalencia anual de trastornos mentales **en niños y adolescentes** no está tan bien documentada como en el caso de la prevalencia en adultos. Se estima que aproximadamente el 20% de la población entre 9 y 17 años presenta alteraciones en este ámbito, con al menos un grado leve de incapacidad funcional.

Tabla 2. Prevalencia (%) de trastornos mentales o adictivos en población de 9 a 17 años en Estados Unidos. Estudio MECA.

	Prevalencia (%)
Trastornos de ansiedad	13,0
Trastornos del estado de ánimo	6,2
Trastornos disruptivos	10,3
Trastornos por uso de sustancias	2,0
Total trastornos mentales y adictivos	20,9

Fuente: US Public Health Service. Mental Health: A Report of the Surgeon General – Chapter 2.
http://www.surgeongeneral.gov/Library/MentalHealth/chapter2/sec2_1.html

En el caso de las **personas mayores de 55 años**, las estimaciones obtenidas del estudio ECA indican una prevalencia anual del 19,8% de la población. Cerca del 4% presentan trastornos que interfieren con algún aspecto del funcionamiento social (SMI o Serious Mental Illness en la terminología americana), de los que aproximadamente una cuarta parte son considerados como “severe and persistent mental illness” (SPMI). Además, en estas cifras no se incluyen los casos de deficiencias cognitivas severas, como es el caso de la enfermedad de Alzheimer.

Un importante factor en el estudio de la prevalencia de las enfermedades mentales es el hecho de la **comorbilidad**, consistente en que una persona padezca al mismo tiempo dos o más trastornos mentales diferentes. Como menciona el Informe sobre la Salud en el Mundo de la OMS del año 2001, citando el estudio de Kessler de 1994, el 79% de los enfermos mentales presentan patrones de comorbilidad o, dicho en otros términos, sólo en el 21% de los casos de enfermedad mental aparece un único trastorno. La concurrencia de trastornos de ansiedad y depresión, o la de las enfermedades mentales asociadas al uso de alcohol y otras drogas, se encuentran entre los casos más frecuentes.

Tabla 3. Prevalencia (%) de trastornos mentales en población de 55 y más años. Datos de los estudios ECA y revisión de significación clínica.

	ECA 1980-1985	Revisión 2002
Trastornos de ansiedad	11,4	10,6
- Fobia Social	1,0	1,9
- Fobia simple	7,2	3,9
- Agorafobia	4,1	1,8
- Trastorno de pánico	0,5	0,5
- Trastorno obsesivo compulsivo	1,5	1,5
Trastornos del ánimo	7,2	3,4
- Episodio de depresión mayor	3,7	2,8
- Depresión mayor unipolar	3,6	2,7
- Distimia	5,0	1,6
- Trastorno bipolar tipo I	0,2	0,1
- Trastorno bipolar tipo II	0,1	0,31
Otros trastornos		
- Esquizofrenia / síndrome esquizofreniforme	0,6	0,4
- Trastorno de somatización	0,3	0,3
- Incapacidad cognitiva grave	7,1	2,0
Trastornos por uso de sustancias	2,8	2,1
- Trastorno por uso de alcohol	2,8	2,0
- Trastorno por uso de drogas	0,1	0,2
Total trastornos mentales (no incluye uso de sustancias, drogas, alcohol)	22,0	13,2
Total trastornos mentales (incluyendo uso de sustancias, drogas, alcohol)	24,0	14,2

Fuente: Archives of General Psychiatry, American Medical Association (AMA), 2002. www.archgenpsychiatry.com

Mortalidad

Las tasas de **mortalidad** no constituyen un indicador tan útil como la prevalencia para valorar el impacto de las enfermedades mentales en la población, ya que en muchos casos las enfermedades mentales no son identificadas como causa básica de defunción aunque concurren en el fallecimiento. Se estima que las enfermedades mentales y neurológicas causan aproximadamente el 1% de las muertes totales que se producen en el mundo³⁷.

Las personas con enfermedad mental tienen, en muchos casos, dependiendo del tipo de

diagnóstico y evolución de la patología, un alto riesgo de suicidio. La tasa de suicidio en el mundo, según la última actualización disponible de la OMS en el año 2001, es de 15,1 fallecimientos por cada 100.000 habitantes al año (24,0 defunciones por cada 100.000 varones y 6,8 por cada 100.000 mujeres), aunque existen grandes variaciones geográficas³⁸. Además, el padecimiento de enfermedades mentales aumenta el riesgo de fallecimiento por otras causas externas, como homicidios y accidentes³⁹, y constituye una comorbilidad de numerosas afecciones orgánicas.

Discapacidad

El **ajuste por discapacidad**, a través de instrumentos como la pérdida de los **AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad)**, también denominados DALY (Disability Adjusted Life Years), permite analizar no sólo el número de defunciones, sino también las consecuencias de la mortalidad prematura y la discapacidad en la población. Los AVAD estiman años saludables de vida perdidos, independientemente de que la pérdida se deba a muerte prematura o a discapacidad. Con este cambio de perspectiva, las enfermedades mentales adquieren una dimensión mucho mayor⁴⁰.

En todo el mundo, los trastornos mentales representaban aproximadamente el 10% de los AVAD perdidos en 1990 (la segunda causa, por detrás de las enfermedades cardiovasculares), el 12% en el año 2000 y se estima que supondrán el 15% en el año 2020. Este incremento estimado, próximo al 50% en 30 años, es superior al que se producirá en el resto de enfermedades en todo el mundo, incluyendo las enfermedades cardiovasculares. La depresión mayor unipolar, que en 1990 suponía el 3,7% de los AVAD en el mundo y ocupaba el cuarto puesto en el conjunto de todas las causas, pasará a ocupar el segundo lugar en el año 2020, con un 5,7% del total, sólo por detrás de la enfermedad isquémica del corazón y por delante de todas las demás causas de pérdida de años de vida prematura o por discapacidad. Además, la depresión ya constituye la principal causa de AVAD perdidos en las mujeres a escala mundial.

En los países desarrollados, cuatro de las diez causas más importantes de AVAD perdidos en ambos sexos (depresión mayor unipolar, consumo de alcohol, demencias y lesiones autoinfligidas) se relacionan con problemas de salud mental y, al igual que ocurre en el conjunto de la población mundial, la depresión ocupa el primer lugar en el conjunto de AVAD perdidos entre las mujeres, por delante de todas las demás causas.

Tabla 4. Diez principales causas de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) perdidos en los países desarrollados, año 1990.

	AVAD miles	Porcentaje del Total
1. Enfermedad isquémica del corazón	15.950	9,9
2. Depresión mayor unipolar	9.780	6,1
3. Enfermedad cerebrovascular	9.425	5,9
4. Accidentes de tráfico	7.064	4,4
5. Trastornos asociados al uso de alcohol	6.446	4,0
6. Osteoartritis	4.681	2,9
7. Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	4.587	2,9
8. Demencia y otros trastornos cognitivos	3.816	2,4
9. Lesiones autoinfligidas	3.768	2,3
10. Anomalías congénitas	3.480	2,3

Fuente: World Health Organization (WHO). The Global Burden of Disease (GBD). Ten leading causes of DALY's in developed regions, 1990.
<http://www.who.int/msa/mnh/ems/dalys/intro.htm>

Tabla 5. Diez principales causas de Años de Vida Vividos con Discapacidad (AVD) en el mundo, año 1990.

	AVD millones	Porcentaje del Total
1. Depresión mayor unipolar	50,8	10,7
2. Anemia ferropénica	22,0	4,7
3. Caídas	22,0	4,6
4. Trastornos asociados al uso de alcohol	15,8	3,3
5. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	14,7	3,1
6. Trastorno bipolar	14,1	3,0
7. Anomalías congénitas	13,5	2,9
8. Osteoartritis	13,3	2,8
9. Esquizofrenia	12,1	2,6
10. Trastorno obsesivo compulsivo	10,2	2,2

Fuente: World Health Organization (WHO). The Global Burden of Disease (GBD). Ten leading causes of Years Lived with Disability (YLD's) worldwide, 1990.
<http://www.who.int/msa/mnh/ems/dalys/intro.htm>

Otra medida del enorme impacto negativo de las enfermedades mentales en la **calidad de vida** de los individuos y las familias es el cálculo de los **Años Vividos con Discapacidad (AVD)**, también denominados Years Lived with Disability (YLD). Con este indicador, la depresión se convierte en la primera causa de discapacidad en todo el mundo, y entre las 10 primeras causas también se encuentran el abuso de alcohol, los trastornos bipolares, la esquizofrenia y los desórdenes obsesivo compulsivos⁴¹.

Impacto económico

Por último, un importante factor asociado al impacto de las enfermedades mentales es el de las **repercusiones económicas** en el conjunto de la sociedad. Aunque parte de estas repercusiones puede ser medida, como ocurre con los gastos sanitarios y sociales o el efecto de la mortalidad prematura, otros factores como el descenso en la productividad laboral y en las oportunidades sociales para las familias y los cuidadores, entre otros, son difícilmente valorables.

Un estudio realizado en Estados Unidos (Rice, 1990) concluía que el coste anual de las enfermedades mentales se aproximaba al 2,5% del Producto Nacional Bruto (PNB). Algunos estudios europeos estiman la proporción del coste relacionado con la enfermedad mental entre el 22% (Patel, 1998, en pacientes ingresados del Reino Unido) y el 23,2% (Meerding, 1998, en Holanda) de los gastos sanitarios totales. Aunque no existen estudios apropiados en todos los países, es razonable asumir que en todos ellos suponen una proporción importante en el conjunto de su sistema económico⁴².



**El impacto de la enfermedad mental
en Castilla y León**

Impacto de la enfermedad mental en Castilla y León

Prevalencia

Como sucede en la mayoría de las Comunidades Autónomas, la ausencia de estudios de base poblacional sobre la prevalencia de trastornos mentales en Castilla y León hace recomendable que la **estimación de la prevalencia poblacional** se realice **sobre la revisión de estudios españoles** de referencia, por considerarse que las poblaciones son más comparables que en estudios realizados en otros países.

En España se han realizado diversos estudios epidemiológicos para estimar la prevalencia de los trastornos mentales en la población general. Los resultados más relevantes se recogen en la siguiente tabla.

Tabla 6. Prevalencia de trastornos mentales encontrada en estudios epidemiológicos españoles de tipo poblacional.

	Varones (%)	Mujeres (%)	Ambos sexos (%)
Navarra, 1987 (n = 1041, ≥ 15 años)	11,64	23,62	--
Cantabria, 1987 (n = 1223, ≥ 17 años)	8,1	20,6	14,74
Barcelona, 1987 (n = 811, ≥ 16 años)	15,9	30,8	--
Madrid, 1993 (n = 654, 18 a 65 años)	8,32	24,07	--
Madrid, 1995 (n = 2319, 18 a 65 años)	--	--	11,5
Cataluña, 1998 (n = 12.245, ≥ 14 años)	15,77	18,66	17,42

Fuente: Rajmil L et al. Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya. Gac Sanit 1998; 12: 153-159. Desviat M. Objetivo 12: reducir las enfermedades mentales y suicidios. En: Informe SESPAS 2000. La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Granada: EASP, 2000.

Extrapolando los resultados del más reciente de los estudios para las estimaciones de Castilla y León, los **trastornos mentales** afectarían anualmente a **más de una de cada 5 mujeres y uno de cada 6 varones castellano leoneses**. Para el conjunto de ambos sexos las enfermedades mentales afectarían cada año en Castilla y León a **casi 450.000 personas**. De ellos, los **trastornos mentales graves**, cuya prevalencia se estima en torno al 1% de la población general, supondrían **25.000 personas** afectadas en la Comunidad Autónoma.

Otras fuentes de información sanitaria permiten conocer más datos acerca del impacto de las enfermedades mentales en nuestro medio. Los datos de la **Encuesta Nacional de Salud**

de 1987⁴³, que fue la última que recogió específicamente morbilidad psiquiátrica, estimaban que el **11,6% de la población de 16 y más años presenta problemas psíquicos crónicos (8% de los varones y 14,9% de las mujeres)**. La prevalencia de este tipo de trastornos es similar entre los grupos de edad de 45 a 64 años y de mayores de 65, dentro de cada sexo (9,8% y 9,9% en varones, 20% y 19,6% en mujeres, respectivamente) y muy superior a la prevalencia en el grupo de edad de 16 a 44 años en ambos sexos (6,7% en varones y 10,6% en mujeres). Debe destacarse además que, **en población de hasta 15 años de edad**, la prevalencia de trastornos psicológicos crónicos se estimaba en un 2,5%.

Diez años después, en la última **Encuesta Nacional de Salud, del año 1997⁴⁴**, ya no se estudia la morbilidad psiquiátrica crónica de forma específica, pero el impacto de los problemas de salud mental se ve reflejado en algunas de las causas de incapacidad. El 12,3% de la población declaraba que había visto reducido su trabajo o actividad principal a causa de algún dolor o síntoma en los últimos 15 días. Entre las **molestias que causaron la restricción figuran, en cuarto lugar, los “problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir”** (10,9% de los casos con restricción de actividad), por detrás de los síntomas articulares (39,9%), problemas de garganta, tos, catarro, gripe (21,4%) y dolor de cabeza (18,3%).

El próximo desarrollo de la **Encuesta Nacional de Salud**, que tendrá representatividad provincial en Castilla y León y cuyo trabajo de campo está previsto desarrollar a lo largo del año 2003 en cuatro oleadas estacionales permitirá obtener estimaciones específicas para la población de la Comunidad Autónoma.

En cuanto a la **prevalencia por tipo de trastorno**, estudios desarrollados en nuestro país⁴⁵ estiman que la esquizofrenia afecta al 1% de las personas, el trastorno afectivo se da entre el 3 y el 4% y el trastorno obsesivo compulsivo aparece en el 3% de la población general. Extrapolando los datos a la población de Castilla y León, el resultado obtenido supone que aproximadamente **25.000 castellanos y leoneses padecerían esquizofrenia**, cerca de **90.000 presentarían trastornos afectivos** y el número de afectados por **trastornos obsesivos – compulsivos sería próximo a 75.000**.

Otras publicaciones⁴⁶ estiman la prevalencia de **psicosis afectivas** entre el 0,2% y el 0,4% de la población, lo que supondría **7.500 afectados** en Castilla y León, los **trastornos estructurales de la personalidad (psicopatías)** entre un 4 y un 8%, lo que situaría el número de afectados en nuestra Comunidad Autónoma en **150.000 personas**, y los **trastornos del comportamiento** en torno al 10% de la población, es decir unos **250.000 castellanos y leoneses**.

Estudios específicos desarrollados en Castilla y León por la Red de Médicos Centinelas estiman la incidencia de **trastornos de ansiedad**⁴⁷ en 714 casos por cada 100.000 habitantes de 14 ó más años y **la incidencia de trastornos hipercinéticos de la infancia**⁴⁸ en 455 casos por cada 100.000 habitantes menores de 15 años. También se han estudiado los **trastornos de conducta alimentaria**⁴⁹, cuya frecuencia en Castilla y León se estima en 41,9 casos por cada 100.000 habitantes, si bien existen grandes diferencias entre sexos (8,6 de cada 100.000 varones y 74 de cada 100.000 mujeres) y grupos de edad (alcanzando en el grupo de mujeres de 15 a 19 años una frecuencia estimada de 640,2 casos por cada 100.000).

Empleando las proporciones de la revisión del año 2002 de los estudios de prevalencia anual de trastornos mentales realizados en Estados Unidos, las **estimaciones de población afectada por distintos tipos de enfermedades mentales en Castilla y León** se situarían en aproximadamente **285.000 personas con trastornos de ansiedad** (fobias, trastornos de pánico, desorden obsesivo - compulsivo), **115.000 personas con trastornos del estado de ánimo** (la inmensa mayoría de casos debidos a depresión, que constituiría la primera patología en el conjunto de trastornos mentales en la Comunidad Autónoma) **y casi 100.000 con otro tipo de afecciones**. Ello supone un total de 370.000 personas afectadas, excluyendo los cálculos referidos a la comorbilidad y a los trastornos por uso de sustancias, de los que existen estudios específicos desarrollados en la Comunidad Autónoma.

Tabla 7. Estimación del nº de personas afectadas por trastornos mentales en Castilla y León por tipo de trastorno, asumiendo las tasas de EEUU.

	Población de 9 a 17 años	Población de 18 a 54 años	Población mayor de 55 años
Personas con trastornos de ansiedad	41.847	163.907	81.865
Personas con trastornos del estado de ánimo	19.958	70.246	26.259
Personas con otros trastornos mentales	33.155	45.598	20.853
Total personas con trastornos mentales (no incluye uso de sustancias) (*)	64.380	203.343	101.946

Fuente: Elaboración propia sobre estimaciones de estudios ECA y NCS, aplicadas al censo de población de Castilla y León de 1991 por edades con intervalo anual.

(*) El total de trastornos no se corresponde a la suma total de cada columna por el efecto de comorbilidad.

En cuanto a los trastornos relacionados con el uso de sustancias, los resultados de la **Encuesta de Consumo de Drogas en la población general de Castilla y León** del año 2000, realizada en población de 14 a 70 años, muestran una prevalencia de bebedores diarios de alcohol del 20,34% de la población, con un **8,2% de “bebedores problemáticos”** (2 ó más puntos en el test CAGE). El **consumo habitual de drogas ilegales se da en el 2,1% de la población** castellana y leonesa (preferentemente debido al consumo de cannabis, seguido de éxtasis y cocaína), mientras que un 6,7% de los encuestados manifiesta un consumo ocasional.

Por otro lado, el análisis de la base de datos de reconocimiento de minusvalía de la **Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León** muestra que la discapacidad psíquica es la segunda en frecuencia, afectando al 23% de las personas con minusvalía⁵⁰.

La actualización de los datos recogidos en el Plan Regional Sectorial de Atención a las Personas con Discapacidad muestra cómo del total de las personas con reconocimiento de minusvalía igual o superior al 33%, 15.943 presentan algún tipo de trastorno mental excluyendo retraso mental, lo que, en el conjunto de la población de la Comunidad Autónoma, representa una prevalencia de 638 casos por cada 100.000 habitantes. De éstos, un 57,7% son mujeres (9.197 casos) y un 42,3% son varones (6.746 casos). La frecuencia va aumentando a medida que aumenta la edad, cambiando el patrón de distribución por sexo en edades medias de la vida (hasta los 50 años se dan más casos en varones y después de los 50 en mujeres).

Las distribuciones de los casos, atendiendo al tipo de **trastorno mental y al grado de minusvalía**, se presentan en las siguientes tablas. Debe destacarse el hecho de que, por tipo de trastorno mental, más de tres cuartas partes de los casos se engloban en sólo tres categorías: esquizofrenia y trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo y demencias. En cuanto al grado de minusvalía, es especialmente relevante el hecho de que más del 70% de los casos se encuentran en los grupos que tienen reconocida una minusvalía igual o superior al 65%.

Tabla 8. Distribución por sexo y edad de trastornos mentales en la base de datos de reconocimiento de minusvalía, Castilla y León, 2001.

GRUPOS DE EDAD	Varones	Mujeres	Ambos sexos
De 0 a 4 años	4	15	19
De 5 a 9 años	15	65	80
De 10 a 14 años	30	69	99
De 15 a 19 años	39	91	130
De 20 a 24 años	82	182	264
De 25 a 29 años	192	373	565
De 30 a 34 años	306	550	856
De 35 a 39 años	441	691	1.132
De 40 a 44 años	552	768	1.320
De 45 a 49 años	561	623	1.184
De 50 a 54 años	588	557	1.145
De 55 a 59 años	678	547	1.225
De 60 a 64 años	686	421	1.107
De 65 a 69 años	849	422	1.271
De 70 a 74 años	809	316	1.125
De 75 a 79 años	740	276	1.016
De 80 a 84 años	624	224	848
De 85 a 89 años	606	187	793
De 90 a 94 años	578	138	716
De 95 y más años	817	231	1.048
Total	9.197	6.746	15.943

Fuente: Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, 2001.

Tabla 9. Clasificación de trastornos mentales en la base de datos de reconocimiento de minusvalía, Castilla y León, 2001.

	Ambos sexos		Varones		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
Trastorno de inicio en la infancia	400	2,51	281	4,17	119	1,29
Trastornos debidos a enf. médicas	448	2,81	289	4,28	159	1,73
Demencias	3.697	23,19	1.018	15,09	2.679	29,13
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	4.863	30,50	2.667	39,53	2.196	23,88
Trastornos del estado de ánimo	3.728	23,38	986	14,62	2.742	29,81
Trastorno de ansiedad	777	4,87	308	4,57	469	5,10
Trastorno de la personalidad	965	6,05	547	8,11	418	4,54
Trastornos somatomorfos	117	0,73	32	0,47	85	0,92
Trastornos relacionados con sustancias	316	1,98	280	4,15	36	0,39
Trastorno adaptativo	344	2,16	170	2,52	174	1,89
Trastorno no especificado	288	1,82	168	2,49	120	1,30
Total	15.943	100%	6.746	100%	9.197	100%

Fuente: Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, 2001.

Tabla 10. Distribución de trastornos mentales en la base de datos de reconocimiento de minusvalía según grado de minusvalía, Castilla y León, 2001.

	GRADO DE MINUSVALÍA				Total
	33-49%	50-64%	65-74%	75% y más	
Ávila	137	63	441	220	861
Burgos	265	77	1.264	328	1.934
León	559	335	1.287	1.031	3.212
Palencia	243	236	738	624	1.841
Salamanca	574	158	861	683	2.276
Segovia	71	44	297	325	737
Soria	96	47	323	258	724
Valladolid	703	183	1.275	880	3.041
Zamora	110	92	631	484	1.317
Total	2.758	1.235	7.117	4.833	15.943
Porcentaje	17,3	7,7	44,6	30,3	100

Fuente: Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, 2001.

Mortalidad

La estadística de defunciones según causa de muerte del Instituto Nacional de Estadística (INE), referida al año 1999⁵¹, muestra que en **Castilla y León** las defunciones por enfermedades mentales y del comportamiento (excluyendo suicidios) ascendieron a **741 fallecimientos** en el año 1999, lo que supone la **7ª causa de muerte** en esta Comunidad Autónoma para el conjunto de ambos sexos (2,81% del total de defunciones), por detrás de las mismas causas que en el conjunto de España además de las enfermedades endocrino - metabólicas.

Entre los **varones** residentes en Castilla y León, las enfermedades mentales figuran como causa básica de defunción en 272 fallecimientos, lo que supone el 1,93% del total de defunciones y la **9ª causa de muerte**. En las **mujeres** residentes en Castilla y León las enfermedades mentales originaron 469 defunciones, lo que supone la **6ª causa de fallecimiento** con un 3,82% del total, es decir, una tasa de mortalidad proporcional que **dobra a la de los varones**.

Debe destacarse el hecho de que, por el sistema de codificación de mortalidad empleado (Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE), la gran mayoría de las defunciones atribuidas a enfermedades mentales y del comportamiento se incluyen en el epígrafe de **trastornos mentales “orgánicos, senil y presenil”**. Este hecho contribuye a explicar que el **95,68% de las defunciones** registradas en Castilla y León en 1999 como enfermedades mentales y del comportamiento se produjeran en **personas de 65 o más años**. En los varones pertenecían a este grupo de edad el 90,44% de las personas fallecidas por enfermedades mentales, y en las mujeres la proporción asciende hasta el 98,72% de las defunciones, hecho probablemente relacionado con su mayor esperanza de vida.

Sin embargo, en otros epígrafes, como los relacionados con **alcohol y drogas**, el sistema de codificación de la estadística de mortalidad no incluye entre los trastornos mentales a los fallecimientos orgánicos derivados del uso de estas sustancias ni los accidentes o sobredosis derivados de su consumo. Por tanto, únicamente se consideran a efectos estadísticos los casos en que figura como causa básica de defunción el diagnóstico específico de alcoholismo o drogadicción.

La mortalidad por **suicidio**, considerada oficialmente por la estadística de mortalidad como “causa externa de defunción”, pero que en muchos casos está directamente relacionada con

Tabla II. Mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento en personas residentes en Castilla y León, año 1999.

	Ambos sexos			Varones			Mujeres		
	nº def	TMP	TME	nº def	TMP	TME	nº def	TMP	TME
Trastornos mentales orgánicos senil y presenil	679	91,63	27,07	227	83,46	18,33	452	96,38	35,58
Otros trastornos mentales y del comportamiento	34	4,59	1,36	17	6,25	1,37	17	3,62	1,34
Trastornos mentales debidos al abuso del alcohol	22	2,97	0,88	22	8,09	1,78	0	0,00	0,00
Trastornos mentales debidos a uso de drogas (toxicomanía)	6	0,81	0,24	6	2,21	0,48	0	0,00	0,00
Total	741	100,00	29,54	272	100,00	21,97	469	100,00	36,92

TMP: Tasa de mortalidad proporcional (por 100 defunciones).

TME: Tasa de mortalidad específica (por 100.000 habitantes).

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según causa de muerte, 1999. <http://www.ine.es> Población para el cálculo de TME obtenida del Anuario Estadístico de Castilla y León, referida al año de 1996. <http://www.jcyl.es/jcyl/ceh/dge/anuario/>

las enfermedades mentales, presenta ciertas discrepancias en cuanto a la cuantificación de los fallecimientos, dependiendo de la fuente considerada. De acuerdo con la Estadística del Suicidio en España⁵², publicada por el INE, se produjeron en Castilla y León 161 suicidios consumados en 1999, que ascendieron a 183 en el año 2000.

Tomando como fuente la Estadística de Defunciones según Causa de Muerte, **el número de fallecimientos por suicidio en personas residentes en Castilla y León en 1999 fue de 208**, de los cuales **145 se produjeron en varones y 63 en mujeres**. La mortalidad por suicidio supuso en 1999 el **0,79% del total de fallecimientos** en la Comunidad Autónoma (1,03% de los fallecimientos en varones y 0,51% de las defunciones en mujeres).

Impacto en los servicios sanitarios

Los estudios que cuantifican el impacto de los trastornos mentales entre los usuarios de servicios sanitarios – frecuentemente entre la población atendida en Atención Primaria – tienden a mostrar resultados de prevalencia más altos que los estudios poblacionales. Aunque no resultan tan precisos en la estimación de la enfermedad entre la población, estos estudios indican la carga asistencial de la enfermedad mental en dichos servicios⁵³.

Según los informes de distintas sociedades científicas, entre un 20% y un 25% del trabajo de los **Equipos de Atención Primaria (EAP)** se dedica a problemas de estrés y otros relacionados con síntomas psíquicos. Teniendo en cuenta los 27,4 millones de consultas de atención primaria previstos para el año 2002 en Castilla y León, esto supondría más de **6 millones de consultas al año** por estos motivos, con una media de 24.400 consultas diarias.

Otras estimaciones sugieren que un 14% de la actividad de los EAP recae sobre problemas de auténtica relevancia psiquiátrica - lo que supone **3,8 millones de consultas al año** por estos motivos, con una media de 15.530 consultas diarias en Castilla y León – y que el 20% de la población realiza alguna consulta a lo largo de su vida relacionada con la salud mental en el nivel de la Atención Primaria, lo que supone **470.000 personas** atendidas en este nivel asistencial.

La **Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH) 1999**, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística⁵⁴, indica que, en España, los Trastornos Mentales fueron la causa de 108.438 altas hospitalarias para ambos sexos, que causaron un total de 5.144.744 estancias hospitalarias, con una estancia media de 47 días. En Castilla y León y según la misma fuente, los Trastornos Mentales causaron un total de **6.992 altas** y **852.352 estancias**, con una estancia media de 122 días. Los principales resultados de la EMH en Castilla y León se presentan en la siguiente tabla.

Aunque el número de enfermos dados de alta por trastornos mentales, tal y como se refleja en la tabla, solo supone un **2,5% de las altas** por todos los diagnósticos, las estancias causadas por estos enfermos suponen un **28,9% del total de estancias**, lo que implica un importante consumo de recursos. Sin embargo, los datos referidos a la estancia media deben ser considerados con cautela, puesto que son un promedio de las estancias producidas en dispositivos asistenciales muy diferentes.

Tabla 12. Enfermos dados de alta, estancias totales y estancia media debidas a trastornos mentales en Castilla y León, año 1999.

	Nº Enfermos dados de alta			Estancias			Estancia Media		
	A.sexos	Varones	Mujeres	A.sexos	Varones	Mujeres	A.sexos	Varones	Mujeres
Psicosis	3.755	1.956	1.798	605.804	276.132	329.672	161	141	183
T. Neuróticos y Personalidad	966	458	508	24.469	5.688	18.782	25	12	37
S. Dep. alcohol	370	324	47	35.566	35.061	506	96	108	11
S. Adición a las Drogas	192	148	44	3.550	1.613	1.938	19	11	44
Otros	1.710	773	937	182.961	130.080	52.881	107	168	56
Total Trast. Mentales	6.992	3.659	3.334	852.352	448.573	403.778	122	123	121

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Instituto Nacional de Estadística (INE), 1999.

Entre los resultados del **Sistema de Información Autonómico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental**⁵⁵ de Castilla y León, referido a la actividad del año 2001, se destaca que las **Unidades de Hospitalización Psiquiátrica** en Castilla y León atendieron 4.982 ingresos en 2001, que generaron 68.483 estancias hospitalarias, con una estancia media de 13,75 días - dato muy alejado de las estimaciones de la EMH -. En 1.738 casos (34,9% del total) se trataba de reingresos. La urgencia fue la vía de ingreso de 4.190 casos (84,1% del total), seguida de los 613 casos (12,3%) que fueron remitidos por los Equipos de Salud Mental y los 179 traslados (3,6%). Los diagnósticos más frecuentes atendidos en estas unidades son "esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes", "trastornos del humor (afectivos)" y "trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol".

Los **Equipos de Salud Mental** han tenido en el último año 240.309 consultas, lo que supone 973 consultas al día, con un aumento sostenido en los últimos años. El número de casos nuevos ha sido de 30.532, lo que supone una media de 123 casos nuevos al día. Los diagnósticos más frecuentes en pacientes nuevos son los "trastornos del humor (afectivos), las "reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación" y "otros trastornos de ansiedad".

De la actividad en **otros dispositivos de la red** se destacan los 237 ingresos producidos en Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica (con la mayor parte de los pacientes procedentes de los Equipos de Salud Mental, seguidos muy de lejos por las Unidades de Hospitalización),

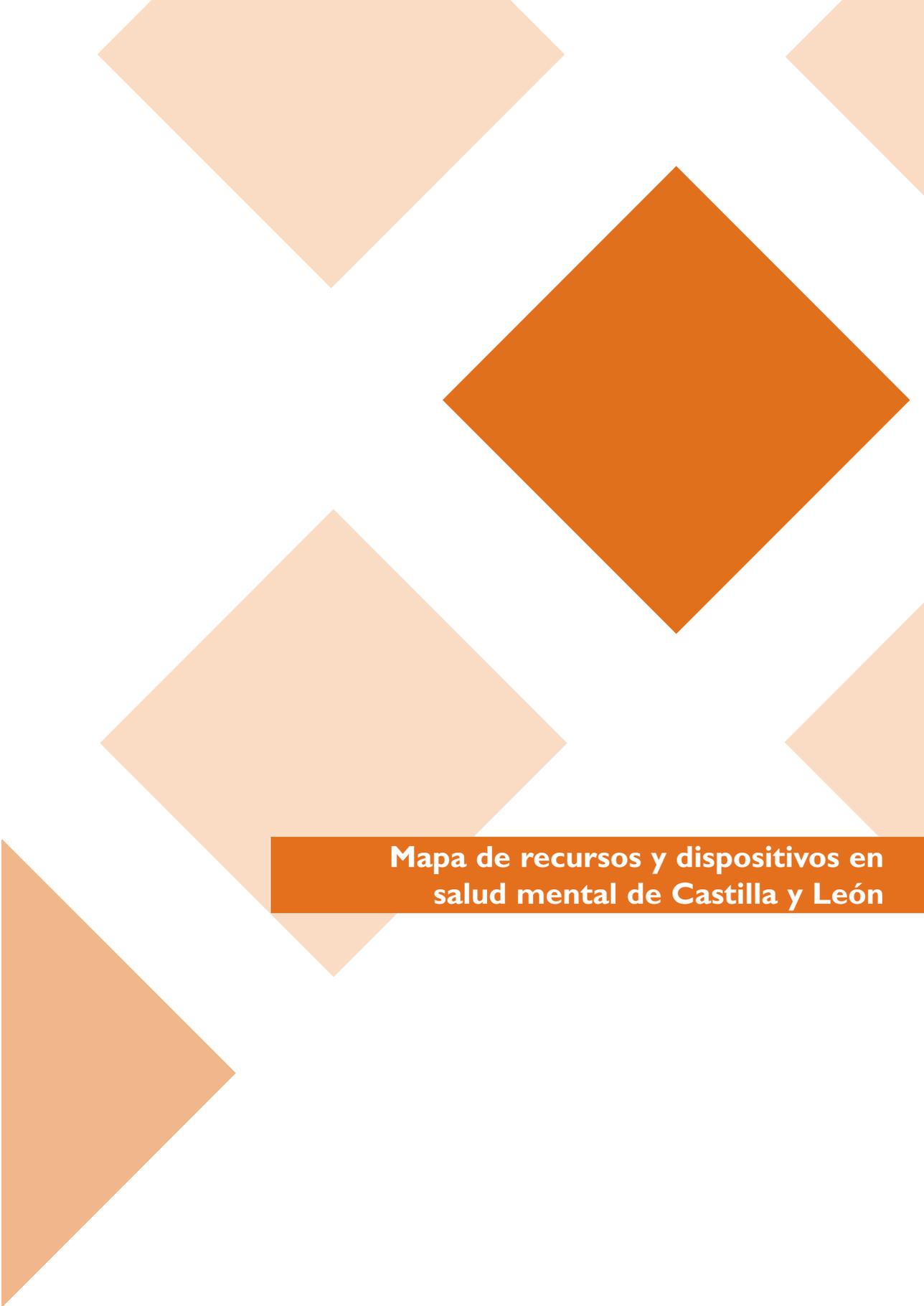
271 pacientes atendidos en los Hospitales de Día Psiquiátricos y 333 pacientes atendidos en Centros de Rehabilitación Psicosocial, a lo largo del año 2001.

Otra información relevante sobre el impacto de la enfermedad mental en el sistema sanitario es el **consumo de psicofármacos**. Seleccionando los tres subgrupos farmacológicos más relacionados con este problema de salud (N05 – Psicolépticos, N06 – Psicoanalépticos y N07 - Otros principios activos de acción sobre el sistema nervioso central), se verifica que el consumo de medicamentos, a través de receta oficial del Sistema Nacional de Salud en Castilla y León durante el año 2001 ascendió a casi 4,5 millones de envases, por un importe próximo a los 10.000 millones de pesetas (60 millones de euros).

Tabla 13. Consumo de medicamentos relacionados con salud mental en Castilla y León, a través de receta oficial del Sistema Nacional de Salud, año 2001.

	N05	N06	N07	TOTAL
	Psicolépticos	Psicoanalépticos	Otros activos SNC	N05-N06-N07
Número de envases	2.970.339	1.290.340	180.579	4.441.258
Importe pesetas	3.915.367.689	4.962.609.125	925.849.964	9.803.826.778
Importe euros	23.531.834	29.825.882	5.564.470	58.922.186

Fuente: Dirección Técnica de Farmacia. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, 2001.



**Mapa de recursos y dispositivos en
salud mental de Castilla y León**

Mapa de recursos y dispositivos en salud mental

Atención Primaria: Centros de Salud y Equipos de Atención Primaria

El mapa sanitario de Castilla y León está formado por 11 Áreas de Salud y 244 Zonas Básicas de Salud. Contamos con 219 Centros de Salud y 239 Equipos de Atención Primaria, constituidos por un conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios (médico de familia, pediatra, trabajador social, enfermería, personal auxiliar, etc.) que desarrollan actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Los Equipos de Atención Primaria cuentan con Unidades de Apoyo especializadas entre las que se encuentran las de Salud Mental.

Los Equipos de Atención Primaria están directamente implicados en la atención psiquiátrica y la salud mental; asumen la detección inicial de los trastornos psiquiátricos y la asistencia a los problemas psíquicos de la población general que no requieren una atención especializada. Colaboran, asimismo, en la elaboración y desarrollo de programas de salud mental e intervienen de forma relevante en el traslado urgente de enfermos mentales en situación de crisis.

Tabla 14. Recursos humanos en Atención Primaria: Estructura de efectivos. Castilla y León, 2002.

	Nº de profesionales	Ratio (Nº profesionales/100.000 hab.)
Médicos de familia	2.347	94,25
Pediatras	218	8,75
Otros facultativos	91	3,65
ATS / DUE	2.010	80,71
Auxiliares de enfermería	189	7,59
Otros sanitarios	315	12,65
Psicólogos	29	1,16
Trabajadores sociales	72	2,89
Otros no sanitarios	1.340	53,81
Total	6.611	265,47

Fuente: Dirección General de Recursos Humanos. Gerencia Regional de Salud, 2002.

Equipos de Salud Mental (ESM)

Los Equipos de Salud Mental (ESM) se constituyen como eje de articulación y prestación de servicios asistenciales psiquiátricos en cada Área de Salud, con carácter multidisciplinario. Los distintos Equipos asumen las siguientes funciones:

- a) Atención a los pacientes que les son remitidos desde otros niveles sanitarios.
- b) Seguimiento y control de los pacientes dados de alta en las unidades de hospitalización.
- c) Desarrollo de programas de reinserción de los pacientes psiquiátricos crónicos pertenecientes al distrito correspondiente.
- d) Prestación de asistencia en las estructuras asistenciales intermedias que no disponen de equipos específicos.
- e) Prestación de asistencia domiciliaria cuando las circunstancias terapéuticas lo requieren.
- f) Apoyar y asesorar a los Equipos de Atención Primaria y otros profesionales sanitarios de su Distrito.
- g) Atender a las consultas urgentes así como a los pacientes o grupos de crisis durante el período que se determine.
- h) Derivación de los pacientes que precisan tratamiento en régimen de ingreso a las unidades de hospitalización parcial o total.
- i) Prestación de asistencia a los pacientes que les hayan sido enviados por los dispositivos de hospitalización parcial.

Existen un total de 37 Equipos de Salud Mental (28 dependientes de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, 2 de Diputaciones y 7 de Consorcios). Las Áreas de Salud de Burgos, León y Salamanca cuentan cada una con 5 ESM y el resto de Áreas disponen de 3 ESM en cada una de ellas, salvo Ponferrada y Soria que cuentan con 2 Equipos.

La dotación de recursos humanos de los Equipos de Salud Mental en junio de 2002, así como la del resto de dispositivos que se describen a continuación, se presenta en tabla anexa al final del mapa de recursos.

Equipos de Psiquiatría Infanto-Juvenil (EPIJ)

Los Equipos de Psiquiatría Infanto-Juvenil ejercen las funciones propias de los Equipos de Salud Mental en el ámbito de la población menor de 18 años.

En la actualidad, Castilla y León dispone de 5 Equipos específicos, ubicados en las Áreas de Salud de Burgos, León, Salamanca, Valladolid – Este y Valladolid – Oeste.

Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP)

Las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica constituyen elementos asistenciales **integrados en los hospitales generales**, que están destinados al ingreso de aquellos pacientes cuya sintomatología así lo requiera y que precisen un tratamiento en régimen de hospitalización.

Las funciones de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica dentro de los hospitales generales, son las siguientes:

- a) Tratamiento de los pacientes ingresados.
- b) Atención psiquiátrica de interconsulta.
- c) Apoyo a las urgencias hospitalarias.
- d) Funciones de docencia e investigación.

Existen un total de 12 Unidades de Hospitalización Psiquiátrica en Castilla y León (una por Área de Salud, salvo las dos unidades en Palencia), con un total de 246 camas, lo que supone una ratio de 9,88 camas por cada 100.000 habitantes.

Todas las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica dependen de la Gerencia Regional de Salud, con excepción de la Unidad del Hospital San Telmo de Palencia (que depende de la Diputación Provincial), y la Unidad de Valladolid - Oeste, excepcionalmente ubicada fuera del hospital general de referencia, que depende del Consorcio Gerencia Regional de Salud - Diputación Provincial.

Tabla 15. Unidades de Hospitalización Psiquiátrica en Castilla y León. Distribución por Áreas de Salud, N° de plazas y Ratio por 100.000 habitantes.

ÁREA DE SALUD	Centro	N° de camas	Ratio (N°camas/100.000 hab.)
Ávila	H. Nuestra Sra. Sonsoles	10	5,96
Burgos	H. Divino Valles	42	12,14
León	H. de León	20	5,60
Ponferrada	H. del Bierzo	15	10,01
Palencia	H. Río Carrión	8	8,87
	H. San Telmo	8	
Salamanca	H. Clínico Universitario	30	8,48
Segovia	H. Policlínico San Agustín	19	13,23
Soria	H. Institucional	20	21,70
Valladolid-Este	H. Clínico Universitario	26	9,64
Valladolid-Oeste	H. Dr. Villacián	22	9,74
Zamora	H. Rodríguez Chamorro	26	12,75
Castilla y León	12 unidades	246	9,88

Fuente: Sistema de Información Autonómico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, 2002.

Hospitales de Día Psiquiátricos (HDP) y Programas de Hospitalización Parcial (PHP)

Los Hospitales de Día Psiquiátricos (HDP) y los Programas de Hospitalización Parcial (PHP) son recursos asistenciales intermedios entre la comunidad y las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de los hospitales generales, a las que están adscritos.

Estos dispositivos prestan un tratamiento alternativo a la institucionalización convencional, evitando, en la medida de lo posible, la separación de la persona en tratamiento de su medio familiar y social. De esta manera constituyen una alternativa al internamiento psiquiátrico tradicional evitando la ruptura existencial que supone la separación de la persona en tratamiento de su medio social y familiar y por otra parte ofertan planteamientos terapéuticos más intensivos y continuados que los que habitualmente realizan los Equipos de Salud Mental.

Sus usuarios son pacientes derivados desde los Equipos de Salud Mental o las Unidades de Hospitalización, cuyas características clínicas exijan una atención terapéutica intensa y acti-

va de duración intermedia, siempre que no esté indicada su realización por parte de otros dispositivos hospitalarios.

Existen 3 **Hospitales de Día Psiquiátricos** en Castilla y León, que se encuentran en las Áreas de Salud de Burgos y Salamanca (bajo dependencia de los respectivos Consorcios Gerencia Regional de Salud – Diputaciones) y conjuntamente para las Áreas de Valladolid Este y Oeste (bajo dependencia de la Gerencia Regional de Salud y ubicado en el Hospital Clínico Universitario). Estos dispositivos cuentan con un total de 60 plazas. Además, está prevista la puesta en marcha del Hospital de Día Psiquiátrico en el Plan Director del Hospital de León.

En cuanto a los **Programas de Hospitalización Parcial**, este dispositivo se han desarrollado de manera específica en el Área de Salud de Ávila, que cuenta con 6 plazas ubicadas en el Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. La presente Estrategia prevé la próxima extensión del modelo a la totalidad de Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma.

Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA)

Existe una Unidad Regional para la atención de trastornos de la conducta alimentaria, ubicada en el Hospital Divino Valles de Burgos. Dicha Unidad, bajo dependencia de la Gerencia Regional de Salud, cuenta con 8 camas. Entre sus recursos, cuenta con 1 psiquiatra, 1

Tabla 16. Hospitales de Día Psiquiátricos y Programas de Hospitalización Parcial en Castilla y León. Distribución por Áreas de Salud, N° de plazas y Ratio por 100.000 habitantes.

ÁREA DE SALUD	Centro	N° de camas	Ratio (N°plazas/100.000 hab.)
Ávila	PHP – H. Nuestra Sra. Sonsoles	6	3,58
Burgos	HDP – H. Divino Valles	25	7,23
Salamanca	HDP - H. Clínico Universitario	15	4,24
Valladolid-Este	HDP – H. Clínico Universitario	20	4,04
Valladolid-Oeste			
Castilla y León	4 dispositivos	66	2,65

(*) HDP = Hospital de Día Psiquiátrico; PHP = Programa de Hospitalización Parcial.

Fuente: Sistema de Información Autonómico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, 2002.

psicólogo y 1 trabajador social que pertenecen a la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del citado centro.

Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica (URP)

Las Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica constituyen **servicios hospitalarios** (a diferencia de los Centros de Rehabilitación Psicosocial) en los que los pacientes con enfermedad mental grave y prolongada reciben un tratamiento multidisciplinar, dirigido a su rehabilitación psicosocial, cuyo objetivo es alcanzar el mayor grado de autonomía posible.

El acceso a estas unidades se realiza desde los Equipos de Salud Mental y, en aquellos casos en que la persona con enfermedad mental grave y prolongada no puede permanecer en la comunidad, desde los Centros de Rehabilitación Psicosocial. Además, de manera excepcional, se puede producir el acceso a estos centros desde las Unidades de Hospitalización.

Actualmente se encuentran funcionando en Castilla y León 7 unidades de Rehabilitación Psiquiátrica, que prestan servicio a 9 Áreas de Salud: Ávila, Burgos, León y Ponferrada, Salamanca, Segovia, Soria y Valladolid Este y Oeste.

La dependencia de estas Unidades de Rehabilitación corresponde a la Gerencia Regional

Tabla 17. Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica en Castilla y León. Distribución por Áreas de Salud, N° de plazas y Ratio por 100.000 habitantes.

ÁREA DE SALUD	Centro	N° de camas	Ratio (N°plazas/100.000 hab.)
Ávila	H. Provincial	21	12,52
Burgos	H. Fuente Bermeja	40	11,56
León	H. Santa Isabel	33	6,51
Ponferrada			
Salamanca	H. Los Montalvos	40	11,30
Segovia	H. Ntra. Sra. Fuencisla	27	18,80
Soria	H. Institucional	20	21,70
Valladolid-Este	H. Dr. Villacián	40	8,07
Valladolid-Oeste			
Castilla y León	7 centros	221	8,87

Fuente: Sistema de Información Autonómico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, 2002.

de Salud en las Áreas de Ávila, León, Ponferrada y Soria, a diferentes Consorcios establecidos entre la Gerencia Regional de Salud y Diputaciones Provinciales en las Áreas de Salud de Burgos, Salamanca, Valladolid - Este y Valladolid - Oeste, y a la Diputación Provincial en el Área de Salud de Segovia.

Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRP)

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial son dispositivos que ofrecen, en **régimen ambulatorio**, programas de rehabilitación psicosocial a las personas con enfermedad mental grave y prolongada que ocasione dificultades de integración familiar, social o laboral, remitidas desde los Equipos de Salud Mental y, en su caso, desde las Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica.

En Castilla y León existen actualmente 9 Centros de Rehabilitación Psicosocial, situados en las Áreas de Salud de Avila, Burgos, León, Palencia, Segovia, Soria, Valladolid - Este, Valladolid - Oeste y Zamora, que cuentan con un total de 205 plazas, lo que supone una ratio de 8,23 plazas por cada 100.000 habitantes. Además, está prevista la próxima entrada en funcionamiento de los centros de Ponferrada y Salamanca.

Tabla 18. Centros de Rehabilitación Psicosocial en Castilla y León. Distribución por Áreas de Salud, N° de plazas y Ratio por 100.000 habitantes.

ÁREA DE SALUD	Centro	N° de camas	Ratio (N°plazas/100.000 hab.)
Ávila	H. Provincial	20	11,93
Burgos	H. Fuente Bermeja	25	7,23
León	CRP (*)	20	5,60
Palencia	CRP (*)	20	11,09
Segovia	CRP (a)	30	20,89
Soria	H. Institucional	20	21,70
Valladolid-Este	H. Benito Menni	20	7,41
Valladolid-Oeste	H. Dr. Villacián	30	13,29
Zamora	CRP (b)	20	9,81
Castilla y León	9 centros	205	8,23

CRP (*) = CRP concertado con HH San Juan de Dios; **CRP (a)** = CRP Diputación de Segovia; **CRP (b)** = CRP concertado con Fundación INTRAS.
Fuente: Sistema de Información Autonómico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, 2002.

Hogares protegidos

Los hogares protegidos son dispositivos de alojamiento comunitario que tienen por fin constituir la residencia habitual de personas con enfermedad mental cuyo nivel de autonomía sea suficiente para poder vivir de forma autónoma y con control de su conducta. En función del perfil y características de los residentes, y de la continuidad de supervisión y cuidados que requieren, se pueden distinguir hogares supervisados y hogares tutelados.

En la actualidad existen 45 hogares protegidos en Castilla y León, con un total de 157 plazas residenciales y una ratio de 6,30 plazas por cada 100.000 habitantes.

Tabla 19. Hogares Supervisados / Tutelados en Castilla y León. Distribución por Áreas de Salud (*).

ÁREA DE SALUD	Dependencia	Nº de hogares	Nº de plazas	Ratio (Nºplazas/100.000 hab.)
Ávila	GRS	2	7	4,17
Burgos	Consortio GRS – DP	3	13	3,76
León (*)	GRS	2	8	2,24
Palencia	2 Concierto GRS – HSJD + 4 San Luis	6	18	9,98
Salamanca	Consortio GRS – DP	3	10	2,83
Segovia	DP	5	19	13,23
Soria	GRS	3	16	17,36
Valladolid-Este	Consortio GRS – DP	17	51	10,29
Valladolid-Oeste				
Zamora	2 Concierto GRS – F. Intras + 2 F. Intras	4	15	7,35
Castilla y León	Conjunto de dispositivos	45	157	6,30

(*) NOTA: FEAFES cuenta con hogares en diversas Áreas de Salud no incluidos en esta relación. Además, existe un hogar de transición con 4 plazas, dependiente de la Gerencia Regional de Salud y ubicado en el recinto del Hospital Santa Isabel de León, que tampoco se ha incluido en el cálculo general. GRS = Gerencia Regional de Salud; DP = Diputación Provincial; HSJD = HH San Juan de Dios.

Fuente: Sistema de Información Autonómico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, 2002.

Unidad Residencial Psiquiátrica de Referencia Regional

Las Unidades Residenciales Psiquiátricas son dispositivos residenciales establecidos en un entorno hospitalario, que ofertan cuidados sociales y sanitarios de cierta intensidad a personas 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, ni siquiera en un hogar tutelado. El acceso a estos dispositivos, y la derivación desde ellos, se produce a través de las Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica.

Castilla y León cuenta con una Unidad Residencial Psiquiátrica de Referencia Regional en el Hospital Santa Isabel de León, dependiente la Gerencia Regional de Salud. Sus recursos humanos constan de 1 médico, 1 psicólogo, 1 trabajador social, 3 ATS/DUE y 19 auxiliares de clínica. Este dispositivo cuenta con 50 plazas.

Centros Especiales de Empleo

Los Centros Especiales de Empleo son dispositivos destinados a proporcionar empleo protegido a personas con discapacidad, y que pueden estar específicamente dirigidos a personas con enfermedad mental.

Existen 5 Centros Especiales de Empleo en Castilla y León dirigidos a este colectivo, todos ellos de iniciativa privada, de los cuales dos se encuentran en Zamora, uno en Soria, uno en León y uno en Valladolid.

Red de Asistencia a Drogodependencias

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 León⁵⁶, 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. En ningún caso los recursos del Sistema de Asistencia e Integración Social del drogodependiente constituyen una red propia separada de las redes de asistencia generales.

El **primer nivel** de intervención está constituido por los Equipos de Atención Primaria, 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, Equipos de Salud Mental 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.

Otros recursos

Otros recursos que deben ser mencionados incluyen las 11 **Asociaciones de Enfermos Mentales** (FEAFES Ávila, FESMA, ASAYEME y PROSAME en la provincia de Burgos, ALFAEM en León, AFES en Palencia, AEMC en Salamanca, AMANECER en Segovia, ASOVICA en Soria, EL PUENTE en Valladolid y FEAFES Zamora), federadas en FEAFES Castilla y León (anteriormente FECLEM). Todas ellas realizan importantes funciones de apoyo tanto a las personas afectadas como a sus familias.

Las actividades fundamentales de estas entidades se refieren a la realización de actuaciones de información, formación y sensibilización, organización de grupos de autoayuda y escuelas de padres, actuaciones de respiro familiar y actividades ocupacionales, de desarrollo de habilidades adaptativas, laborales, sociales, de ocio y tiempo libre, etc. Se configuran así estas Asociaciones como un instrumento extraordinariamente relevante para la defensa de los derechos de las personas con enfermedad mental, el apoyo a los enfermos y a sus familias y la sensibilización de toda la sociedad.

Además, existe en Castilla y León una **Fundación Tutelar de Enfermos Mentales**, creada en el año 2001. La Fundación Tutelar FECLEM es una fundación benéfico asistencial constituida por las Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales de Castilla y León (FEAFES), cuyo protectorado corresponde a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León. Los fines de interés general de la Fundación Tutelar FECLEM, conforme a lo previsto en el artículo 6 de sus correspondientes Estatutos, se centran en el ejercicio directo de la tutela, curatela u otras figuras de guarda que precisen las personas que, padeciendo una enfermedad mental grave, hayan sido incapacitadas judicialmente por razón de dicha enfermedad y carezcan de parientes o allegados idóneos para el desempeño de tales cargos tutelares.

Otros objetivos de la Fundación se refieren a la sensibilización social, el fomento del desarrollo de dispositivos sanitarios y sociales, la defensa de los derechos y el asesoramiento jurídico y social a familiares, profesionales y otros tutores de personas con enfermedad mental. En la actualidad cuenta con más de 60 personas tuteladas y 3 profesionales.

Como anexo final al mapa de recursos, se presenta en la siguiente tabla la dotación de recursos humanos sanitarios en diferentes dispositivos.

Tabla 20. Recursos humanos de carácter sanitario en diferentes dispositivos de la Red de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Castilla y León.

	ESM	EPIJ	UHP	URP	CRP	HDP/ PHP	Ratio (N°p/100.000 hab.)
Psiquiatras	83	10	34,5	12	--	3,5	5,74
Psicólogos	50	4,5	4,5	5,5	11,5	2,5	3,15
ATS/DUE	39,5	3	84	48,5	2	4	7,27
Trabajadores Sociales	14	--	5	6	3,5	1,5	1,20
Auxiliares de Clínica	19	1	99	102	20,5	4	9,86
Terapeutas Ocupacionales	--	--	1,5	4	3	1,5	0,40
Total	205,5	18,5	228,5	178	40,5	17	27,63

(*) NOTA: Los recursos humanos con dedicación parcial a más de un dispositivo computan en fracciones. ESM = Equipos de Salud Mental; EPIJ = Equipos de Psiquiatría Infanto-Juvenil; UHP = Unidades de Hospitalización Psiquiátrica; URP = Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica; CRP = Centros de Rehabilitación Psicossocial; HDP / PHP = Hospitales de Día Psiquiátricos y Programas de Hospitalización Parcial.

Fuente: Sistema de Información Autonómico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, 2002.

La tabla muestra que los dos dispositivos con mayor número de profesionales son las Unidades de Hospitalización, con 228,5 trabajadores y los Equipos de Salud Mental con 205,5. En cuanto a los ratios de profesionales del conjunto de dispositivos, existen 5,74 psiquiatras, 3,15 psicólogos, 7,27 ATS/DUE, 1,20 trabajadores sociales, 9,86 auxiliares de clínica y 0,40 terapeutas ocupacionales por cada 100.000 habitantes.

The background features several overlapping diamond and triangular shapes in various shades of orange and brown. A prominent dark orange diamond is centered in the upper right. Other lighter orange diamonds and triangles are scattered around it. A dark orange horizontal bar is positioned in the lower right, containing the text.

Fundamento y principios rectores

Fundamento y principios rectores

La elevada prevalencia de las enfermedades mentales, la pérdida de calidad de vida que suponen, la necesidad de superar la estigmatización de las personas afectadas y de apoyar suficientemente a sus familias, constituyen argumentos de peso para que la atención a los problemas de salud mental constituya una **prioridad en las políticas** de asistencia que se desarrollen en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León.

La presente Estrategia Regional tiene, entre otras pretensiones, la de materializar ese carácter prioritario y hacer explícito el compromiso de los sistemas públicos de protección con las personas afectadas y con sus familias, situando la prevención, atención y apoyo social a esta problemática en el lugar que, por todos los aspectos mencionados, sin duda merecen.

En este contexto, la culminación del proceso transferencial de los medios y servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, que han venido a sumarse a los medios anteriormente asumidos por Castilla y León en el ámbito de la Salud Pública y de los Servicios Sociales, da lugar a un escenario de unificación de estructuras que propicia la adecuada coordinación de actuaciones y permite afrontar el reto de desarrollar una política de atención sólida, integrada y más eficaz.

Esta **unificación de competencias asistenciales** supone, en efecto, un hito importante para la consecución del objetivo general establecido por el Plan de Salud de Castilla y León en el ámbito de la salud mental y asistencia psiquiátrica, cual es la garantía de la continuidad de la atención, continuidad que se beneficiará no sólo de la integración de actuaciones de carácter propiamente asistencial sino, también, de la incorporación de éstas en el mismo contexto administrativo que el de las competencias de planificación y ordenación de los recursos, con todas sus ventajas de cara a alcanzar una mayor cohesión y coherencia interna del sistema.

En este sentido, la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León tiene la doble finalidad de impulsar **nuevas actuaciones** y de **integrar** y **coordinar** en un marco común las actividades que, formando parte de otros programas y planes de la Comunidad Autónoma, inciden en el ámbito material de la atención a los problemas de salud mental.

El establecimiento de la continuidad de cuidados como meta predetermina en cierta medida los fundamentos sobre los que se sustenta la presente Estrategia Regional, que se han sintetizado en cuatro principios rectores: atención integral, enfoque comunitario, humanización de la asistencia y capacitación profesional, y atención a las necesidades específicas de colectivos y personas.

Atención integral

La perspectiva bio-psico-social supone una concepción holística de la persona y de su desenvolvimiento en el medio, que no sólo ha de regir la actuación de cada uno de los diferentes profesionales individualmente considerados –debiendo cada uno de ellos tener presente en su intervención el conjunto de necesidades, circunstancias e intereses en juego–, sino también extenderse a la organización del conjunto de los propios sistemas protectores, los cuales deben estructurarse y funcionar de tal manera que se favorezca la atención a las personas con enfermedad mental desde un punto de vista global.

Para ello, es necesario aunar las intervenciones puramente asistenciales con el impulso de acciones de promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad, características del ámbito de la Salud Pública. Del mismo modo, se hace preciso considerar a la rehabilitación y a la integración social como objetivos finales de la atención, sobre los que han de alinearse las acciones por parte del Sistema de Salud y del Sistema de Acción Social de Castilla y León, teniendo en cuenta las competencias y campos de intervención que son propios de cada uno de ellos.

Además, para que este alineamiento de objetivos alcance la máxima operatividad y eficacia en las acciones concretas, el principio de integralidad conlleva necesariamente la aplicación y potenciación de mecanismos de coordinación sociosanitaria dirigidos a garantizar la integración de servicios en la prestación de asistencia sanitaria y de apoyo social, así como la adecuada participación de las instituciones educativas, judiciales y otras, aspectos todos ellos que se ponen de manifiesto en cada una de las líneas estratégicas consideradas prioritarias en la presente Estrategia Regional.

Enfoque comunitario

La articulación práctica del ya mencionado principio de integralidad requiere otorgar primacía a las intervenciones en el ámbito comunitario, debiendo al mismo tiempo evitarse el aislamiento de las personas con enfermedad mental y su relegación a un ámbito institucional que, durante largos años, se mostró incompatible con el mantenimiento de la esfera inalienable de derechos que acompaña a la propia persona y a su dignidad, y evitarse también la sobrecarga de las estructuras familiares favoreciéndose la existencia de recursos alternativos a la institucionalización y recursos de apoyo social y familiar adecuadamente dimensionados.

La primacía de las intervenciones en el ámbito comunitario significa, entre otros aspectos, la necesidad de facilitar la capacidad de resolución por parte de los Equipos de Atención Primaria en el ámbito de los problemas de salud mental en población general, reforzar los Equipos de Salud Mental como el eje de todo el sistema de atención, sensibilizar a la sociedad y articular la participación del movimiento asociativo, y potenciar estructuras intermedias diversificadas en el entorno habitual así como mecanismos de respiro y apoyo a las familias.

Es necesario añadir que el enfoque comunitario se sustenta sobre el principio de normalización e integración de los recursos de atención a las personas con enfermedad mental en el contexto de los dispositivos generales y normalizados destinados al conjunto de la población, lo que conlleva además la consideración de los dispositivos monográficos de tipo institucional como recursos de carácter excepcional. No obstante, y sin perjuicio de esta excepcionalidad, ha de articularse la necesaria disponibilidad de estos dispositivos en algunos casos, en tanto los conocimientos médicos y la eficacia de las terapias disponibles no permitan alcanzar el éxito de las intervenciones de tipo rehabilitador, que en todo caso han de primar en todos y cada uno de los recursos existentes.

Humanización de la asistencia y capacitación profesional

Ambos aspectos conforman, junto a la eficiencia de las intervenciones realizadas, el concepto de calidad de la atención. La calidad, en efecto, debe ser considerada tanto en sus componentes de respeto a la dignidad de la persona, trato humano y atención personalizada, como en su faceta de profesionalidad de la asistencia y conformidad de ésta con la evidencia científica y con la *lex artis*.

La aplicación práctica de estos principios exige considerar, en cada una de las actuaciones que se desarrollen, la imprescindible garantía de los derechos de las personas que padecen enfermedades mentales, teniendo en cuenta que, tratándose de derechos iguales a los de cualesquiera otras personas, su efectiva aplicación requiere, en numerosas ocasiones, de una especial sensibilidad y vigilancia. Además de constituirse en garante de los derechos y de la dignidad de las personas con enfermedad mental, el principio de humanización de la asistencia despliega su aplicación favoreciendo la información al usuario y a sus familiares y tendiendo hacia una atención más personalizada y adaptada a las necesidades, circunstancias y requerimientos de cada situación particular.

En su aspecto profesional y científico-técnico, este alineamiento de los sistemas protectores hacia una atención integral y de calidad hace necesario el desarrollo continuado de actuaciones de formación de los profesionales y de apoyo a la investigación en materia de salud mental y asistencia psiquiátrica, la disponibilidad de adecuados sistemas de información que permitan la consolidación y mejora de la planificación regional y favorezcan la toma de las decisiones más adecuadas, así como el impulso de herramientas específicas de mejora de la calidad entre las que destacan aquellas destinadas a disminuir la variabilidad en la asistencia y someter ésta a protocolos uniformes, consensuados y validados en todo el territorio de Castilla y León.

Atención a las necesidades específicas de colectivos y personas

La equiparación de las personas con enfermedad mental a cualesquiera otros colectivos de pacientes, del mismo modo que el criterio de atención a través de los recursos generales y normalizados de modo preferente en el ámbito comunitario, en ningún caso implica una renuncia a las peculiaridades de atención que requieren determinados colectivos, en consonancia con los principios rectores de atención integral y trato personalizado. Así pues, el último de los grandes principios rectores que sustentan la presente Estrategia ha de hacer referencia a la atención a las necesidades específicas de colectivos y personas, adaptando a las mismas en la medida de lo posible los sistemas de asistencia.

Este planteamiento supone el desarrollo de acciones e itinerarios individualizados y actuaciones especialmente orientadas a determinados colectivos que, por diferentes razones, requieren especificaciones propias en cuanto a la atención prestada:

- Las **personas con enfermedad grave y prolongada**, puesto que, pese a su menor número en el contexto del conjunto de problemas de salud mental, sin duda concentran los casos de mayor discapacidad asociada y la problemática más compleja tanto desde el punto de vista del tratamiento como del necesario apoyo familiar.
- Los **menores y jóvenes**, prestando una especial atención a la salud mental infanto-juvenil, y ello fundamentalmente por tres motivos: la importancia de las actuaciones a favor de la salud mental en las edades tempranas, como determinantes de la calidad de vida posterior de las personas; las peculiaridades de la asistencia sanitaria en el ámbito de los menores de edad, tanto en función de las distintas terapias como por las exigencias nor-

mativas existentes; y, por último, los requerimientos de coordinación institucional entre los dispositivos de asistencia sanitaria y los de atención y protección a la infancia, especialmente en el caso de los menores en situación de desamparo y los menores del sistema de reforma sobre los que recaen medidas judiciales de resocialización y reinserción.

- La **mujer**, tanto con motivo de la especial prevalencia que determinados problemas de salud mental presentan en sexo femenino –depresión, trastornos de la conducta alimentaria, demencias (asociadas, en este último supuesto, a una mayor esperanza de vida)–, como cuando aquella haya podido ser víctima de la violencia, articulando actuaciones integradas en relación con las situaciones de estrés postraumático asociadas a los malos tratos, en consonancia con la planificación regional y con el carácter de transversalidad que caracteriza el planteamiento de las intervenciones públicas en esta materia.
- Las **personas mayores**, en función de la mayor prevalencia de problemas de salud mental que se producen en las edades avanzadas de la vida, de la existencia de patologías asociadas de forma casi exclusiva a dicho grupo de edad y, asimismo, de la necesidad de garantizar una protección específica ante posibles situaciones de debilidad o indefensión en que estas personas a veces pueden encontrarse.
- Las **personas con problemas de salud mental y otras discapacidades asociadas**, tales como retraso mental, problemas sensoriales, etc., y que requieren por ello de intervenciones adaptadas a sus necesidades de conformidad con los principios recogidos con carácter general en la planificación regional sectorial de atención a las personas con discapacidad.
- Las **personas con problemas derivados del abuso de alcohol y otras drogas**, teniendo en cuenta tanto la intrínseca implicación entre la red de asistencia e integración social del drogodependiente y las redes generales de servicios sociales y de asistencia psiquiátrica, como la importancia de las situaciones de comorbilidad, en que el trastorno psíquico aparece ligado al abuso del alcohol o de otras sustancias.
- Los **inmigrantes, personas sin techo y otros colectivos en posible situación de desprotección**, teniendo en cuenta la relación biunívoca existente entre enfermedad mental y situación de riesgo exclusión social, tal y como se pone de manifiesto en los estudios y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.



Objetivo general y líneas estratégicas

Objetivo general y líneas estratégicas

El **objetivo general** de la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León es **impulsar la prestación de servicios integrados de promoción de la salud mental y asistencia psiquiátrica, para la mejora de calidad de vida e integración social de las personas con enfermedad mental, hasta el año 2007.**

Este objetivo se establece en consonancia con el objetivo general del **2º Plan de Salud** de Castilla y León en este ámbito, que es la oferta de los recursos que garanticen la continuidad de cuidados de los enfermos mentales en el año 2007.

Para ello, la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica establece 5 **líneas estratégicas básicas**, a través de las cuales se desarrollarán los principios rectores antes aludidos de integralidad, enfoque comunitario, humanización/capacitación y atención a las necesidades específicas de colectivos y personas. En su agrupación se han tenido presentes los distintos aspectos –de Salud Pública, estructurales, asistenciales, de apoyo a la integración social y laboral así como de carácter transversal– que tienen incidencia en el desenvolvimiento de las actuaciones dirigidas a preservar la salud mental de la población y proporcionar una adecuada atención y continuidad de cuidados a las personas afectadas:

1. **Salud mental:** mejorar el bienestar psíquico de la población y evitar la enfermedad mental.
2. **Ordenación y desarrollo de la red asistencial:** establecer un modelo integrado y completar el mapa regional.
3. **Asistencia psiquiátrica:** mejorar la accesibilidad y desarrollar programas específicos.
4. **Rehabilitación e integración de las personas con enfermedad mental:** hacia una integración social y laboral plena.
5. **Actuaciones transversales:** potenciar la gestión del conocimiento y la mejora de la calidad.

Dentro de cada una de las líneas estratégicas se analiza su pertinencia y las prioridades de actuación, que se desarrollan a través de **objetivos específicos**. Con cada objetivo se incluyen las **actividades** a desarrollar y los **indicadores** para su evaluación.

Se requieren, además, actuaciones consistentes en el propio impulso y seguimiento de la Estrategia. El desarrollo de estas actuaciones incluye el establecimiento de responsabilida-

des de cumplimiento por parte de diferentes unidades o servicios de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, que serán recogidas en **documentos de compromiso** específicos de cada uno de estos órganos para el cumplimiento de la Estrategia.

The background of the page is white, decorated with several large, semi-transparent orange diamond shapes (squares rotated 45 degrees) scattered across the space. The text is centered in the lower half of the page.

Línea estratégica I
Salud mental: Mejorar el bienestar psíquico de la población y evitar la enfermedad mental

Línea estratégica I

Salud mental: Mejorar el bienestar psíquico de la población y evitar la enfermedad mental

Las enfermedades mentales constituyen una de las áreas de intervención prioritaria en **salud pública**. De este modo, el planteamiento de la Estrategia de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica no incide únicamente en el tratamiento de la enfermedad mental, sino también en la prevención de ésta y en la promoción de la salud mental.

La **promoción de la salud** es una estrategia consistente en capacitar a los ciudadanos y a las comunidades para poder realizar las elecciones que mejor les permitan mejorar en su salud. En esta línea, el programa de acción comunitaria de la Comisión Europea, en el ámbito de la salud pública, establece como objetivo general del mismo: "mejorar la información y los conocimientos para fomentar la salud pública y reforzar y mantener la eficacia de las intervenciones sanitarias y la eficiencia de los sistemas sanitarios", pudiendo todo ello ser de aplicación en el ámbito de la salud mental.

El Consejo de Europa, en su resolución de 18 de noviembre de 1999, destaca la necesidad de estimular y dar a conocer la importancia de la salud mental y promover una buena salud mental, en particular entre niños, jóvenes y ancianos⁵⁸, y posteriormente, en resolución de 29 de junio de 2000 hace hincapié en la salud mental de los jóvenes, recordando una serie de medidas prácticas centradas para hacer frente a estos retos⁵⁹. También la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoce la importancia que la atención a la salud mental en la infancia tiene sobre el desarrollo de la persona en sus aspectos relacionales y psicosociales y como determinante de la salud futura.

En cuanto a la **prevención**, las características de las enfermedades mentales añaden complejidad a las ya de por sí complejas intervenciones preventivas que se plantean en las enfermedades de origen multicausal, debido a la influencia de factores genéticos, sociales, experiencias vitales, etc.

La identificación de los factores predisponentes, biológicos, psicológicos o sociales, susceptibles de ser modificados, constituye la primera actuación en relación con la prevención primaria de la enfermedad mental. Para la prevención secundaria, es necesaria la puesta en marcha de intervenciones que faciliten el reconocimiento de la enfermedad mental por parte de la población general, combinada con la posibilidad de acceso rápido a servicios sanitarios eficaces en la labor de identificación precoz de los trastornos para la instauración temprana de un adecuado tratamiento.

En este área, el Programa de Acción Comunitaria en el Ámbito de la Salud Pública⁶⁰, establece que **las acciones dirigidas a abordar los factores determinantes de salud deberán**

centrarse especialmente en los jóvenes, ya que durante la adolescencia y juventud se toman decisiones básicas sobre el modo de vida y las conductas relacionadas con la salud.

Como destaca el reciente informe sobre la situación de la salud en la juventud en la Unión Europea (2000)⁶¹, muchos trastornos como la depresión, conducta suicida o trastornos psicóticos, incrementan su prevalencia desde la infancia hasta la juventud, estimándose que la prevalencia media de trastornos mentales en la adolescencia en Europa se sitúa entre el 15 y 20%, y todavía parece que puede ser mayor en subgrupos más desfavorecidos como los emigrantes, población de bajos ingresos, etc.

El propio informe concluye que la salud mental debería ser un área prioritaria en cualquier intervención que se dirija a la mejora de la salud en los jóvenes, teniendo especialmente en cuenta cinco problemas específicos: depresión (la prevalencia de depresión mayor está en torno al 4% en el grupo de 12 a 17 años y aumenta al 9% a los 18 años), abuso de sustancias y dependencia, conducta suicida (constituye una de las tres principales causas de muerte en la Unión Europea entre la población joven), trastornos de la alimentación (la prevalencia de la anorexia nerviosa se sitúa entorno al 1% mientras que la de la bulimia nerviosa está entorno al 1,5% - 2% de adolescentes) y trastornos psicóticos (poco frecuentes en la infancia, pero que en la pubertad y adolescencia incrementan su prevalencia hasta el 0,5 - 1%).

Además del grupo constituido por los niños y adolescentes, especialmente en los casos procedentes de entornos desorganizados, la OMS incluye en los grupos de alto riesgo a los que dirigir estrategias de prevención en el ámbito de la salud mental a las personas con enfermedad física crónica o grave, las personas desfavorecidas, especialmente en aspectos económicos y que viven en situaciones difíciles, los desempleados, las mujeres víctimas de la violencia y abuso y las personas ancianas rechazadas o sobre las que se ha realizado algún tipo de abuso físico.

Se pretende, por todo ello, hacer efectiva la previsión del apartado 4 del artículo 20 de la Ley General de Sanidad, que destaca la atención a los aspectos de prevención primaria y a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

Estas intervenciones deben realizarse mediante el desarrollo de programas que deberán ser sistemáticos en sus actuaciones, permanentes en el tiempo y susceptibles de ser evaluados. Tales programas habrán de dirigirse preferentemente a sectores concretos de la población, tal y como se ha venido destacando, del mismo modo que han de desarrollarse preferen-

temente en el ámbito comunitario. Dentro de éste, fundamentalmente se plantea la oportunidad de realizar actuaciones en **tres escenarios: la escuela, la familia, y los dispositivos sanitarios**.

Actividades en el ámbito escolar

Las actuaciones de promoción y educación para la salud, como se ha señalado, presentan especial importancia en las edades tempranas, asociadas al propio proceso de formación de la personalidad. Por ello, la presente Estrategia plantea en primer lugar el desarrollo de actividades en el ámbito escolar; especialmente en tres materias concretas: educación sexual, prevención de trastornos de la alimentación y prevención de trastornos depresivos – conductas suicidas.

En el ámbito de la educación sexual, el afrontamiento y asunción de la sexualidad constituye sin duda un punto de inflexión en el desarrollo de la persona, cuyo adecuada atención puede contribuir a evitar la aparición de determinados problemas de salud mental. En cuanto a los trastornos de la alimentación, el Estudio sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria en Castilla y León⁶², publicado en el año 2001, incluye específicamente entre sus recomendaciones el desarrollo de actividades de educación para la salud en la escuela, preferentemente durante los últimos años de la infancia y primeros de la adolescencia.

Por último, en cuanto a los trastornos depresivos y las conductas suicidas, la depresión se considera el trastorno mental más frecuente en todas las edades y las tasas de suicidio son especialmente relevantes entre los jóvenes, por lo que el desarrollo de actuaciones de prevención en el aula constituye un enfoque recomendado.

Actividades en el ámbito familiar

La problemática de las familias de las personas con enfermedad mental, especialmente la figura del cuidador familiar, requieren de respuestas por parte del sistema sanitario y de acción social. El cuidador debe enfrentarse a una situación de estrés emocional y de necesidades de reorganización de la dinámica personal y familiar, que en ocasiones derivan no sólo en la pérdida de oportunidades sociales, sino que conducen incluso al denominado "síndrome del cuidador enfermo". Un adecuado nivel de coordinación entre la Atención Primaria y los Centros de Acción Social puede hacer posible el alivio en las cargas de traba-

jo, emocionales y de restricción de relaciones sociales que ponen en riesgo la salud de los cuidadores y el propio cuidado al enfermo, actuaciones que se desarrollan en otra de las líneas de la presente Estrategia.

Además, las posibilidades de actuación en el ámbito familiar de las personas con enfermedad mental, hacen este medio especialmente relevante para el planteamiento de actuaciones de salud mental, dirigidas a la adquisición o perfeccionamiento de habilidades para el afrontamiento de la enfermedad en la familia, fundamentalmente a través de actividades de educación para la salud en programas de escuela de familias.

Actividades en el ámbito de los dispositivos sanitarios

A este respecto, la presente Estrategia plantea sectores de intervención básicos, que deben abordarse a través de programas estructurados, tanto por parte de los Equipos de Atención Primaria como de los recursos de atención especializada de salud, entre ellos la prevención de los trastornos de ansiedad y depresión, trastornos de la conducta alimentaria, deterioro cognitivo y pérdida de memoria, conductas suicidas, alcoholismo y toxicomanías.

La prevención de los trastornos de ansiedad y depresión es prioritaria por tratarse de los problemas de salud mental más frecuentes entre la población, asociados en numerosas ocasiones a los estilos de vida y a la propia complejidad alcanzada por las relaciones sociales. En cuanto a los trastornos de la conducta alimentaria, una vez más, de conformidad con los estudios específicos realizados en la Comunidad de Castilla y León, debe destacarse la necesidad de que el Sistema Sanitario adopte estrategias preventivas respecto de estos problemas de salud que inciden particularmente en menores, jóvenes y adolescentes.

El elevado número de personas que alcanzan edades avanzadas hace que los problemas de deterioro cognitivo y pérdida de memoria hayan alcanzado una más que notable importancia en nuestra sociedad. Además, la especial eficacia de las intervenciones sanitarias en los primeros momentos del desarrollo de determinadas enfermedades psíquicas degenerativas hace que adquiera una trascendencia particular la detección precoz de los síntomas asociados a la aparición del Alzheimer; otras demencias seniles y pre-seniles, enfermedad de Parkinson, etc.

En relación con las conductas suicidas, ya en su Estrategia "Salud para Todos en el año 2000", la Organización Mundial de la Salud recomienda el desarrollo de programas de prevención

de suicidio, considerándose además la tasa de suicidio como uno de los indicadores relevantes en la evaluación de la salud mental de la población, tanto en dicha estrategia como en los posteriores documentos de consenso que ha venido desarrollando la OMS en este ámbito.

Por último, en el ámbito de la prevención del alcoholismo y toxicomanías, los sucesivos Planes Regionales sobre Drogas de Castilla y León han puesto de manifiesto la importancia de prevenir hábitos de conducta especialmente perniciosos para la salud, asociados al abuso del alcohol y al consumo de otras sustancias adictivas. Alineándose con dichos objetivos, la presente Estrategia pretende impulsar el desarrollo de programas preventivos que han demostrado su eficacia en el ámbito de distintos Sistemas de Salud.

Objetivos

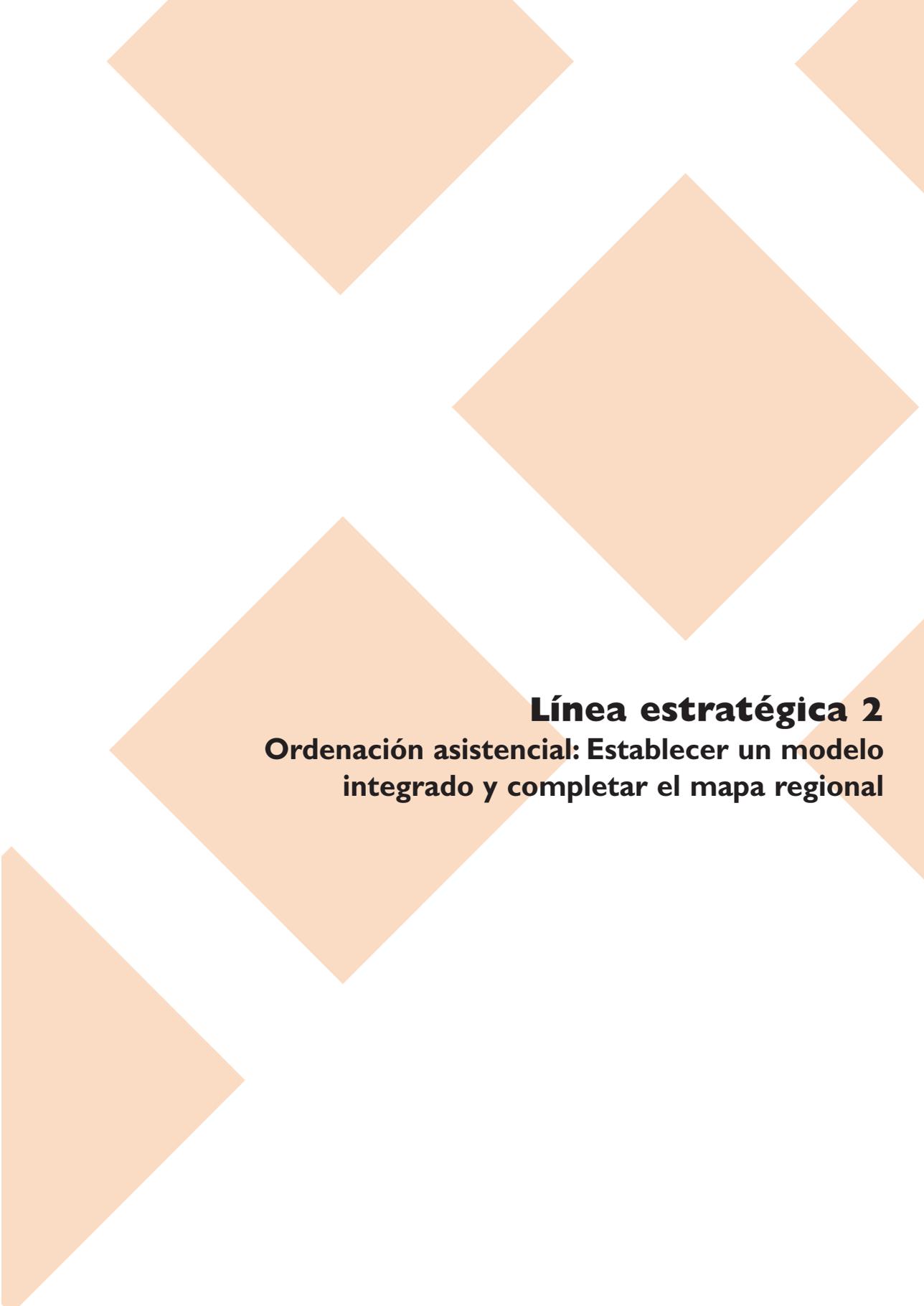
Objetivo I. Impulsar actuaciones Preventivas y de Promoción de la Salud.

Actividades

1. Desarrollo de actividades de promoción y educación para la salud mental en el aula, especialmente en materia de educación sexual, de prevención de trastornos de la alimentación y de prevención de trastornos depresivos – conductas suicidas.
2. Impulso de actividades de educación para la salud en el ámbito de las familias de las personas con enfermedad mental, a través de programas de escuela de familias y de atención al cuidador (en relación con objetivos desarrollados en otras líneas estratégicas).
3. Establecimiento de programas y protocolos de prevención primaria y secundaria de los trastornos mentales, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, dirigidos, entre otros ámbitos, a la prevención de los trastornos de salud mental en población infantil y juvenil de riesgo, la prevención de trastornos psicopatológicos secundarios a situaciones de cambio vital, la prevención de trastornos de ansiedad y depresión, deterioro cognitivo y pérdida de memoria, trastornos de la alimentación, conductas suicidas, alcoholismo y toxicomanías.

Indicadores

1. Porcentaje de centros educativos en los que se han desarrollado actividades de promoción y educación para la salud mental en el aula.
2. Existencia de programas de educación para la salud dirigidos a las familias de los enfermos mentales.
3. Porcentaje de centros de Atención Primaria y de Atención Especializada con protocolos de prevención implantados.



Línea estratégica 2
**Ordenación asistencial: Establecer un modelo
integrado y completar el mapa regional**

Línea estratégica 2

Ordenación Asistencial: Establecer un modelo integrado y completar el mapa regional

El Decreto 83/1989, de 18 de mayo⁶³, regula la organización y funcionamiento de los servicios de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Autónoma de Castilla y León. A través de esta norma, se avanzó de forma considerable en el proceso de modernización de dispositivos y en la desinstitucionalización del enfermo mental crónico de los hospitales psiquiátricos.

Dicho Decreto recogía las directrices generales del Informe de la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica de 1985, pretendiendo adaptar el modelo de Castilla y León a los principios recogidos en el artículo 20 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que posteriormente fueron recogidos en la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León⁶⁴.

En el momento actual, 14 años después de la aprobación del Decreto 83/1989, se considera necesario dar un paso adelante en la configuración de nuestro modelo asistencial, revisando y actualizando las directrices contenidas en la norma citada.

A este respecto, tal y como se recoge en su Preámbulo, el Decreto 83/1989 partía expresamente de una situación caracterizada por:

- La descoordinación entre las diversas Administraciones Sanitarias Públicas.
- Un grado variable en el desarrollo de la reforma psiquiátrica en el territorio de Castilla y León.
- La perspectiva de una futura integración de los recursos psiquiátricos en un Servicio Regional de Salud.

Dos hechos han modificado de forma sustancial este escenario que constituía el punto de partida del Decreto 83/1989. Por un lado, el propio desarrollo de las directrices de la reforma psiquiátrica, que se ha producido de manera progresiva en nuestra Comunidad Autónoma. Por otro, y de forma relevante, la transferencia de los medios y servicios del Insalud a Castilla y León, operada mediante Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre⁶⁵.

La desaparición formal del Insalud como organismo encargado de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en el territorio de Castilla y León ha hecho que la preocupación por la coordinación entre Administraciones Sanitarias aparezca como un reto prácticamente superado. **Todos los recursos asistenciales sanitarios públicos se encuentran hoy unificados bajo la responsabilidad del organismo autónomo Sacyl.** Esta unificación deriva, bien de la existencia de numerosos dispositivos formalmente integrados en su organización

y estructura, bien de las competencias que tiene atribuidas para la dirección, coordinación, supervisión y control de los centros, servicios y establecimientos pertenecientes a las Corporaciones Locales de la Comunidad Autónoma o a Consorcios en los que éstas participan, conforme a los artículos 2 y 4 del Reglamento General de la Gerencia Regional de Salud.

En este nuevo contexto será posible profundizar con mayor efectividad y eficacia, sin duda, en la adecuada articulación de intervenciones por parte de las distintas Administraciones Sanitarias, todas ellas ya de ámbito intracomunitario. **Los nuevos retos se refieren hoy, por tanto, más que a la coordinación entre diversas Administraciones, a la adecuada coordinación sectorial entre dispositivos y medidas de índole sanitaria y social, junto a otras de carácter educativo, laboral, etc.**

El desarrollo alcanzado por la reforma psiquiátrica es hoy sustancialmente homogéneo en las distintas Areas de Salud de Castilla y León. Sobre esta base, la Estrategia Regional debe poner el énfasis en la culminación de las dotaciones del mapa regional (aspecto que se desarrollará en un posterior epígrafe) así como en **profundizar en la primacía de las intervenciones de orientación comunitaria, tanto a través de la mejora en los medios materiales y humanos de los distintos dispositivos de esta índole, como por la adecuada coordinación sociosanitaria** que, como ya se ha apuntado, ha de constituir un campo de actuación imprescindible.

La perspectiva de la futura asunción de competencias por parte de Castilla y León que preveía el Decreto 83/1989 ha quedado, como se ha dicho, superada, encontrándonos hoy en una Comunidad con competencias plenas. **La integración de la atención a los problemas de salud mental en las redes generales debe ser hoy, más que nunca, una realidad**, una vez consolidados el Sistema de Salud de Castilla y León y también el Sistema de Acción Social.

Se plantea por tanto la necesidad de establecer una red asistencial capaz de extraer todas las potencialidades de estos distintos Sistemas, integrándose en ellos con carácter general, sin perjuicio de atender las peculiaridades propias y específicas de los problemas de salud mental.

El nuevo modelo regional, por tanto, ha de tener como elementos caracterizadores:

- Claridad en la adscripción de servicios.
- Diversificación de los dispositivos.
- Desarrollo normativo para la autorización y registro.
- Mecanismos de acreditación.

Una mayor claridad en cuanto a la adscripción de los dispositivos y servicios, bien al Sistema de Salud, bien al Sistema de Acción Social de Castilla y León.

El Decreto 83/1989, del mismo modo que el artículo 20 de la Ley General de Sanidad de 1986, partían de la necesaria participación de dispositivos tanto sanitarios como sociales en el proceso de atención a las personas con enfermedad mental. Sin embargo, el desarrollo y concreción de estos aspectos resultaban en ambos casos claramente insuficientes, siendo precisa la asignación de responsabilidades y funciones claras en esta materia.

Ello ha de redundar en dos aspectos positivos: en primer lugar, posibilitando una mayor adecuación entre los perfiles de los usuarios atendidos y las características de los distintos recursos, de modo tal que siempre sean los profesionales y dispositivos más adecuados los que atiendan las distintas necesidades –sanitarias y sociales– de la población. En segundo lugar, debe tenerse en cuenta que sólo una nítida adscripción de los diferentes recursos bien al Sistema de Salud bien al de Acción Social, con sus distintos regímenes, permitirá instrumentar, sobre la base de responsabilidades claramente asignadas, los mecanismos de coordinación sociosanitaria que requiere una atención integral y continuada.

Una diversificación de los dispositivos incluidos en la red, tanto en el ámbito de los recursos sanitarios como en los de atención social.

La necesaria adaptación de los servicios públicos, tanto sanitarios como sociales, a los nuevos patrones sociodemográficos y de enfermedad, se caracteriza, entre otros aspectos, por un proceso de diversificación de los dispositivos y recursos disponibles, adecuándose éstos de manera progresiva a las nuevas necesidades de la población.

Entre los nuevos dispositivos sanitarios cuya necesidad se ha detectado, procede destacar las Unidades de Convalecencia Psiquiátrica. Se trata de dispositivos orientados a facilitar la atención en aquellos supuestos en que, una vez superado un episodio agudo, no se haya alcanzado una situación adecuada para la convivencia del paciente en el ámbito comunitario, o bien en que un paciente que reside en la comunidad presenta, transitoriamente, una complicación de su sintomatología que hace preciso un período de convalecencia sin llegar a presentar los requerimientos de intervención propios de una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Estas Unidades se constituirán así, en cierto modo, como dispositivos de cierre del sistema.

Entre los nuevos dispositivos de carácter social, es necesario incorporar alternativas reales de alojamiento comunitario para las personas que padecen enfermedades mentales. Se tra-

taría de recursos específicos fundamentalmente orientados a constituir la residencia temporal o permanente de estas personas (de ahí su carácter de dispositivo social), sin perjuicio de la necesidad de articular un adecuado seguimiento sanitario, de distinto grado e intensidad en función del perfil psicopatológico de los residentes y de su grado de autonomía personal.

Esta diversificación de los dispositivos de la red debe ir acompañada por un mayor desarrollo de la normativa relativa a los requisitos en cada caso exigibles para su autorización y registro.

Tanto el artículo 33.1.b) de la Ley 1/1993, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León, como el 32.e) de la Ley 18/1988, de Acción Social y Servicios Sociales, prevén la necesidad de autorización administrativa y registro previo para la apertura, funcionamiento, modificación y clausura de los distintos tipos de centros y servicios sanitarios y sociales

En el primero de los casos, dicha previsión encuentra desarrollo en el Decreto 93/1999, de 29 de abril, cuyo artículo 1.2 prevé el sometimiento de los centros, servicios y establecimientos a futuras disposiciones de desarrollo del mismo, así como a la normativa específica que en su caso resulte aplicable. El artículo 3 e) excluye de su ámbito de aplicación a las entidades, centros y servicios de carácter social regulados en la Ley 18/1988, de 28 de diciembre.

Con respecto a éstos, la normativa de autorización existente se encuentra recogida en el Decreto 109/1993, de 20 de mayo, y, en el caso de los centros de carácter social para personas mayores, en el Decreto 14/2001, de 18 de enero. Tanto el artículo 2 del primero como el artículo 7 del segundo prevén la aplicación a los distintos centros y servicios de sus pertinentes normas de desarrollo.

En este contexto, la consideración de nuevos tipos de recursos hace imprescindible el desarrollo de normas específicas que determinen los requisitos mínimos que deben cumplirse para garantizar su adecuado funcionamiento. Este desarrollo adquiere especial importancia en aquellos supuestos en los que es previsible una participación importante de la iniciativa social en la titularidad y gestión de los recursos, supuestos en que el papel garante de la Administración no se ejerce a través de la propia gestión de los dispositivos sino, precisamente, mediante el establecimiento, supervisión y control de los requisitos mínimos para su autorización y registro. Tal es el caso de los nuevos dispositivos de alojamiento comunitario dirigidos a personas con enfermedad mental como los hogares supervisados, tutela-

dos y mini-residencias que la presente Estrategia se propone decididamente potenciar. De forma paralela, se considera fundamental el establecimiento de guías y estándares para los dispositivos y recursos de titularidad pública, avanzando del mismo modo en la definición del perfil de actuación de cada uno de los profesionales multidisciplinares que los integran.

Mecanismos de acreditación

En el ámbito de los servicios sociales, el Decreto 109/1993, de 20 de mayo, se refiere a la acreditación, en sus artículos 21 y siguientes, como el acto por el cual la Consejería de Sanidad y Bienestar Social reconoce mediante resolución que el centro o servicio registrado reúne una especial garantía de calidad e idoneidad para los usuarios.

Por otro lado, el artículo 24 de la Ley de Ordenación del Sistema Sanitario prevé la posibilidad de constituir una Red Asistencial de Utilización Pública a fin de garantizar la optimización del uso de los recursos existentes, públicos o privados, fundamentalmente en el ámbito de la atención especializada, determinándose para ello como necesario el cumplimiento de los criterios de acreditación que se establezcan.

Los principios de responsabilidad de las Administraciones Públicas en cuanto a la garantía de las distintas prestaciones y de colaboración de la iniciativa social respecto de su provisión hacen que la fórmula más adecuada para cubrir las necesidades detectadas en el ámbito de la atención de las personas que padecen enfermedades mentales sea el impulso de estos mecanismos, permitiendo la disponibilidad de recursos por parte de las personas que los necesitan al mismo tiempo que se garantiza su idoneidad y nivel de calidad.

Por último, la constitución de esta red de utilización pública debe tener presente la necesidad de potenciar la libre elección del usuario, especialmente respecto de aquellos servicios vinculados a aspectos personales básicos como son el alojamiento y el empleo.

En el despliegue de este modelo asistencial se hace necesario acometer el **desarrollo del Mapa de Asistencia Psiquiátrica**, con las siguientes consideraciones.

Los Equipos de Salud Mental

Un planteamiento estratégico favorable a la primacía de la intervención en el ámbito comunitario conlleva que los Equipos de Salud Mental aparezcan como eje del sistema asistencial. Ello sin perjuicio de la importancia de la intervención por parte de los Equipos de Aten-

ción Primaria, de conformidad con las recomendaciones de la OMS en cuanto al impulso del papel de la Atención Primaria en la prevención, manejo y tratamiento de la enfermedad mental. Este papel de la Atención Primaria, por cierto, ha de repercutir no sólo en una adecuada atención a los problemas de salud mental más habituales en el conjunto de la población, sino también, precisamente, en posibilitar que los Equipos de Salud Mental puedan hacerse cargo en condiciones idóneas de aquellos casos de mayor complejidad.

La existencia de 37 Equipos de Salud Mental en el territorio de Castilla y León, sobre la base de los distritos establecidos por la Orden de 19 de abril de 1991⁶⁶, se considera suficiente en su número, siendo preciso sin embargo efectuar tres consideraciones:

- La diferente delimitación de Distritos de Salud Mental, Zonas Básicas de Salud y Zonas de Acción Social puede constituir un handicap para la coordinación en una red integrada. Por ello, a corto plazo, se plantea la **participación de los distintos Equipos en las estructuras de coordinación de base** que se constituyan, con participación de los profesionales de Atención Primaria y de los Centros de Acción Social, y una orientación siempre fijada en garantizar la continuidad de cuidados.
- Debe **reforzarse la dotación de medios personales** de los Equipos de Salud Mental. En este sentido, deben elaborarse guías y estándares para ellos, preverse las partidas presupuestarias necesarias para su cumplimiento y llevarse a cabo los correspondientes procedimientos de selección y provisión.
- En el seno de cada una de las Areas de Salud, la **accesibilidad de la población a los Equipos de Salud Mental debe constituir una prioridad**, especialmente respecto de las zonas rurales. Este tema se trata en un apartado posterior de la presente Estrategia.

Los Equipos de Psiquiatría Infanto-Juvenil

En cuanto a estos dispositivos, como ya se ha comentado, el 2^a Plan de Salud de Castilla y León disponía como objetivo específico para el año 2000 su establecimiento en aquellas Areas de Salud en las que la población menor de 18 años superase el 20% y las demandas asistenciales lo justificasen. Este objetivo resulta actualmente cumplido con la existencia de Equipos de Psiquiatría Infanto-Juvenil que cubren las necesidades de las Areas de Salud de Burgos, León, Salamanca y Valladolid Este y Oeste.

No obstante, la importancia de la atención a los problemas de salud mental en la infancia,

tal y como deriva de la información epidemiológica contenida en la presente Estrategia, hace que en el futuro próximo se considere necesario, además de dotar a los Equipos existentes de los medios idóneos para su funcionamiento, extender la existencia de estos dispositivos a otras Áreas de Salud. Incluso en aquellas Áreas en las que el número de niños y adolescentes no justificaría la existencia de un dispositivo específico, la presente Estrategia considera necesario implementar programas ad hoc, especializando a algunos integrantes de los Equipos de Atención a adultos en la asistencia a los problemas de salud mental de la población infanto-juvenil.

Las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica

Las unidades de Psiquiatría de Hospital General existentes en Castilla y León deben beneficiarse de un proceso de mejora, favorecido por la implementación del importante programa de inversiones pluri-anales previsto para nuestra Comunidad Autónoma. En este sentido, los diferentes Planes Funcionales y Directores hoy en curso deben contemplar la mejora y renovación de estas unidades. Así sucede en el caso de las Áreas de Salud de Burgos, León, Salamanca, Segovia y Zamora, siendo oportuna asimismo la incorporación al nuevo hospital que se está construyendo en Valladolid.

Por otro lado, la operatividad de estas unidades hace necesario acometer un proceso de unificación de las dos existentes en el Área de Salud de Palencia, en consonancia con el carácter de unidades de referencia de Área del que estos servicios deben disponer:

Las Unidades de referencia

En el ámbito de la **psiquiatría infanto-juvenil**, el modelo debe basarse en la intervención por parte de los Servicios de Pediatría y de las Unidades de Psiquiatría de Hospital General, en función de la edad de los pacientes, con el pertinente apoyo de los Equipos de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Sin embargo, para aquellos casos de mayor complejidad, se ha detectado la necesidad de disponer de un recurso adecuado para prestar esta atención específica. En función del reducido volumen de estos casos, ello resultará adecuadamente resuelto por medio de la creación de una Unidad Hospitalaria de Psiquiatría Infanto-Juvenil de referencia regional.

En relación con los **trastornos de la conducta alimentaria**, que también afectan esencialmente a este grupo de edad, se considera fundamental, en relación con los resultados epi-

demiológicos obtenidos de los estudios específicos realizados en Castilla y León, reforzar la unidad de referencia que actualmente existe en Burgos.

Por otro lado, en el ámbito de la atención a **los problemas de salud mental graves y prolongados**, existe un colectivo de pacientes cuya permanencia en un entorno normalizado de convivencia no resulta posible en virtud de las acciones y terapias actualmente disponibles. En este sentido, ya el Plan de Atención Sociosanitaria de 1998 planteaba la necesidad de contar con una unidad regional de larga estancia, existente en la actualidad en el hospital Santa Isabel de León. Dicha unidad debe ser reforzada y potenciada en su calidad, del mismo modo que se hace oportuna la configuración de otra unidad de estas características en el hospital Fuente Bermeja de Burgos.

La importancia de los casos de **comorbilidad psiquiátrica en drogodependientes** ha sido ya destacada en el IV Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León, en el que se plantea prestar una atención preferente a los alcohólicos y toxicómanos con problemas de comorbilidad psiquiátrica, determinando como actuación preferente en el área asistencial la creación de una unidad hospitalaria específica para el tratamiento de drogodependientes con comorbilidad psiquiátrica. Este objetivo se asume plenamente en la presente Estrategia Regional.

Por último, se considera necesario el establecimiento de unidades de referencia específicas, dirigidas a la atención de los problemas derivados de la **coexistencia de retraso mental y enfermedad mental**.

Las estructuras intermedias

La preferencia por una atención comunitaria obliga a potenciar las denominadas estructuras intermedias. Este objetivo es central de la reforma psiquiátrica, y ya fue puesto de relieve por el Decreto 83/1989.

Resulta especialmente destacable, en primer lugar, la necesidad de hacer una apuesta por la consideración de la rehabilitación psicosocial, dentro de la cartera de los servicios sanitarios, al mismo nivel que la rehabilitación física. Debe tenerse en cuenta que el Real Decreto 63/1995⁶⁷, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, contempla en cuanto a la atención especializada a los problemas de salud mental, “el diagnóstico y seguimiento clínico, la psicofarmacoterapia y las psicoterapias individuales, de grupo o familiares y, en su caso, la hospitalización, de acuerdo con lo especificado en el apar-

tado anterior”, esto es: “procesos agudos, reagudización de procesos crónicos o realización de tratamientos o procedimientos diagnósticos que así lo aconsejen”. Sin embargo, el sistema de Castilla y León ha apostado de forma importante por la rehabilitación psicosocial, existiendo nueve centros de estas características en nuestra Comunidad Autónoma, con un total de 204 plazas.

Se prevé, además, completar su dotación en breve plazo para todas las Áreas de Salud, con su implementación en las Áreas de Ponferrada y Salamanca. De este modo, con presupuestos propios de la Comunidad se hace frente a una actuación que se considera prioritaria, estratégicamente, en el ámbito del Sistema de Salud.

De análoga manera, los sistemas de **hospitalización de día** deben ser impulsados en todas las Áreas de Salud de nuestra Comunidad Autónoma. Para ello, a la existencia de estructuras específicas de Hospital de Día en las Áreas de Salud de Burgos, Salamanca y Valladolid debe sumarse la configuración de un Hospital de Día en León, conforme al correspondiente Plan Director establecido y el funcionamiento de la Unidad de Hospitalización Parcial de Ávila.

Al mismo tiempo, la importancia de contar con este tipo de prestaciones debe llevarnos a que, independientemente de la disponibilidad de instalaciones separadas, se aprovechen espacios diferenciados en los Hospitales Generales del resto de Áreas de Salud, de forma tal que el personal de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica pueda desarrollar programas adecuados de hospitalización parcial de los que se beneficie la población de la correspondiente Área de Salud.

Por último, en materia de atención a los problemas de salud mental de las personas drogodependientes, la presente Estrategia asume y reitera los principios y objetivos establecidos en el IV Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León, particularmente por lo que se refiere a la dotación de Unidades para el Tratamiento Ambulatorio del Alcoholismo (UTAS).

Objetivos

Objetivo 2. Implantar un modelo integrado que garantice la continuidad de cuidados para las personas con enfermedad mental

Actividades

1. Renovación del Decreto 83/1989, de organización y funcionamiento de los servicios de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León, impulsando la constitución de unidades funcionales y de gestión clínica.
2. Desarrollo de la normativa sobre autorización de centros y servicios de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica.
3. Establecimiento de guías y estándares de los distintos dispositivos. Definición del perfil de actuación de cada uno de los profesionales multidisciplinares que integran los dispositivos.
4. Desarrollo de sistemas de gestión/coordinación de casos como medida para garantizar la continuidad de cuidados, de forma integrada con las estructuras de coordinación sociosanitaria existentes.
5. Establecimiento consensuado de programas y protocolos específicos dirigidos a menores, mayores, mujeres, personas con enfermedad mental grave y prolongada y otros colectivos (que se concretan en objetivos posteriores).
6. Facilitar la adecuación de los usuarios de las Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica al perfil del dispositivo, así como la dotación de los recursos profesionales pertinentes a cada unidad.

Indicadores

1. Publicación del nuevo Decreto. Número de unidades funcionales puestas en marcha.
2. Publicación de la normativa sobre autorización de centros y servicios de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. Número de centros autorizados.
3. Porcentaje de centros con guías implantadas.

4. Porcentaje de Equipos de Salud Mental con la figura de gestor de caso implantada.
5. Número de programas existentes dirigidos a cada uno de los colectivos.
6. Porcentaje de los usuarios de las Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica que se consideran adecuados al perfil del dispositivo. Dotación de profesionales con relación a los estándares propuestos en las guías de funcionamiento.

Objetivo 3. Desarrollar el mapa de asistencia psiquiátrica

Actividades

1. Adecuación de estructuras y refuerzo del personal necesario en los Equipos de Salud Mental.
2. Desarrollo de Equipos y/o Programas de Psiquiatría Infanto-Juvenil en todas las Áreas de Salud.
3. Mejora y renovación de las Unidades de Psiquiatría de Hospital General conforme a los Planes Funcionales y Directores de los correspondientes centros en Avila, Burgos, León, Salamanca, Segovia y Zamora; unificación de las dos unidades existentes en Palencia; incorporación al nuevo hospital de Valladolid.
4. Creación de una Unidad Hospitalaria de Psiquiatría Infanto-Juvenil de referencia regional.
5. Refuerzo de la Unidad Hospitalaria de Trastornos de la Conducta Alimentaria de Castilla y León.
6. Definición de dos Unidades Residenciales Psiquiátricas para casos de mala evolución que no permiten su permanencia en su entorno (creación de una en el Hospital Fuente Bermeja en Burgos y potenciación de la de referencia regional del Hospital Santa Isabel en León).
7. Desarrollo de una Unidad de Referencia Regional en materia de trastornos duales (drogodependencia + enfermedad mental).
8. Desarrollo de una Unidad de Referencia Regional para la atención de la coexistencia de retraso mental y enfermedad mental.

Indicadores.

1. Porcentaje de Equipos de Salud Mental con ratio de profesionales que cumpla el estándar definido.
2. Porcentaje de Áreas de Salud con equipos y/o programas de psiquiatría infanto-juvenil en funcionamiento.
3. Porcentaje de centros en los que se han ejecutado los Proyectos y Planes Funcionales y Directores.
4. Existencia de la Unidad Hospitalaria de Psiquiatría Infanto-Juvenil de referencia regional. Nº de altas de la unidad. Porcentaje pacientes derivados / nº de altas.
5. Porcentaje de incremento en el nº de personal y financiación de Unidad Hospitalaria de Trastornos de la Conducta Alimentaria.
6. Existencia de las Unidades Residenciales Psiquiátricas. Nº de camas/población.
7. Existencia de la Unidad de Referencia Regional en materia de Trastornos Duales. Nº de profesionales. Nº de casos atendidos.
8. Existencia de la Unidad de Referencia Regional de trastorno mental en coexistencia con retraso mental. Nº de casos atendidos.

Objetivo 4. Desarrollar las estructuras intermedias

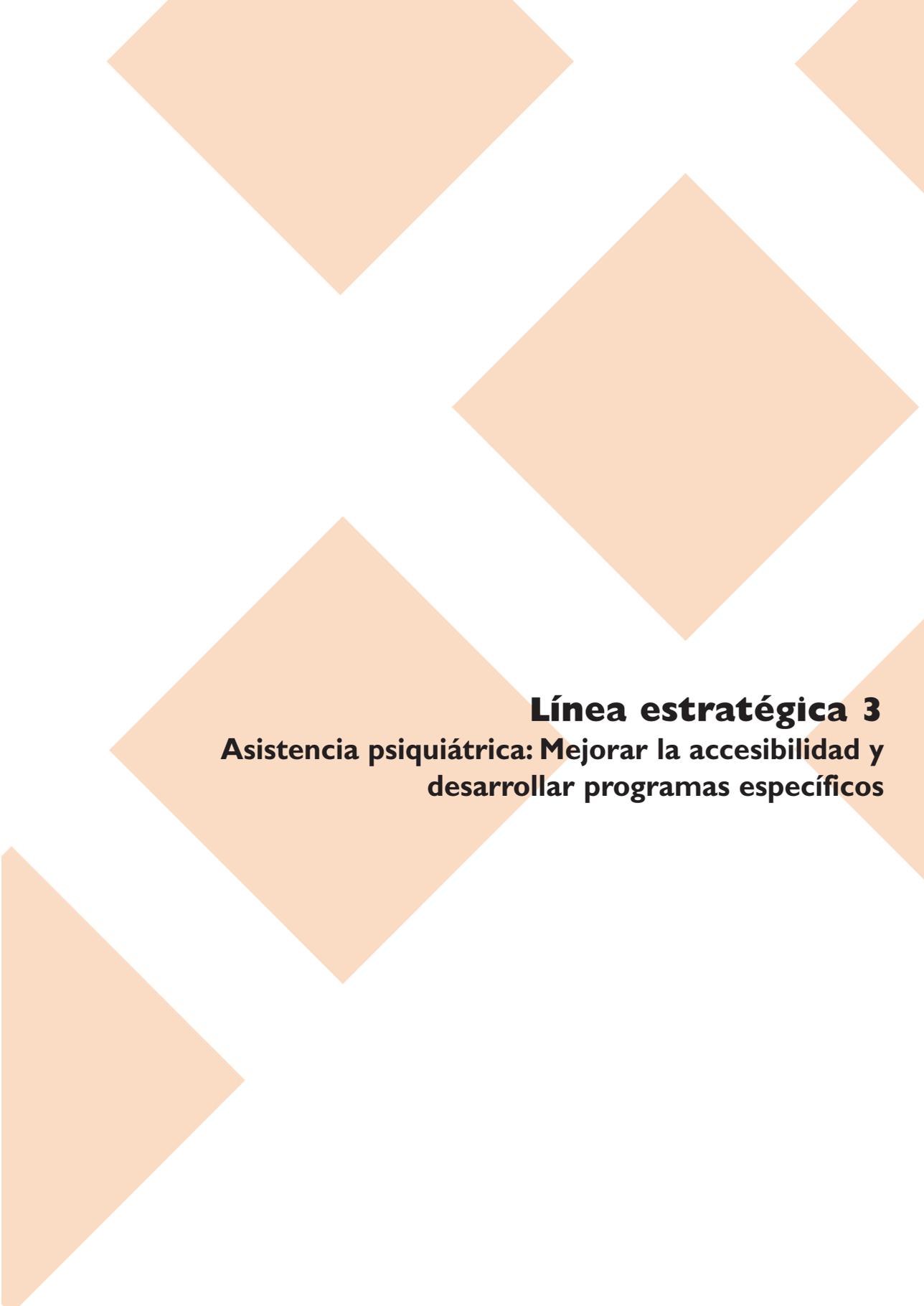
Actividades

1. Incorporación de la Rehabilitación Psicosocial en la cartera de servicios sanitarios de salud mental.
2. Impulso del modelo de hospitalización de día en todas las Áreas de Salud, mediante el desarrollo de estructuras específicas (puesta en marcha de un Hospital de Día Psiquiátrico en León, conforme al Plan Director del Hospital) o a través de la implementación de programas de hospitalización parcial, adscritos a las Unidades de Psiquiatría de los Hospitales Generales.
3. Desarrollo de las previsiones del IV Plan Regional sobre Drogas en materia de

estructuras y dispositivos de atención al alcoholismo (unidades de tratamiento ambulatorio –UTAS-, etc.) y otras drogodependencias.

Indicadores

1. Existencia de criterios de inclusión y normas técnicas referidas a la Rehabilitación Psicosocial en la cartera de servicios sanitarios de salud mental. Porcentaje de Áreas de Salud con incorporación efectiva de estos programas en su cartera.
2. Porcentaje de Áreas de Salud con modelo de hospitalización de día implantado.
3. Resultados de evaluación del IV Plan Regional sobre Drogas.



Línea estratégica 3
Asistencia psiquiátrica: Mejorar la accesibilidad y desarrollar programas específicos

Línea estratégica 3

Asistencia psiquiátrica: Mejorar la accesibilidad y desarrollar programas específicos

El hecho de que algunos trastornos mentales tengan un carácter grave y prolongado no impide que, con una asistencia adecuada, **muchas personas afectadas puedan beneficiarse de tratamientos que les permitan llevar una vida productiva e integrarse plenamente en la comunidad.**

Entre los ejemplos de la eficacia de los tratamientos que menciona la OMS en su Informe sobre la Salud en el Mundo 2001 se incluye que más del 80% de los enfermos esquizofrénicos pueden evitar las recaídas al cabo de un año con medicamentos antipsicóticos y medidas de intervención en la familia, o que hasta un 60% de las personas con depresión pueden recuperarse mediante la adecuada combinación de fármacos antidepresivos y psicoterapia.

Frente a la carga de morbilidad y discapacidad que suponen las enfermedades mentales, es fundamental articular una respuesta apropiada desde el sistema sanitario. En este sentido, la culminación del proceso de transferencias del Insalud a Castilla y León, que permite la unificación administrativa de todos los recursos asistenciales en Sacyl, supone la posibilidad de mejorar la adecuación de las actuaciones en asistencia psiquiátrica a las necesidades de los castellanos y leoneses. Y ello tanto desde el punto de vista de las características geográficas de nuestra Comunidad (dispersión de los asentamientos de la población e importancia del mundo rural, haciendo llegar la asistencia al entorno habitual de los usuarios de conformidad con el principio rector de enfoque comunitario) como desde la perspectiva de las necesidades sectoriales (infancia, personas mayores, mujeres, personas con enfermedad mental grave y prolongada, otros colectivos), en concordancia con el principio rector de atención a las necesidades específicas de colectivos y personas.

Por tanto, se considera pertinente plantear los objetivos de esta línea estratégica alrededor de dos ejes: mejora de la accesibilidad de la población y establecimiento de programas específicos.

En el aspecto de **accesibilidad**, no sólo es imprescindible contar con infraestructuras válidas, sino mantenerlas y facilitar su desarrollo y acercamiento a la población, considerando especialmente las características del territorio, lo que en el caso de Castilla y León implica la consideración de la dispersión en el ámbito rural.

Como elemento determinante en la mejora del acceso se encuentra la necesidad de impulsar el papel de la Atención Primaria en la promoción de la salud mental y la atención de

las enfermedades mentales, aprovechando así las potencialidades de la extensa red de recursos de primer nivel existentes en nuestra Comunidad. El desplazamiento de profesionales de los Equipos de Salud Mental a los centros de salud rurales constituye otra intervención relevante para incrementar la accesibilidad.

Por otra parte, el desarrollo de los Centros de Especialidades permite acercar dispositivos de atención especializada a localidades con dificultades de acceso geográfico a este tipo de atención. Dentro de estos dispositivos especializados se encuentra la incorporación de consultas de psiquiatría en la cartera de servicios de estos Centros de Especialidades de zonas rurales.

Además, el desarrollo de la telemedicina, y en concreto de la telepsiquiatría, puede constituir otra oportunidad de mejora del acceso de la población a los servicios especializados, especialmente en el ámbito rural. Esta herramienta añade la posibilidad de facilitar los intercambios de información y experiencias entre diferentes profesionales.

En cuanto al desarrollo de programas, los principales ámbitos de actuación deben estar constituidos por la atención a los trastornos mentales graves y prolongados, la asistencia psiquiátrica infanto-juvenil, la psicogeriatría, la atención a la mujer, y la atención a otros colectivos con necesidades específicas. Todos ellos se caracterizan por tener un fuerte componente de coordinación sociosanitaria.

Enfermedad mental grave y prolongada

En este ámbito, la dificultad para lograr una atención integral social y sanitaria exige la puesta en marcha de un programa específico que mejore la calidad de vida de este colectivo, evite los continuos reingresos en las unidades de psiquiatría de hospital general y, sobre todo, garantice la integración en la comunidad de estas personas.

Hay que tener en cuenta que, sin perjuicio de la orientación global de la presente Estrategia, numerosos dispositivos contemplados en la misma están diseñados y se dirigen fundamentalmente a los pacientes con patología psiquiátrica grave y prolongada, que, pese a su menor número en el conjunto de la población, concentran los problemas más graves tanto de índole sanitaria como social y familiar. Por ello, buena parte de las medidas contempladas en la presente Estrategia tienen por destinatarios básicos a estos pacientes.

Asistencia psiquiátrica infanto-juvenil

La relevancia estratégica de este ámbito no sólo viene determinada por la importancia de dar una cobertura asistencial a un grupo de edad determinado, sino por la trascendencia que una atención de calidad y una intervención eficiente pueden tener sobre el futuro de la persona: facilitando su desarrollo psíquico, personal y social, y sobre todo, como una de las más importantes medidas preventivas para el desarrollo de psicopatología en la edad adulta.

Entre las particularidades de este tipo de asistencia se encuentran las diferencias en los fármacos empleados y sus dosis en relación con los de las personas adultas, la mayor relevancia de la actuación en el ámbito escolar y familiar; las diferencias en los instrumentos de detección de psicopatología, etc. Por todo ello, ya el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en España de 1985 destacaba la necesidad de desarrollar dispositivos que atiendan con carácter especial y permanente la salud mental infanto-juvenil y el diseño de programas que recogieran de modo específico la actuación en este campo, planteamiento refrendado posteriormente en la Ley General de Sanidad que considera de modo especial “los problemas referentes a la psiquiatría infantil”.

Estas actuaciones han de hacer hincapié en algunos aspectos de coordinación sociosanitaria que resultan de especial interés, y requieren además del desarrollo de un adecuado nivel de coordinación entre los servicios sanitarios y otros dispositivos tales como los equipos psicopedagógicos de Educación.

En este orden de cosas, un apartado central del programa debe estar constituido por la adecuada coordinación entre los servicios asistenciales sanitarios y los servicios sociales dirigidos a la infancia, en dos ámbitos fundamentales: menores del sistema de protección, y menores del sistema de reforma, de conformidad con los planteamientos recogidos en el Plan Regional Sectorial de Atención a la Infancia.

En efecto, estos dispositivos de carácter social no disponen en numerosas ocasiones de los medios precisos para atender a menores que presentan problemas sanitarios y de conducta asociados a determinadas patologías psíquicas. Es preciso, por ello, articular los mecanismos de apoyo por parte del sistema sanitario para ofrecer un adecuado tratamiento a los trastornos psíquicos en menores del sistema de protección (y jóvenes que abandonan éste), así como implementar actuaciones de detección e intervención en trastornos por estrés post-traumático en menores.

Así mismo, el Sistema debe responder a los requerimientos de atención, y en su caso inter-namiento, respecto de los menores sobre los que recaen medidas de reforma y judiciales, adaptándose a los requisitos establecidos por la nueva legislación en esta materia.

Psicogeriatría

Del mismo modo que en el caso de la psiquiatría infanto-juvenil, la Ley General de Sanidad y las recomendaciones de organismos internacionales consideran de modo preferente las intervenciones en el ámbito de la psicogeriatría.

El envejecimiento poblacional presenta un importante impacto en las necesidades de salud y en los patrones de enfermedad, al contribuir a incrementar las tasas de enfermedad crónica y discapacidad. Entre el 2 y el 5% de los ancianos (personas de 65 o más años) están institucionalizados, lo que según algunos estudios influye directamente sobre la aparición de problemas de salud mental (Ribbe y cols., 1987)

La Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud del INE y el Observatorio de personas mayores del IMSERSO señalan que el 17,25% de personas de más de 65 años son dependientes en grado medio o grave y que este porcentaje crecerá en 1,5 puntos en los próximos diez años, lo cual incide en un incremento de la patología mental. Por ello, los servicios de salud mental deben formar parte de los cuidados de larga duración y tener una participación muy directa en la atención al anciano. Concretamente, la OMS, en su propuesta de debate para la II Asamblea Mundial para el envejecimiento establece como una prioridad política el “reconocer y apoyar la importancia de la salud mental en la vejez”.

La Psicogeriatría constituye, por ello, un ámbito de actuación prioritario, en el que una vez más se pone de manifiesto la necesidad de impulsar la colaboración y complementariedad entre dispositivos del Sistema Sanitario y del Sistema de Acción Social. En este orden de cosas, el programa que se plantea debe articular de manera específica las relaciones entre ambos Sistemas, aunando el necesario impulso a la dotación de plazas residenciales y plazas de estancias diurnas psicogeriatricas –en el ámbito del Sistema de Acción Social– con la necesaria intervención y apoyo por parte de los profesionales del Sistema de Salud.

Dicha intervención ha de centrarse, especialmente, en los problemas de salud mental más frecuentes entre las personas mayores, fundamentalmente la depresión y el deterioro cognitivo – demencias. Al mismo tiempo, deben preverse actuaciones y programas de tran-

sinstitucionalización para la ubicación en dispositivos adecuados de las personas con enfermedad mental grave y prolongada que envejecen, cuyas necesidades de atención y cuidados no difieren sustancialmente, en muchas ocasiones, de las de cualesquiera otras personas mayores.

Mujer

Como se comenta en el apartado correspondiente a la epidemiología de las enfermedades mentales de esta Estrategia, la prevalencia de los problemas de salud mental es superior en el caso de las mujeres que en el de los varones. Particularmente debe destacarse que el establecimiento de programas preventivos en el ámbito de la ansiedad y de la depresión beneficiará de forma sustancial a las mujeres.

Por otro lado, es preciso atender a determinadas problemáticas que inciden de manera especial en el caso de las mujeres. Se plantean, en concreto, dos ámbitos de intervención con carácter prioritario:

- En primer lugar, y en consonancia con la planificación regional en materia de igualdad de oportunidades para la mujer, se propugna la articulación de acciones específicas para la atención a los problemas de salud mental en las mujeres que han sido víctimas de situaciones de maltrato y violencia familiar.
- En segundo lugar, y por su especial prevalencia en el sexo femenino, es prioritaria la intervención en materia de trastornos de la alimentación.

Otros colectivos

Por último, deben considerarse otras áreas específicas en las prioridades de atención de la Estrategia en el ámbito de la asistencia psiquiátrica:

- En primer lugar, las personas con drogodependencia, en línea con los postulados recogidos en el IV Plan Regional sobre Drogas, habiéndose hecho referencia ya al objetivo de disponer de unidades para al tratamiento ambulatorio del alcoholismo (UTAS) y de una unidad de referencia regional en materia de trastornos duales.
- De otra parte, la presencia de trastornos psiquiátricos en personas con retraso mental plantea necesidades peculiares de atención que deben ser resueltas adecuadamente, favo-

reciando una correcta ubicación de los usuarios en los distintos dispositivos, a través de la especialización de algunos de ellos en este tipo de trastornos (incluyendo el desarrollo de una unidad de referencia) y de la articulación de los oportunos mecanismos de transinstitucionalización.

- Por fin, y como se ha señalado con anterioridad, la prevalencia de las enfermedades mentales adquiere especial importancia en aquellos colectivos desfavorecidos que se encuentran en riesgo de exclusión social, tanto porque unas adversas condiciones de vida predisponen a la aparición de estos problemas, como porque la propia enfermedad mental, cuando no se produce una adecuada atención o no existe el apoyo social imprescindible, puede ser causa de situaciones de exclusión. Es necesario, por ello, una vez más, articular un programa específico en que se plasme la necesaria colaboración entre los dispositivos específicamente sanitarios y los recursos del Sistema de Acción Social dirigidos a estas personas, teniendo en cuenta los postulados del Plan Regional Sectorial de Acciones frente a la Exclusión Social.

Objetivos

Objetivo 5. Incrementar la accesibilidad a los recursos de Salud Mental y Asistencia psiquiátrica

Actividades

1. Impulsar el papel de los Equipos de Atención Primaria en la promoción de la salud mental y en la detección precoz, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los problemas de salud mental.
2. Incorporación de la psiquiatría y psicología clínica en los Centros de Especialidades ubicados en zonas rurales.
3. Puesta en marcha de interconsultas docentes asistenciales de los Equipos de Salud Mental mediante desplazamientos a los centros de salud rurales y a través del desarrollo y análisis de un proyecto piloto para el establecimiento de un Equipo de Salud Mental itinerante en un Área de Salud.
4. Puesta en marcha de un programa de telepsiquiatría especialmente dirigido a per-

sonas que viven en municipios alejados, y a mejorar el intercambio de experiencias entre los profesionales.

Indicadores

1. Cobertura y cumplimiento de normas técnicas de servicios de salud mental en cartera de servicios de Atención Primaria. Nuevas actuaciones de salud mental incluidas en cartera de servicios. Porcentaje de derivación en el enfermo mental desde Atención Primaria.
2. Porcentaje de centros de especialidades rurales con consultas de psiquiatría y psicología clínica.
3. Porcentaje de Zonas Básicas de Salud rurales en las que se efectúan intervenciones mediante desplazamiento de Equipos de Salud Mental.
4. Cobertura del programa de telepsiquiatría en relación con las poblaciones objetivo.

Objetivo 6. Desarrollar programas específicos de Asistencia psiquiátrica

Actividades

1. Desarrollo de programas dirigidos a garantizar la continuidad de cuidados e integración social de las personas con enfermedad mental grave y prolongada.
2. Desarrollo de un programa de asistencia psiquiátrica infanto-juvenil, que incluirá, al menos, actuaciones en menores del sistema de protección y jóvenes que abandonan éste, actuaciones en menores con medidas de reforma y judiciales, actuaciones de detección e intervención en trastornos por estrés post-traumático en menores y el desarrollo de un protocolo de atención para hijos de personas con enfermedad mental grave y prolongada.
3. Desarrollo de un programa de psicogeriatría, que incluirá, al menos, la atención de los problemas crónicos más frecuentes en personas mayores (depresión, deterioro cognitivo – demencias), el apoyo sanitario en centros residenciales y de día de carácter social, especialmente en cuanto a problemas de conducta, de deterioro

cognitivo o psiquiátricos, y actuaciones respecto de las personas con enfermedad mental grave y prolongada que envejecen.

4. Desarrollo de un programa de atención a la salud mental de la mujer; que incluirá, al menos, la atención de los trastornos de la conducta alimentaria, actuaciones de detección e intervención en estrés postraumático, intervención en mujeres maltratadas con trastornos psiquiátricos e incorporación de la perspectiva de género en Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica.
5. Desarrollo de programas para la atención integral de los problemas específicos de salud mental de otros colectivos, especialmente las personas drogodependientes, en consonancia con las previsiones del IV Plan Regional sobre Drogas, las personas con retraso mental y trastornos psiquiátricos y otros grupos en situación o riesgo de exclusión social (sin techo, inmigrantes).

Indicadores

1. Porcentaje de Áreas de Salud en las que se ha desarrollado el programa de garantía de la continuidad de cuidados e integración social de las personas con enfermedad mental grave y prolongada. Cobertura y cumplimiento de los estándares definidos por el programa en cada Área de Salud.
2. Porcentaje de Áreas de Salud en las que se ha desarrollado el programa de asistencia psiquiátrica infanto-juvenil. Cobertura y cumplimiento de los estándares definidos por el programa en cada Área de Salud.
3. Porcentaje de Áreas de Salud en las que se ha desarrollado el programa de psicogeriatría. Cobertura y cumplimiento de los estándares definidos por el programa en cada Área de Salud.
4. Porcentaje de Áreas de Salud en las que se ha desarrollado el programa de atención a la salud mental de la mujer. Cobertura y cumplimiento de los estándares definidos por el programa en cada Área de Salud.
5. Porcentaje de Áreas de Salud en las que se ha desarrollado programas para la atención integral de problemas de salud mental en drogodependientes, personas con retraso mental y grupos en situación o riesgo de exclusión social (sin techo, inmigrantes...). Cobertura y cumplimiento de los estándares definidos por los programas en cada Área de Salud.



Línea estratégica 4
Rehabilitación e integración de las personas con
enfermedad mental: Hacia una integración
social y laboral plena

Línea estratégica 4

Rehabilitación e integración de las personas con enfermedad mental: Hacia una integración social y laboral plena

La Organización de Naciones Unidas, a través de la Comisión para el Desarrollo Social, ha puesto de manifiesto que la población con enfermedad mental padece con frecuencia rechazo y exclusión social⁶⁸, fenómeno que se conoce habitualmente con el nombre de “estigmatización” de las personas con enfermedad mental.

Este rechazo constituye, sin duda, una limitación importante para la rehabilitación e integración de las personas que padecen enfermedades mentales, con consecuencias negativas tanto para el paciente como para la familia. Además, el estigma asociado al padecimiento de un trastorno mental, incluso cuando éste es leve, constituye una barrera psicológica importante para el acceso a las redes generales de recursos sanitarios y sociales.

Todo ello facilita que el paciente se vea conducido a una situación de aislamiento, falta de autoestima y desesperanza que le puede llevar a una pérdida de su propia dignidad. La importancia del tema ha llevado a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a destacar que uno de los principales objetivos en salud mental debe ser el apoyo a la formación e implementación de una reestructuración psiquiátrica dirigida hacia la desestigmatización del enfermo mental y la protección de los derechos humanos⁶⁹.

Por todo ello, las Administraciones Públicas deben impulsar la realización de actuaciones de sensibilización dirigidas a modificar las actitudes y comportamientos de la población en relación con las enfermedades mentales. Es necesario crear una conciencia social solidaria y de colaboración de la comunidad en la asistencia e integración social de las personas que padecen enfermedades mentales, como medida básica para la efectividad de sus derechos.

En esta labor, el movimiento asociativo desempeña un papel fundamental. Por ello, el apoyo económico y técnico que se ha venido produciendo por parte de la Administración hacia este movimiento asociativo, debe mantenerse y configurarse en un marco de estabilidad, como objetivo asociado a la modificación de la percepción de la sociedad respecto de las personas con enfermedad mental y al mejor cumplimiento de sus derechos como personas y como usuarios de los distintos servicios a ellos dirigidos.

En este sentido, la Fundación Tutelar creada en Castilla y León supone un instrumento eficaz para esta protección de derechos en aquellos casos en que, de conformidad con lo previsto en los artículos 199 y siguientes del Código Civil, se produce la incapacitación mediante la pertinente sentencia judicial y la necesidad de acometer el adecuado ejercicio de las funciones tutelares.

La existencia de la Fundación Tutelar es especialmente importante tanto por tratarse de aquellos casos en que, precisamente, más necesidad de protección se manifiesta respecto de la esfera de derechos e intereses de las personas con enfermedad mental, como por las dificultades prácticas, en numerosas ocasiones puestas de manifiesto, de conseguir una designación adecuada para estas figuras tutelares.

Además, y en el ámbito del desarrollo normativo en Castilla y León de los derechos y deberes de las personas en relación con la salud y el sistema sanitario, debe sin duda situarse como objetivo de actuación el despliegue normativo de los derechos de las personas que padecen enfermedades mentales, realizando actuaciones para su mejor conocimiento y mayor efectividad. El plan de garantía de estos derechos deberá observar el cumplimiento de los mismos, tanto en su perspectiva general como en aspectos tan concretos como puedan suponer la adecuada coordinación de los recursos y respeto de los derechos para los casos en que sea necesario el internamiento de la persona con enfermedad mental, con intervención de los distintos agentes implicados.

Por otro lado, el apoyo a las familias de las personas con enfermedad mental constituye otro importante elemento en su proceso de integración social. A este respecto, existe un amplio consenso en nuestro país en el sentido de reconocer que la reforma psiquiátrica, cuyos principios tendían a favorecer los derechos de las personas con enfermedad mental de forma incuestionable, ha originado al mismo tiempo consecuencias que han repercutido sobre el entorno familiar y social de los pacientes. Por ello, la aportación pública de soluciones a estos problemas con carácter sistemático ha de constituir una actuación prioritaria.

En este orden de cosas, y además de la potenciación de las estructuras de carácter intermedio, la presente Estrategia apuesta por el impulso y dotación progresiva, en todas las Áreas de Salud, de Unidades de Convalecencia Psiquiátrica. Se trataría de unidades en régimen de hospitalización que atenderían a pacientes que, por razones de su enfermedad mental y de la falta de una red social de apoyo suficiente, requieren de cuidados continuados hasta resolver su situación social y mejorar su sintomatología clínica. La derivación a estas Unidades se produciría tanto desde las Unidades de Psiquiatría de Hospital General (evitando hacer recaer sobre el entorno familiar el cuidado de los pacientes en aquellos casos en que, habiéndose mejorado la sintomatología tras un tratamiento intensivo, no se hubiera alcanzado una estabilización total), como directamente desde los dispositivos comunitarios, en aquellos supuestos en que, transitoriamente, se requiera una mayor intensidad de cuidados sin lle-

gar a los requerimientos de intervención propios de las Unidades de hospitalización psiquiátrica. Así, estas Unidades adquirirán la condición de recursos de soporte para el entorno familiar.

Por otro lado, la preferencia por las intervenciones en el ámbito de la comunidad hace preciso desarrollar una red de servicios de alojamiento comunitario, de distinta índole en función del grado de autonomía alcanzado y de las necesidades de atención y seguimiento sanitario de cada persona, que permitan evitar en la medida de lo posible su institucionalización y servir también de alternativa a la residencia en el domicilio familiar, sin perjuicio de la oportunidad de mantener los lazos sociales y familiares previos. Ante la necesidad de disponer de una adecuada dotación de estos recursos, se deberá contar con la iniciativa social a través de los instrumentos jurídicos más idóneos para ello.

El apoyo a las familias de las personas con enfermedad mental, especialmente cuando ésta es grave y prolongada, requiere además la articulación de actuaciones de educación para la salud y adquisición de habilidades, conocimientos y aptitudes para el mejor afrontamiento de los cuidados que estas personas requieren y para el mantenimiento de la propia salud por parte de los cuidadores familiares. Para ello puede ser de gran utilidad el impulso de programas de escuela de familias, el desarrollo de recursos de ocio y tiempo libre y la articulación de nuevos servicios tales como el de atención al cuidador familiar en la comunidad, integrado formalmente en la cartera de servicios de Atención Primaria, y con la pertinente colaboración por parte de los Centros de Acción Social de nuestra Comunidad en el ámbito de sus competencias.

Por último, resulta evidente que la incorporación a un entorno laboral normalizado ha de constituir un objetivo básico para una auténtica integración social. La incorporación al mundo laboral por parte de las personas que padecen enfermedades mentales supone, con certeza, el mejor indicador de integración y de éxito en las intervenciones públicas dirigidas al tratamiento de su enfermedad y a la rehabilitación de sus capacidades. Como es lógico, este objetivo ha de encararse de modo gradual y progresivo, comenzando por acompañar las terapias pertinentes con medidas de capacitación profesional, impulsando actuaciones de incorporación al empleo con apoyo, y finalmente favoreciendo la inserción laboral a través del empleo normalizado.

Objetivos

Objetivo 7. Promover el respeto a los derechos de las personas con enfermedad mental

Actividades

1. Realizar intervenciones de sensibilización social sobre las potencialidades de las personas con enfermedad mental, tanto en población general como en el ámbito escolar.
2. Apoyar al movimiento asociativo en su labor de información a los usuarios, de participación del sector y de protección de los derechos de las personas que padecen enfermedades mentales.
3. Impulsar el funcionamiento de la Fundación Tutelar de Personas con Enfermedad Mental.
4. Desarrollar y favorecer el conocimiento de los derechos y deberes de las personas con enfermedad mental.

Indicadores

1. Porcentaje de centros educativos en los que se han realizado intervenciones de sensibilización. N° de entidades y asociaciones involucradas en las actuaciones de sensibilización.
2. Porcentaje de entidades asociativas que reciben apoyo institucional en su labor (material, formación, financiación, etc.)
3. N° de actuaciones y financiación de la Fundación Tutelar de Personas con Enfermedad Mental.
4. N° de actuaciones de difusión del conocimiento de los derechos y deberes de las personas con enfermedad mental.

Objetivo 8. Dar soporte y respiro a las familias de personas con enfermedad mental grave y prolongada

Actividades

1. Creación de Unidades de Convalecencia Psiquiátrica (UCP) en todas las Áreas de Salud.
2. Impulso de los dispositivos de alojamiento supervisado o tutelado (pisos, mini-residencias, áreas residenciales), favoreciendo la colaboración de las entidades sin ánimo de lucro.
3. Desarrollo en todas las Áreas de Salud de un programa de escuela de familias y actividades de ocio para personas con enfermedad mental grave y prolongada, en coordinación con el movimiento asociativo y otras entidades
4. Desarrollo del Servicio de Atención al Cuidador Familiar en la Comunidad, y apoyo a las familias y cuidadores de las personas con enfermedad mental grave y prolongada en el acceso a las prestaciones y servicios sociales.

Indicadores

1. Porcentaje de Áreas de Salud con Unidad de Convalecencia Psiquiátrica (UCP).
Ratio de plazas en UCP / población.
2. Financiación de entidades sin ánimo de lucro para el desarrollo del dispositivo. Nº de plazas y ratio con relación a la población.
3. Porcentaje de Áreas de Salud con programa implantado de escuela de familias y actividades de ocio para personas con enfermedad mental grave y prolongada.
Cobertura y cumplimiento de estándares del programa.
4. Cobertura y cumplimiento de normas técnicas del servicio de atención al cuidador familiar. Porcentaje de incremento en la cobertura de los servicios sociales dirigidos a familias y cuidadores de personas con enfermedad mental grave y prolongada.

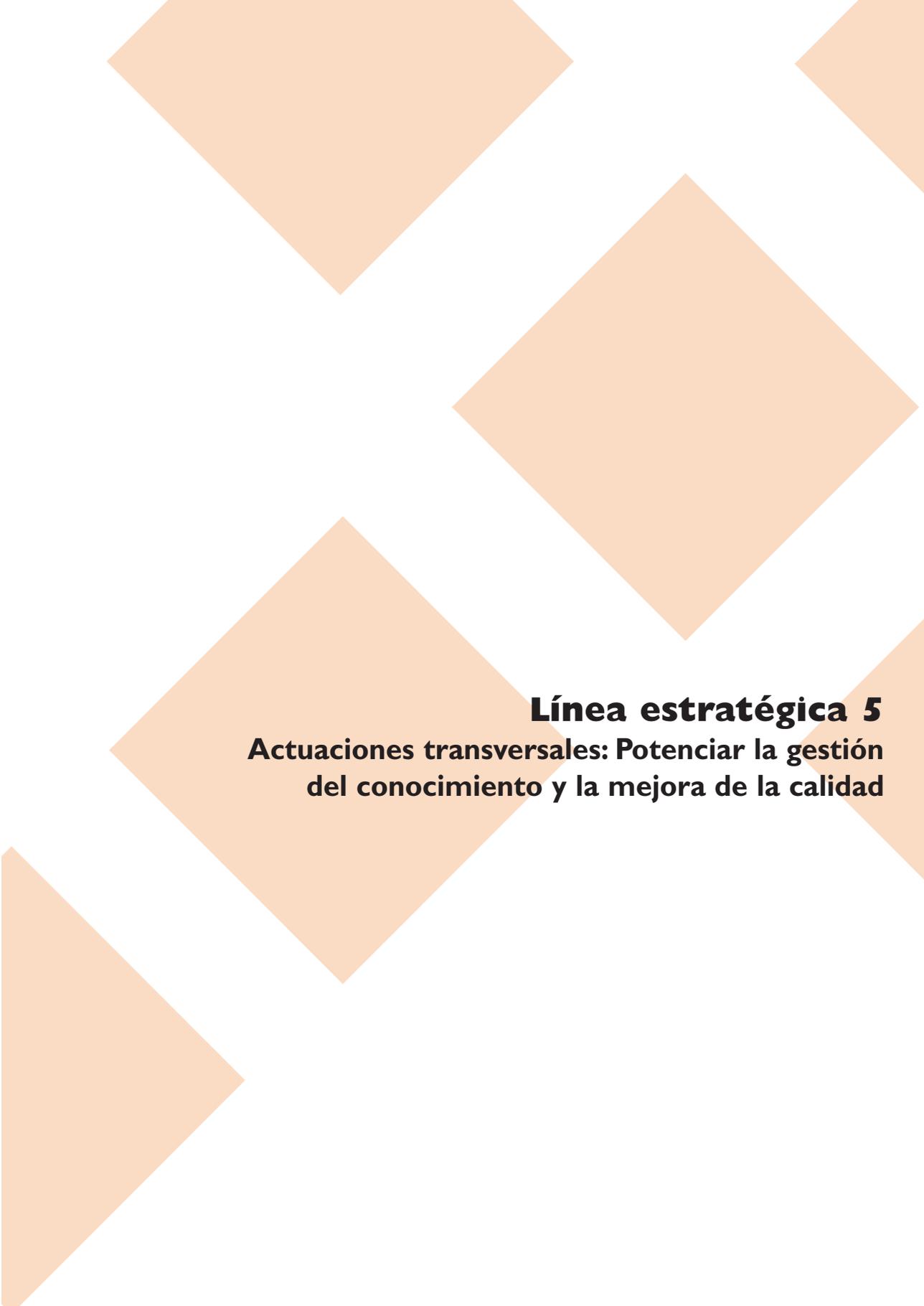
Objetivo 9. Fomentar la inserción laboral de las personas con enfermedad mental

Actividades

1. Potenciar las actividades de sensibilización en relación con la integración socio-laboral de las personas con enfermedad mental.
2. Potenciar los Talleres Ocupacionales / Prelaborales dirigidos a personas con enfermedad mental grave y prolongada, avanzando hacia la existencia de al menos dos de estos dispositivos en cada Área de Salud.
3. Fomentar la creación de Centros Especiales de Empleo.
4. Promover la participación activa de las entidades del sector en las iniciativas comunitarias, impulsando la participación en los programas del Fondo Social Europeo.
5. Promover la utilización de las líneas de ayuda a empresas para la contratación de personas con enfermedad mental e impulsar la participación del sector en los programas de empleo con apoyo y de inserción laboral.
6. Impulso y mejora de los Programas de Garantía Social en menores de 21 años con trastornos mentales o de conducta.

Indicadores

1. Nº de centros laborales en los que se realizan actividades de sensibilización y apoyo.
2. Ratio de talleres ocupacionales y prelaborales por Área de Salud. Nº de plazas en talleres ocupacionales y prelaborales por población.
3. Nº de centros especiales de empleo. Nº de trabajadores en los centros especiales de empleo.
4. Porcentaje de entidades que reciben información institucional sobre iniciativas comunitarias. Porcentaje de entidades que participan en los programas del Fondo Social Europeo.
5. Nº de empresas que utilizan líneas de ayuda para la contratación de personas con Enfermedad Mental. Nº empresas que participan en programas de empleo con apoyo y de inserción laboral.
6. Nº de personas menores de 21 años con enfermedad mental que tienen acceso a Programas de Garantía Social.



Línea estratégica 5
**Actuaciones transversales: Potenciar la gestión
del conocimiento y la mejora de la calidad**

Línea estratégica 5

Actuaciones transversales: Potenciar la gestión del conocimiento y la mejora de la calidad

La formación continuada, los sistemas de información, el fomento de la investigación y la mejora de calidad constituyen actuaciones transversales que apoyan al resto de intervenciones en el desarrollo de la Estrategia de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica.

La **formación continuada** de los profesionales sanitarios se define por la Organización Mundial de la Salud como el conjunto de experiencias que siguen a la formación inicial y que ayudan al profesional sanitario a adquirir o mantener las competencias necesarias para dispensar los cuidados de la salud a la población.

Las necesidades formativas deben ser observadas desde dos perspectivas distintas. Por un lado, se encuentran las demandas e inquietudes de los profesionales sanitarios para la optimización de sus actividades. El análisis de dichos requerimientos constituye, por tanto, un elemento esencial en el establecimiento del plan de formación.

Por otra parte, la formación continuada debe proporcionar una respuesta a las exigencias del sistema sanitario en cuanto a mejora y cualificación profesionales, derivadas de las prioridades de actuación establecidas en la planificación sanitaria. En este sentido, las propias líneas de actuación de la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica (salud mental, ordenación, asistencia, rehabilitación e integración...) constituyen prioridades de formación, que deben ser implementadas tanto en profesionales de Atención Primaria y Especializada como en los nuevos profesionales en formación (MIR, PIR, enfermería, etc.).

Se hace preciso, además, modificar anteriores modelos formativos, para conseguir el objetivo de garantía de competencia en el ejercicio profesional en cuanto a innovación, introducción de nuevas tecnologías y desarrollo de conocimientos y técnicas avanzadas, todo ello dentro del nuevo contexto de incorporación del concepto biopsicosocial de salud en una perspectiva comunitaria.

Por último, la evaluación y acreditación de las actividades formativas y la resolución de la divergencia entre la incentivación precisa y la obligatoriedad no establecida constituyen líneas de actuación para el incremento de la eficacia de la formación continuada.

En cuanto a los **sistemas de información**, el desarrollo de un sistema integrado en el que se asegure el cumplimiento de estándares de calidad que permitan asumir la validez y fiabilidad de los datos suministrados, ha demostrado su utilidad en el control de la enfermedad mental. Dicho sistema debe enfocarse a la integración ágil y eficiente de la información sobre las características de los usuarios de los dispositivos asistenciales y sus necesidades,

para permitir la evaluación de los servicios, favorecer su gestión y garantizar la calidad de las prestaciones en los mismos.

Un elemento necesario para el éxito del Sistema de Información en Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica es la garantía en el retorno o “feed-back” de información a las fuentes, tanto profesionales como usuarios, manteniendo por supuesto los requisitos de confidencialidad, que deben ser especialmente cuidadosos en este ámbito.

Los registros de casos, en particular para los casos de personas con enfermedad mental grave y prolongada, ofrecen datos de interés diagnóstico y terapéutico, y además constituyen una herramienta para la evaluación de los programas preventivos y la valoración del acceso y desarrollo de las actividades asistenciales dirigidas al control de la enfermedad. Además, este tipo de registros facilita la realización de estudios de investigación.

Otras fuentes de información diversas, como las encuestas de salud, ciertos estudios específicos en determinados colectivos (jóvenes, mujeres, personas mayores...), o los registros desarrollados por la red de médicos centinelas, aportan información de interés para el análisis de situación de salud, la evaluación de actividades del sistema sanitario o la asignación de recursos en relación con las enfermedades mentales.

Además de la información relacionada con la morbilidad, en el ámbito de las enfermedades mentales resulta de interés específico el análisis de la accesibilidad de las personas afectadas a los recursos sanitarios y sociales, así como la evaluación de la dependencia asociada a la enfermedad.

El impulso de la **investigación**, especialmente la que se desarrolla en los propios centros asistenciales, es un elemento determinante en el éxito de la Estrategia. Para ello es necesario fomentar mecanismos de comunicación que permitan el intercambio de información entre diferentes grupos de investigadores, favoreciendo la interacción de líneas de trabajo coordinadas desde centros de referencia, para aumentar la eficacia de sus actuaciones y resultados.

La última actuación transversal, aunque no por ello menos importante, se refiere a la necesidad de introducir actuaciones de mejora de calidad, que permitan el establecimiento de criterios en la actuación de los profesionales para la aplicación y difusión de las mejores prácticas y la acreditación de centros y servicios, con la referencia puesta en la mejora de la satisfacción de los usuarios.

Se pretende la difusión e implantación del modelo E.F.Q.M, como herramienta adoptada como referente por la administración de la Junta de Castilla y León, con la finalidad de favorecer la participación e identificación de los profesionales con la organización y la satisfacción de los propios usuarios.

En este ámbito se considera prioritario el desarrollo de guías clínicas y protocolos de actuación para el abordaje de los problemas de salud mental más relevantes, además de aquellos otros relacionados con la atención de urgencias ante conductas agresivas y otras emergencias psiquiátricas, o la utilización de psicofármacos en los diferentes niveles del sistema asistencial.

Objetivos

Objetivo 10. Mejorar la formación de los profesionales en materia de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica

Actividades

1. Desarrollar un programa de formación continuada en Atención Primaria, que incida en aspectos prioritarios para el desempeño de sus actividades en este ámbito, entre ellos los relacionados con el fomento de hábitos saludables, la entrevista clínica en salud mental, la detección y manejo de los trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de ansiedad y depresión, deterioro cognitivo y duelo patológico, la orientación ante los trastornos de personalidad y la enfermedad mental grave y prolongada y el enfoque psicosocial de los problemas de salud mental.
2. Impulsar un programa de formación continuada en Atención Especializada, en el ámbito de salud mental y asistencia psiquiátrica.
3. Coordinación e impulso de los programas de formación post-grado en los distintos ámbitos de la asistencia psiquiátrica: MIR, PIR y Especialización de Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica, que incluyan actividades de formación sobre el modelo de asistencia psiquiátrica de Castilla y León.
4. Impulso de la formación en nuevas tecnologías para los profesionales de asistencia psiquiátrica y salud mental.

Indicadores

1. Porcentaje de Zonas Básicas de Salud en las que se desarrollan actividades de formación continuada en Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. N° de horas de formación. Valoración media de las actividades de formación.
2. N° de servicios y unidades de Atención Especializada en las que se desarrollan actividades de formación continuada en Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. N° de horas de formación. Valoración media de las actividades de formación.
3. Porcentaje de profesionales en periodo de formación que participan en el programa de formación sobre el modelo de asistencia psiquiátrica de Castilla y León. Rotaciones coordinadas de los profesionales en formación en cada dispositivo.
4. N° de profesionales de la red que participan en actividades de formación en nuevas tecnologías. N° de horas de formación. Valoración media de las actividades de formación.

Objetivo II. Potenciar los sistemas de información y la investigación

Actividades

1. Desarrollo y mejora del Sistema de Información de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, que será único, global y mantenido a lo largo del tiempo, con garantía de confidencialidad de la información recogida y que facilite el retorno de la información a los profesionales y usuarios que la generan, en el que se incluya un sistema de registro de casos de personas con enfermedad mental grave y prolongada.
2. Promoción de estudios específicos, especialmente sobre promoción y prevención en menores, mujeres y personas mayores, epidemiología de las enfermedades mentales, valoración y monitorización de la dependencia asociada a las enfermedades mentales, y accesibilidad de las personas con enfermedad mental a los recursos de rehabilitación social e integración socio-laboral.
3. Facilitar a los equipos de investigación en asistencia psiquiátrica y salud mental la infraestructura y apoyos necesarios para el desarrollo de sus investigaciones, fomentando la participación en programas de investigación nacionales y europeos y la difusión de los resultados.

Indicadores

1. Porcentaje de dispositivos de la red que notifican al sistema de información. Porcentaje medio de cumplimentación de las variables del registro. Porcentaje de dispositivos que reciben información anual del sistema.
2. N° de estudios realizados y publicados.
3. Recursos materiales y financieros proporcionados para la investigación en Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. N° de proyectos de investigación en coordinación con programas nacionales o internacionales.

Objetivo 12. Impulsar la mejora de calidad en la atención psiquiátrica

Actividades

1. Estudio y análisis del nivel de satisfacción de los usuarios de asistencia psiquiátrica, incluyendo componentes cuantitativos y cualitativos.
2. Elaboración / adaptación y monitorización de la aplicación de guías clínicas y protocolos de actuación para Atención Primaria y Asistencia Psiquiátrica especialmente en los ámbitos de patologías más prevalentes, emergencias psiquiátricas y uso de psicofármacos.
3. Elaboración de cartas de servicios a los ciudadanos, como documentos escritos útiles de información sobre los servicios y los derechos de los usuarios
4. Diseño de vías o trayectorias clínicas, como herramienta útil en la mejora de práctica asistencial.
5. Establecimiento de catálogos de psicofármacos y elaboración y difusión de guías terapéuticas asistenciales para los Equipos de Salud Mental.
6. Desarrollo de sistemas de acreditación de los diferentes dispositivos de asistencia psiquiátrica.
7. Creación de grupos de mejora para el análisis e impulso de líneas de trabajo específicamente dedicadas a la calidad dentro del sistema de asistencia a las personas con enfermedad mental.

8. Implantación progresiva en los distintos centros asistenciales de sistemas de mejora continua de la calidad que utilicen como herramienta de referencia el modelo de autoevaluación E.F.Q.M. de excelencia.

Indicadores

1. Nivel medio de satisfacción de los usuarios de asistencia psiquiátrica en cada área de interés.
2. N° de guías clínicas y protocolos elaborados / adaptados y consensuados con sociedades científicas para su aplicación en Atención Primaria y Especializada. Porcentaje de centros asistenciales con implantación de estos protocolos y guías.
3. N° de cartas de servicios a los ciudadanos elaboradas. Porcentaje de centros que las utilizan.
4. N° de vías clínicas implantadas.
5. Existencia de los catálogos de psicofármacos. N° de guías terapéuticas asistenciales elaboradas para los Equipos de Salud Mental. Porcentaje de centros asistenciales con implantación de estas guías.
6. Existencia de manuales de acreditación. N° de centros acreditados.
7. N° de grupos de mejora en funcionamiento dentro del sistema de asistencia a las personas con enfermedad mental.
8. Porcentaje de centros de asistencia a las personas con enfermedad mental con implantación de sistemas de mejora sobre modelo de autoevaluación E.F.Q.M.



Financiación y evaluación

Financiación

La determinación del importe destinado al conjunto de actuaciones que un Sistema de Salud realiza en relación con los problemas de salud mental únicamente puede establecerse a través de estimaciones basadas en los estudios nacionales e internacionales disponibles, dada la dificultad de identificar con exactitud qué parte concreta de la estructura del sistema sanitario se dedica a la atención de estos problemas. Ello es debido a que, fundamentalmente en el nivel de Atención Primaria, pero también en otros casos, la dedicación está compartida con otras actuaciones o tareas asistenciales referidas a otros problemas de salud.

En función de los estudios existentes, los costes imputables a la prevención y tratamiento de los trastornos mentales podrían oscilar entre el 22 y el 23% del gasto sanitario.

Estas estimaciones, junto con la comparativa con otras regiones que han realizado aproximaciones del importe de sus estrategias de salud mental, ofrece una estimación global aproximada en el caso de Castilla y León de 1.240 millones de euros para el período completo de vigencia de la Estrategia Regional, incluyendo los gastos producidos durante el año 2002 en el que, simultáneamente al diseño de la Estrategia se ha ido iniciando el desarrollo de algunas de las acciones prioritarias recogidas en ella. Dicha estimación de financiación incluye exclusivamente lo referido a la previsión de gasto efectuado por la Junta de Castilla y León, y no por otros órganos de la Administración, como Diputaciones o Ayuntamientos. Tampoco se han incluido en la previsión los gastos en materia de dispositivos específicos para drogodependientes, centros de Alzheimer, plazas psicogeriatricas, y ayudas sociales no específicas, como las concedidas por los conceptos de discapacidad, ingresos mínimos de inserción (IMI), etc.

Conforme a los estudios existentes, se ha calculado el 22,5% del coste total en Atención Primaria, excluida farmacia, como coste de la atención a los problemas de salud mental en este nivel de atención. Asumiendo, para todos los conceptos un incremento anual medio del 5% a lo largo del período 2002-2007, la estimación de gasto es de 422,8 millones de euros.

En Atención Especializada la estimación incluye atención ambulatoria (Equipos de Salud Mental), unidades de agudos (en hospitales transferidos de INSALUD), unidades de media/larga estancia (en hospitales integrados en Sacyl antes de la transferencia), aportaciones a Diputaciones y Consorcios y concertación de centros de rehabilitación psicosocial. En conjunto, la estimación de gasto en el período es de 347,8 millones de euros.

La estimación de gasto farmacéutico corresponde a los datos oficiales suministrados por la

Dirección General de Asistencia Sanitaria, referidos a los grupos de medicamentos de uso más común en enfermedades mentales, y supone, para el período de vigencia de la Estrategia, 460 millones de euros.

Por último, la estimación de gasto social, que incluye aportaciones para hogares protegidos, actuaciones de inserción social (incluido Fondo Social Europeo) y apoyo al movimiento asociativo, se calcula en 11,3 millones de euros.

En cuanto a la asignación por cada partida presupuestaria, el coste de la Atención Primaria y Especializada, así como el gasto farmacéutico serán atendidos en los presupuestos de la Gerencia Regional de Salud (Sacyl), que incluyen la financiación sanitaria de la Seguridad Social y las aportaciones correspondientes del presupuesto de la Comunidad Autónoma.

Los nuevos dispositivos de Atención Especializada se encuentran incluidos en el Programa de Inversiones 2002-2010, a través de los Planes Funcionales y directores de los distintos centros, y las actuaciones específicas en materia de dotación de personal, formación, etc. se desarrollarán a través de los presupuestos de los Planes Anuales de Gestión.

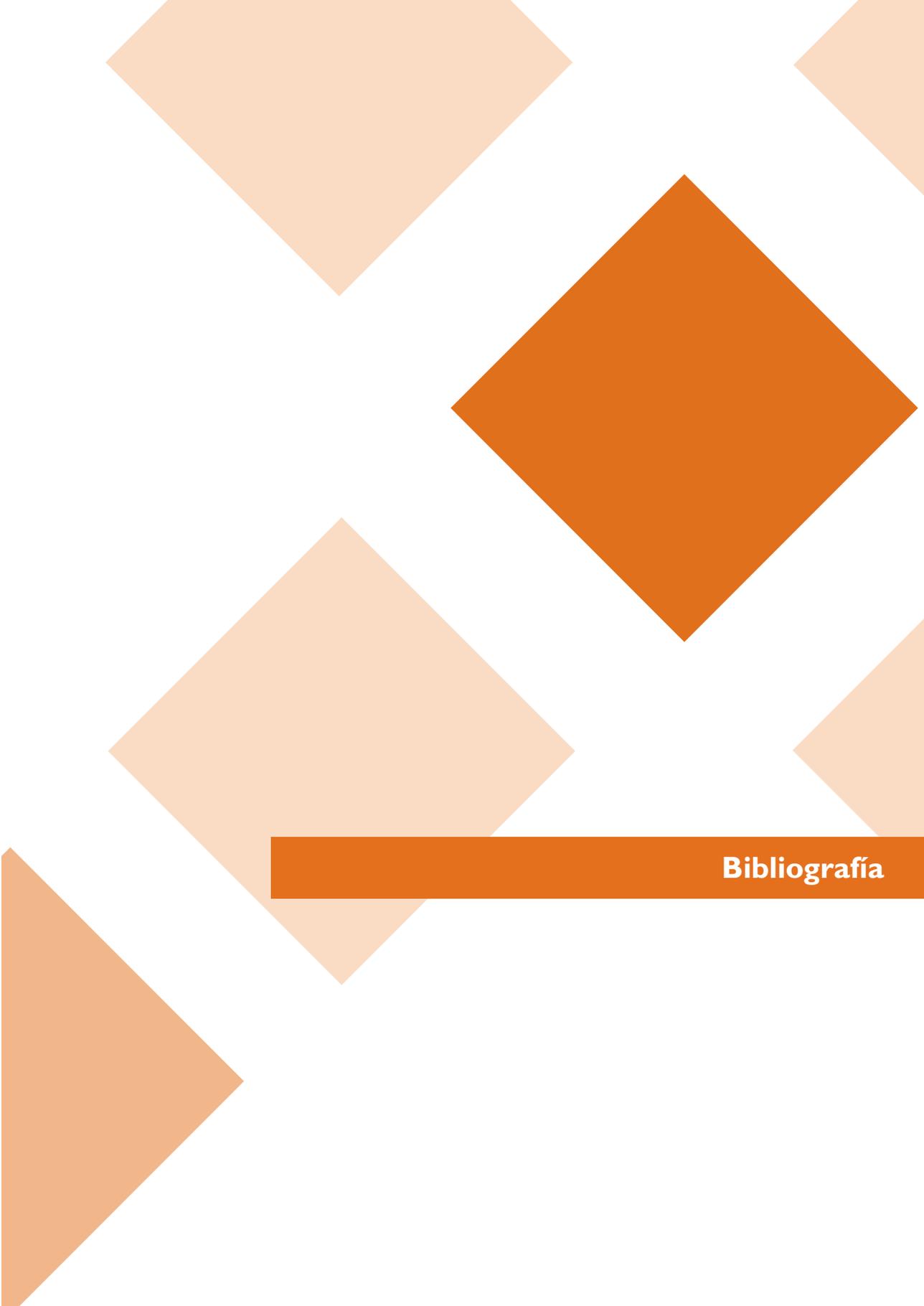
Finalmente, el desarrollo de la nueva normativa que se prevé para los distintos dispositivos podrá suponer, en años venideros, una reordenación presupuestaria en las intervenciones de carácter social que actualmente se sustentan en el presupuesto de la Gerencia de Servicios Sociales y en el programa "Atención Sociosanitaria Básica" de Sacyl.

Evaluación

La evaluación de la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica se llevará a cabo de forma continuada, elaborándose un informe anual por parte de la Dirección General de Planificación Sociosanitaria y una evaluación final a la conclusión de la vigencia de la Estrategia Regional, todo ello en el marco de los sistemas de información existentes y de la necesaria colaboración por parte de todos los órganos y entidades implicados en su desarrollo.

Dicha evaluación se realizará mediante el análisis de los indicadores correspondientes a los distintos objetivos y actividades que cada línea estratégica comprende, determinando lo efectivamente ejecutado o desarrollado en una valoración que permita reconducir efectos no deseados y mejorar aspectos de la Estrategia Regional de manera que se convierta en un instrumento dinámico de planificación orientada a la acción.

En todo caso la evaluación estará sometida a la actividad de conocimiento, informe y seguimiento por parte de los distintos órganos que tienen atribuidas estas funciones, o por aquellos otros específicos que puedan ser constituidos en el ámbito del Sistema de Salud de Castilla y León.



Bibliografía

Bibliografía

- ¹ Estrategia de salud en el año 2000 en España. Organización Mundial de la Salud, OMS-Europa. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
- ² Organización Mundial de la Salud. Salud 21: El marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
<http://www.msc.es/salud21/entrada.htm>
- ³ Informe sobre la Salud en el mundo. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud (OMS), 2001.
- ⁴ Salvador-Carulla L. et al. La Salud Mental en España: ¿Cenicienta en el país de las maravillas? Congreso SESPAS 2001. Zaragoza. Disponible en
http://www.sespas.aragob.es/informe/sepas2_8.pdf
- ⁵ Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio del Interior, 2002.
<http://www.mires/pnd/>
- ⁶ Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica, 1985 (2ª edición).
- ⁷ García J, Vázquez Barquero JL. Desinstitucionalización y reforma psiquiátrica en España. Actas Esp. Psiquiatr. 1999; 27 (5): 281-291.
- ⁸ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 102 de 29 de abril de 1986.
- ⁹ Mental Health in Europe. Country Reports from the WHO European Network on Mental Health. Copenhagen :WHO Regional Office for Europe, 2001.
<http://www.euro.who.int/document/e76230.pdf>
- ¹⁰ País Vasco. Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Departamento de Presidencia, 1983.
- ¹¹ Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Conselleria de Bienestar Social. Serie Programas Especiales, 2001.

- ¹² Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 1999-2001. Guía para la coordinación, intervención, atención y derivación entre salud mental y atención primaria. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, Servicio Murciano de Salud, 1999.
- ¹³ Programa de trastornos mentales. En: Plan de Salud de Navarra 2001-2005. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, vol. 24, supl. 3; 2001.
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple15/suple3.html>
- ¹⁴ Plan de Salud Mental de Castilla – La Mancha 2000-2004. Junta de Comunidades de Castilla – La Mancha, Consejería de Sanidad, 2000.
- ¹⁵ Decreto 68/1991 de 11 de abril, por el que se aprueba el Plan Estratégico de Salud de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León (BOCYL) nº 73, de 17 de abril de 1991.
- ¹⁶ Plan Sectorial de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. Valladolid: Junta de Castilla y León. Dirección General de Salud Pública y Asistencia. Consejería de Cultura y Bienestar Social, 1991.
- ¹⁷ Plan Sectorial de Educación para la Salud. Valladolid: Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad y Bienestar Social, Dirección General de Salud Pública y Asistencia, 1993.
- ¹⁸ Decreto 255/1993 de 21 de octubre, por el que se aprueba el Plan Sectorial de Prevención y Atención de las Conductas Suicidas. Boletín Oficial de Castilla y León (BOCYL) nº 206, de 26 de octubre de 1993.
- ¹⁹ Decreto 16/1998 de 29 de enero, por el que se aprueba el Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León (BOCYL) nº 22, de 3 de febrero de 1998.
- ²⁰ Decreto 138/2001, de 3 de mayo, por el que se aprueba el IV Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León (BOCYL) nº 87, de 7 de mayo de 2001.
- ²¹ Decreto 200/1997, de 9 de octubre, por el que se aprueba el III Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León (BOCYL) nº 196, de 13 de octubre de 1997.

- ²² Decreto 358/1991, de 26 de diciembre, por el que se aprueba el II Plan Sectorial de Drogas de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León (BOCYL) nº 250, de 31 de diciembre de 1991.
- ²³ Plan Regional sobre Drogas. Valladolid: Junta de Castilla y León, Consejería de Cultura y Bienestar Social, 1989.
- ²⁴ Decreto 203/2001, de 26 de julio, por el que se aprueba el III Plan Integral de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres de la Comunidad de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León (BOCYL) nº 149, de 1 de agosto de 2001.
- ²⁵ Decreto 224/2000, de 26 de octubre, por el que se aprueba el Plan Estratégico del Sistema de Acción Social de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León (BOCYL) nº 210, de 28 de octubre de 2000.
- ²⁶ Decreto 237/2000, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el Plan Regional Sectorial para las Personas Mayores. Boletín Oficial de Castilla y León (BOCYL) nº 225, de 21 de noviembre de 2000.
- ²⁷ Decreto 266/2000, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Plan Regional Sectorial de Atención a las Personas con Discapacidad. Boletín Oficial de Castilla y León (BOCYL) nº 239, de 12 de diciembre de 2000.
- ²⁸ Decreto 276/2000, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Plan Regional Sectorial de Protección y Atención a la Infancia. Boletín Oficial de Castilla y León (BOCYL) nº 248, de 26 de diciembre de 2000.
- ²⁹ Decreto 24/2001, de 25 de enero, por el que se aprueba el Plan Regional Sectorial de Acciones frente a la Exclusión Social. Boletín Oficial de Castilla y León (BOCYL) nº 22, de 31 de enero de 2001.
- ³⁰ Decreto 212/1998, de 8 de octubre, por el que se aprueba el 2º Plan de Salud de la Comunidad de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León (BOCYL) nº 197, de 14 de octubre de 1998.
- ³¹ Tizón García JL et al. Grupos de expertos del PAPPs. Prevención de los trastornos de salud mental desde la atención primaria de salud. Aten. primaria 2001; 28 (2): 96.

- ³² Rajmil L, Gispert R, Roset M, Muñoz PE, Segura A. Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya. *Gac. Sanit.* 1998; 12: 153-159.
- ³³ Comparación transnacional de la prevalencia de los trastornos mentales y los factores con ellos asociados. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Recopilación de artículos N°3, 2000.* www.who.int/bulletin/digests/spanish/number3/Bu0552.pdf
- ³⁴ Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, Eaton WW, Locke BZ. The NIMH Epidemiologic Catchment Area program: historical context, major objectives and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 934-941.
- ³⁵ Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
- ³⁶ Revised Prevalence Estimates of Mental Disorder in the United States. Using a Clinical Significance Criterion to Reconcile 2 Survey's Estimates. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 115-123. <http://archpsyc.ama-assn.org/issues/v59n2/abs/yoa20120.html>
- ³⁷ Cueto Espinar A, et al. Epidemiología y Prevención de las Enfermedades Mentales. En: *Medicina Preventiva y Salud Pública; Piédrola Gil; 10ª Edición.* Barcelona: Masson, 2001 (757-766)
- ³⁸ World Health Organization (WHO): Suicide rates. http://www5.who.int/mental_health/main.cfm?p=0000000149
- ³⁹ Hiroeh U, Appleby L, Mortensen PB, Dunn G. Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: a population-based study. *Lancet* 2001; 358: 2110-12.
- ⁴⁰ Gro Harlem Brundtland. Mental Health in 21st Century (editorial). *Bulletin of the World Health Organization*, 2000; 78 (4): 411.
- ⁴¹ World Health Organization (WHO). The Global Burden of Disease (GBD). Leading causes of Years Lived with Disability, worldwide, 1990. <http://www.who.int/msa/mnh/ems/dalys/intro.htm>

- ⁴² Economic costs to society. En: World Health Organization (WHO). The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. <http://www.who.int/whr/2001/main/en/chapter2/002d1.htm>
- ⁴³ Encuesta Nacional de Salud (1987). Ministerio de Sanidad y Consumo. Subdirección General de Información Sanitaria y Epidemiología, 1989.
- ⁴⁴ Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo. Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud, 1999. http://www.msc.es/estadisticas_sanitarias/home.htm
- ⁴⁵ Las personas con una enfermedad mental. Sensibilización de la población. Proyecto ISLEM (Inserción Social y Laboral de Enfermos Mentales). Gran Canaria, 1999.
- ⁴⁶ La salud mental en el mundo. En: Salud mental: El hombre en su laberinto. Fernando Leal. Editora Médica Europea. Valladolid, 1993.
- ⁴⁷ Trastornos por ansiedad. Informe nº 23. Consejería de Sanidad y Bienestar Social, Red de médicos centinelas de Castilla y León, 1996.
- ⁴⁸ Trastornos hipercinéticos en la infancia. Informe nº 31. Consejería de Sanidad y Bienestar Social, Red de médicos centinelas de Castilla y León, 1997.
- ⁴⁹ Trastornos de la alimentación. Informe nº 39. Consejería de Sanidad y Bienestar Social, Red de médicos centinelas de Castilla y León, 2000.
- ⁵⁰ Diagnóstico de necesidades y recursos. En: Plan Regional Sectorial de Atención a las Personas con Discapacidad. Valladolid: Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad y Bienestar Social, Gerencia de Servicios Sociales, 2001.
- ⁵¹ Defunciones según causa de Muerte. Instituto Nacional de Estadística (INE), 1999. <http://www.ine.es/inebase/cgi/um>
- ⁵² Estadística del Suicidio en España. Instituto Nacional de Estadística (INE), 1999-2000. <http://www.ine.es/inebase/cgi/um>
- ⁵³ García Boro S et al. Identificación y cuantificación de los trastornos psiquiátricos en Atención Primaria. Atención Primaria 1985; 2 (4): 213-218.

- ⁵⁴ Encuesta de morbilidad hospitalaria. Instituto Nacional de Estadística (INE). Base de datos INEbase. <http://www.ine.es/inebase/cgi/um>
- ⁵⁵ Sistema de Información Autonómico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. Resumen de actividad – 2001 (Datos mínimos). Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, 2002 (documento interno).
- ⁵⁶ Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social del Drogodependiente de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León (BOCYL) nº 65, de 6 de abril de 1994.
- ⁵⁷ Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación sobre estrategia sanitaria de la Comunidad Europea. Propuesta de Decisión del Parlamento Europeo y del Consejo por la que se adopta un programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud pública (2001-2006). COM (2000) 285 final. Bruselas, 16 de mayo de 2000.
- ⁵⁸ Council Resolution of 18 November 1999 on the promotion of mental health. Official Journal of the European Communities C 86/1-2. 24.03.2000.
- ⁵⁹ Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Resolución del Consejo de 29 de Junio de 2000 sobre medidas en materias de determinantes sanitarios (2000/C 218/03). C218: 8-9. 31 de julio de 2000.
- ⁶⁰ Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación sobre estrategia sanitaria de la Comunidad Europea. Propuesta de Decisión del Parlamento Europeo y del Consejo por la que se adopta un programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud pública (2001-2006). COM (2000) 285 final. Bruselas, 16 de mayo de 2000.
- ⁶¹ Comisión Europea (2000) Report on the state of young people's health in the European union. Directorate-General Health and consumer protection Unit F3- Health promotion, health monitoring, and injury prevention.
- ⁶² Trastornos de conducta alimentaria en Castilla y León. Valladolid: Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad y Bienestar Social, 2001.
- ⁶³ Decreto 83/1989, de 18 de mayo por el que se regula la organización de los servicios de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León (BOCYL) nº 99, de 24 de mayo de 1989.

- ⁶⁴ Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León (BOCYL) nº 77, de 27 de abril de 1993.
- ⁶⁵ 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. Boletín Oficial de Castilla y León (BOCYL) nº 19 (Supl.), de 28 de enero de 2002.
- ⁶⁶ Orden de 19 de abril de 1991 de la Consejería de Cultura y Bienestar Social, por la que se establece la delimitación territorial de la asistencia psiquiátrica de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León (BOCYL) nº 93, de 17 de mayo de 1991.
- ⁶⁷ Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. BOE nº 35, de 10 de febrero de 1995.
- ⁶⁸ United Nations. Commission for Social Development. Fundamental rights of disabled persons consistently violated around world. 1st Press Release SOC/4528 4th meeting (PM) 9 February 2000.
- ⁶⁹ Pan American Health Organization (PAHO). About the program on mental health. www.paho.org/english/HPP/HPM/MH/about_mental_health.htm.

