



Castilla-La Mancha

Estrategia en Salud Mental de Castilla-La Mancha 2015-2017

Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales

Estrategia en Salud Mental de Castilla-La Mancha 2015-2017

Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales

Edita:

Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha

Diseño y maquetación:

Beatriz Gómez de las Heras Miñano (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha)

Impresión y encuadernación:

AGSM

Depósito legal:

TO 810-2015

Toledo, junio de 2015



Estrategia en Salud Mental de Castilla-La Mancha 2015-2017

Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales

Director de la Estrategia en Salud Mental 2015 -2017:

Javier Hernández Pascual. Director General de Calidad, Planificación, Ordenación e Inspección.
Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha.

Equipo técnico de redacción:

Dirección General de Calidad, Planificación, Ordenación e Inspección.
Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales:

Flor Morillo Garay, Jefa del Servicio de Planificación
Aurora Sánchez González, Jefa del Servicio Sociosanitario
Emma Corraliza Infanzón, Asesora Médica del Servicio de Planificación
Enrique Galindo Bonilla, Técnico Superior del Servicio de Planificación
Gema de Pablos Bolonio, Auxiliar Administrativo del Servicio de Planificación

Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad.

Servicio Regional de Salud de Castilla-La Mancha. SESCOG:

Jaime Domper Tornil, Director Regional de Salud Mental
Víctor M. Devolx Neyra, Director Regional Adjunto de Salud Mental

Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha (FSCLM):

Susana García-Heras Delgado, Directora
Marta Nieto Moreno, Técnico Servicios Centrales



PRESENTACIÓN

La salud mental es cosa de todos y nosotros, desde la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha, así lo hemos entendido; de ahí la importancia de contar con una Estrategia en Salud Mental que haga posible alinear los esfuerzos de toda la sociedad para el logro del objetivo de preservar y mejorar una dimensión fundamental de su bienestar como es la salud mental.

Varias son las razones que explican el peso de la salud mental en la carga global que supone la enfermedad para la sociedad: una parte muy significativa de las consultas y de las prescripciones médicas están relacionadas con problemas de salud mental; los trastornos mentales comunes se han situado entre las primeras causas de enfermedad y junto con los trastornos mentales graves suponen una carga para las familias, para las personas y para el sistema de salud que hacen de la salud mental un ámbito prioritario de la política sanitaria.

Por otro lado, la salud mental presenta, con mayor intensidad que otras patologías, una marcada dimensión social. El adecuado enfoque de esta dimensión social es uno de los aspectos más importantes de una adecuada política sanitaria; enfoque que supone, por una parte, incidir en la percepción social que se tiene de la enfermedad mental, no siempre libre de prejuicios, y que dificulta la recuperación, la integración y el tratamiento de las personas con este problema de salud; y por otra, abordar las múltiples implicaciones que desde diversos ámbitos, económicos, culturales, educativos, legales se dan en la salud mental y que hacen necesario un abordaje multisectorial de los problemas de salud mental.

El adecuado tratamiento de la salud mental implica en primer término al paciente y a su familia que ven comprometida su autonomía como en pocas otras dolencias; en segundo término, incumbe a un conjunto variado de instituciones públicas de los diferentes niveles de la administración y de diversos campos de la protección social, que van de la asistencia sanitaria a los servicios sociales ya sean del ámbito de la asistencia como de la integración laboral y comunitaria. En suma, son muchos los actores que tienen en su mano contribuir a mejorar la salud, la calidad de vida y las capacidades de las personas afectadas por un problema de salud mental.

Por tanto, la salud mental es un terreno lleno de retos para la política sanitaria que reclama reformas y estrategias novedosas para abordar las expectativas que alberga la sociedad en cuanto a la atención socialmente justa, técnicamente solvente y económicamente sostenible; a esta labor están convocadas cuantas personas



e instituciones estén más capacitadas para aportar las mejores soluciones a las personas con trastornos mentales, en particular, los propios pacientes y sus familias y los profesionales comprometidos con su atención. La Estrategia en Salud Mental aspira a ser un instrumento útil para orientar las actuaciones de personas, instituciones, públicas y privadas, no solo del ámbito sanitario, entidades asociativas y pacientes hacia el propósito compartido de mejorar la salud mental y la calidad de vida de las personas, de forma eficiente, procurando en todo momento utilizar los recursos que son de todos en la forma más provechosa para la sociedad.

La Estrategia en Salud Mental ofrece un marco integrado para abordar la garantía de sostenibilidad financiera de los servicios; la atención a grupos de personas y problemas específicos; la adaptación de los procesos y el desarrollo continuado del sistema de atención a la salud mental.

La Estrategia en Salud Mental se centrará en grupos específicos de personas y de problemas. En primer lugar, las personas con trastorno mental grave. Un enfoque basado en el paradigma de la cronicidad que está orientando las reformas del conjunto de la asistencia sanitaria, que prima la continuidad de la atención, el abordaje integrado de las distintas necesidades del paciente y la capacitación del paciente y de su familia para llevar en lo posible las riendas de la enfermedad orientan estas actuaciones. El ámbito infanto-juvenil también será objeto de atención prioritaria.

La Estrategia en Salud Mental es el resultado del esfuerzo colaborativo de un numeroso grupo de personas, pacientes, familiares, profesionales sanitarios y no sanitarios, asociaciones de pacientes y otras entidades implicadas en la atención a las personas con enfermedad mental. A todas ellas agradezco su compromiso con la salud mental y su desinteresada colaboración.

Confío plenamente en que este documento va a servir para que los esfuerzos de todos en torno a la salud mental fructifiquen en mejoras continuadas en la salud y en la calidad de vida de las personas afectadas de un problema de salud mental en Castilla-La Mancha.

José Ignacio Echániz Salgado
Consejero de Sanidad y Asuntos Sociales



INTRODUCCIÓN

La Estrategia en Salud Mental 2015-2017 pretende ser un instrumento al servicio de la calidad de las políticas en este ámbito prioritario de la política sanitaria. El acierto de las decisiones y la efectividad de las intervenciones en Salud Mental resultan especialmente sensibles a la coordinación de esfuerzos de muchos actores en una misma dirección.

Pacientes y familiares, profesionales de la red de servicios tanto sanitarios como socio-sanitarios, instituciones públicas y entidades de la sociedad civil, todos ellos están involucrados en el logro de la mejora de la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental y de la salud mental del conjunto de la población. De ahí que sea necesario disponer de un instrumento que permita alinear los objetivos y las intervenciones de todos con unos objetivos compartidos para lograr avances en este ámbito.

La Estrategia en Salud Mental 2015-2017 se enmarca dentro de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y está alineada con los documentos de referencia internacionales tanto de la Organización Mundial de la Salud como de la Comisión Europea.

En la elaboración de la Estrategia en Salud Mental 2015-2017 han intervenido los diversos actores implicados en la misma, entre los que hay que destacar a pacientes y familias que en nuestra región asumen un papel destacado en la gestión de servicios. De esta reflexión estratégica se han deducido el conjunto de objetivos en los que se debe enfocar la actuación de todos para avanzar en la atención a la salud mental.

Los objetivos y los programas que los desarrollan, se articulan en un mapa estratégico que debe servir de ayuda para la discusión y el debate de las actuaciones en salud mental, la mejora de la calidad en las decisiones y la planificación de los recursos humanos y financieros en este ámbito. Asimismo, el documento aporta un cuadro de indicadores que debe servir para hacer visible y para comunicar el avance de la estrategia.

Javier Hernández Pascual
Director General de Calidad, Planificación, Ordenación e Inspección



ÍNDICE

I.-Marco estratégico	13
Marco estratégico: misión, visión y valores	15
II.- Metodología	17
III.- Análisis de situación	21
Atención a la salud mental en Castilla-La Mancha: análisis de situación	23
III.1. Demografía y salud mental en la población general de Castilla-La Mancha	23
III.2. Recursos de atención a personas con trastorno mental en Castilla-La Mancha	33
III.2.1. Recursos sanitarios de atención a personas con trastorno mental	33
III.2.2. Recursos socio-sanitarios de atención a personas con trastorno mental	37
III.3. Recursos Humanos	41
III.4. Morbilidad atendida por trastorno mental en Castilla-La Mancha	45
III.4.1. Consultas atendidas en Atención Primaria y Atención Especializada de Salud Mental	45
III.4.2. Actividad asistencial en salud mental	46
III.4.3. Morbilidad hospitalaria por trastornos mentales	48
III.4.4. Actividad asistencial en las Unidades de Conductas Adictivas y en Comunidades Terapéuticas	54
III.4.5. Actividad asistencial en dispositivos socio-sanitarios	58
III.4.6. Consumo y gasto en psicofármacos	61
III.5. Desarrollo de la actividad asistencial en Castilla-La Mancha	64
III.5.1. Detección y atención en las primeras fases de la enfermedad	65
III.5.2. Atención a personas con trastorno mental grave	66



III.5.3. Atención a la salud mental infanto-juvenil	71
III.5.4. Desarrollo de la atención a otros colectivos	72
III.6. Coordinación	74
III.6.1. Coordinación entre niveles asistenciales (intrainstitucional)	74
III.6.2. Coordinación inter-institucional	76
III.7. Actividades docentes y de investigación	76
III.7.1. Actividades docentes	76
III.7.2. Investigación	79
IV.- Conclusiones y mapa estratégico	81
V.- Líneas y objetivos estratégicos de actuación	87
V.1. Línea estratégica 1. Organización y funcionalidad de la red de salud mental	89
V.2. Línea estratégica 2. Atención a las personas con trastornos mentales	90
V.3. Línea estratégica 3. Participación y autonomía de personas con trastorno mental y de sus cuidadores informales	93
V.4. Línea estratégica 4. Coordinación y abordaje interinstitucional de la salud mental ...	94
V.5. Línea estratégica 5. Gestión del conocimiento e investigación	95
V.6. Línea estratégica 6. Desarrollo de los sistemas de información	96
VI.- Seguimiento y evaluación de la estrategia	99
VI.1. Cuadro de mandos integral	101
VII.- Bibliografía	105
VIII. Acrónimos	113
IX.- Participantes en la elaboración de la Estrategia en Salud Mental	117





I.- MARCO ESTRATÉGICO

Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales

MARCO ESTRATÉGICO: MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

El marco conceptual de referencia de la Estrategia es el **desarrollo del modelo asistencial comunitario en Salud Mental**, cuyas referencias más cercanas son la *Declaración de Helsinki*, suscrita por los países de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2005¹ y el *Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar* en 2008², en el que se solicitaron actuaciones en cinco áreas prioritarias (prevención de depresión y suicidio, salud mental entre los jóvenes y en la educación, salud mental en el entorno laboral, salud mental de las personas mayores y lucha contra el estigma y la exclusión social) y que se plasmaron en nuestro país en la *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*³.

Asimismo, la Estrategia en Salud Mental de Castilla-La Mancha (ESM-CLM 15/17) asume la visión y objetivos fundamentales del *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*⁴, presentado en la 66ª Asamblea de la OMS: (1) reforzar el liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental; (2) proporcionar en el ámbito comunitario, servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta; (3) poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental; (4) y fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre salud mental, y las nuevas orientaciones que éste establece para la salud mental, destacando la prestación de servicios comunitarios, una mayor atención a los derechos humanos, y la relevancia de fomentar la autonomía de las personas con discapacidades, la necesidad de construir una sociedad civil sólida, y las actividades de promoción y prevención en materia de salud.

Principios transversales de la Estrategia en Salud Mental de Castilla-La Mancha 2015/2017:

Los objetivos estratégicos y líneas de actuación propuestos en el documento se sustentan, a nivel transversal en los siguientes principios:

- ◉ El desarrollo del *modelo comunitario*, que implica la consideración real y operativa de las necesidades individuales de las personas con trastorno mental y de sus familias, de manera que se produzca una adecuación de las actuaciones de los profesionales a dichas necesidades y tengan un lugar predeterminado en la elaboración y desarrollo de los planes organizativos.
- ◉ La incorporación del *enfoque de la Recuperación* y defensa de los *Derechos Humanos* en el diseño y prestación de servicios comunitarios y en la práctica asistencial de los profesionales de la Red Asistencial de Salud Mental de Castilla-La Mancha.
- ◉ La *accesibilidad y cobertura universal* de acuerdo a los principios de sostenibilidad y equidad.

¹ Declaración Europea de Salud Mental del Plan de Acción de Helsinki (2006). Disponible en:

www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf

² Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_es.pdf

³ Estrategia en Salud Mental del SNS. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>

⁴ Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_10Rev1-sp.pdf

- ⦿ La promoción de la *autonomía y la participación* de las personas con trastorno mental en todas las actuaciones de planificación, prestación y evaluación de servicios, y de promoción de la salud mental.
- ⦿ La *atención multisectorial*, para dar una respuesta integral y coordinada a las necesidades asistenciales de las personas con trastorno mental.

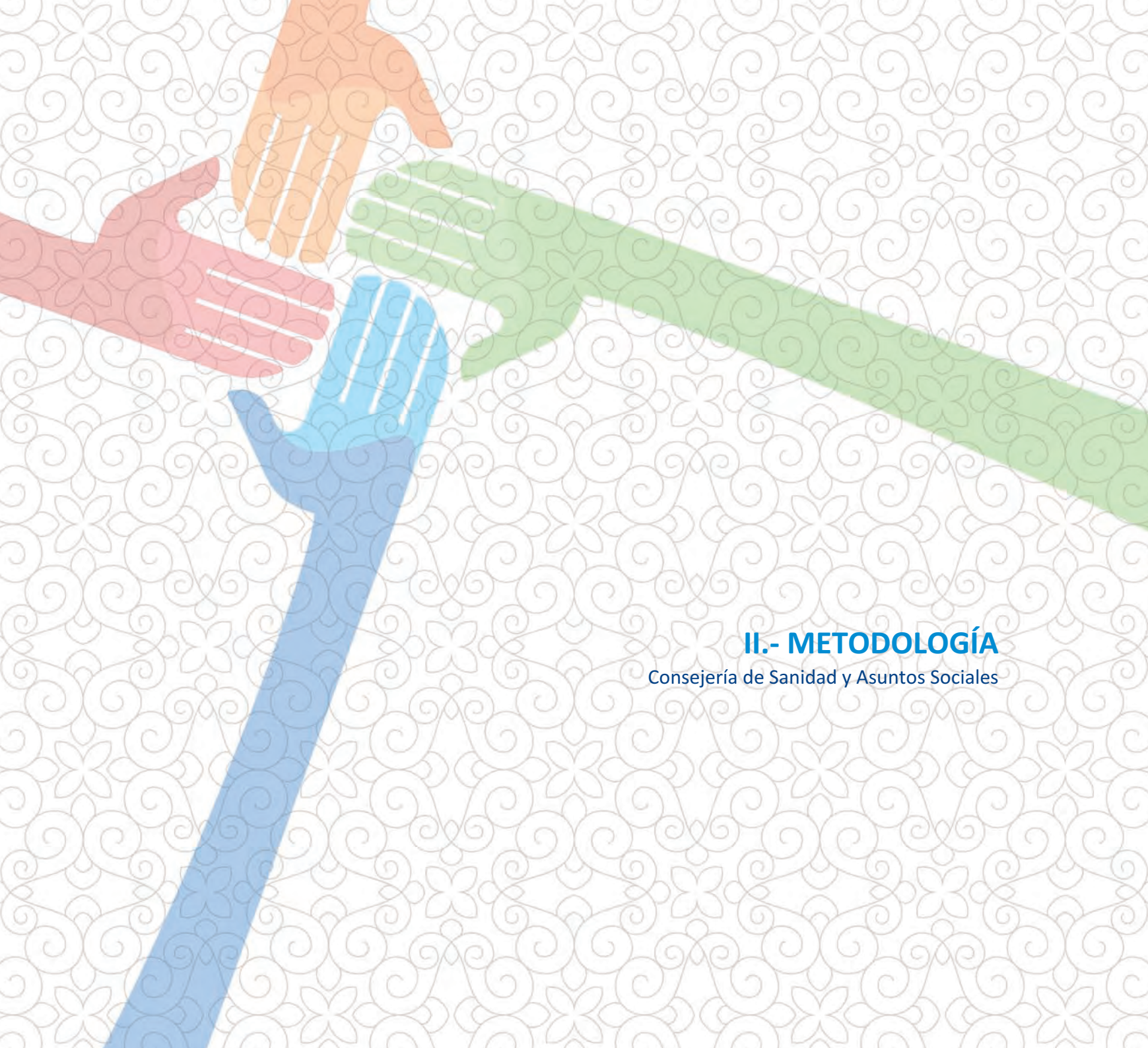
Misión, visión y valores

La *Misión* define el propósito principal de la organización y es la potente guía que la orienta. La de esta Estrategia es *“Velar por el cumplimiento del derecho a la salud mental y prestar la mejor atención a las personas con trastornos mentales, en base a los avances científicos y tecnológicos, de una forma equitativa y sostenible”*

Los *Valores* esenciales y claves para el desarrollo de la misión en la Red de Salud Mental de Castilla-La Mancha son: *1. La responsabilidad y ética en el trabajo; 2. El respeto al proyecto vital del paciente y la escucha activa; 3. La innovación y las mejores prácticas basadas en la evidencia; 4. La corresponsabilidad y el trabajo en equipo; 5. El compromiso con las personas con trastornos mentales y con sus familiares.*

Si tenemos la misión y los valores, considerados esenciales para llevar a cabo ese propósito, necesitamos la declaración de la meta hacia dónde queremos ir en el futuro. Esta declaración no puede ser abstracta, sino que tiene que dar una imagen concreta de la finalidad a la que se quiere llegar, proporcionando la base para la formulación de estrategia y objetivos. La *Visión* es *“Ser un sector avanzado e innovador en la atención a la salud mental, basado en nuevos modelos de trabajo, con mayor coordinación y ayudados por la tecnología y la mejor gestión del conocimiento”*.





II.- METODOLOGÍA

Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales

II.- METODOLOGÍA

El proceso de elaboración de la Estrategia, su implantación y evaluación se sustenta en dos aspectos clave que guían su metodología y despliegue, con el fin de asegurar su éxito en la implantación y monitorización: a) la *planificación estratégica*: empleo de herramientas metodológicas de gestión y de planificación estratégica validadas en diferentes sectores, y adecuadas al entorno sanitario; b) la *gobernanza*: promueve que los principios rectores del buen gobierno guíen la política en salud mental y sus actuaciones: transparencia, responsabilidad (voz y rendición de cuentas) e incentivos para promover la participación.

FASES DEL PROCESO DE ELABORACIÓN Y PRINCIPALES HITOS

Fase 1. Análisis de situación y reflexión estratégica

- Descripción y análisis de la atención y de la Red de salud mental en Castilla-La Mancha.
- Identificación y priorización de las principales necesidades y áreas de mejora en la atención a la salud mental en la Región.
- Establecimiento de los ejes principales de actuación de la Estrategia.

Participantes: grupo de trabajo (Consejería, SESCAM y FSCLM)

Fase 2. Planificación de objetivos y actuaciones

- Definición de objetivos estratégicos y propuesta de líneas de actuación.
- Propuesta de mapa estratégico.

Participantes: grupo de trabajo (Consejería, SESCAM y FSCLM)

Fase 3. Consulta a los grupos de interés

- Revisión de necesidades y áreas de mejora.
- Valoración objetivos y líneas de actuación propuestas.
- Valoración e incorporación de sugerencias.

Participantes: profesionales de la Red de salud mental, personas con enfermedad mental, familiares, asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental, coordinadores de las áreas de salud mental, y otros grupos...

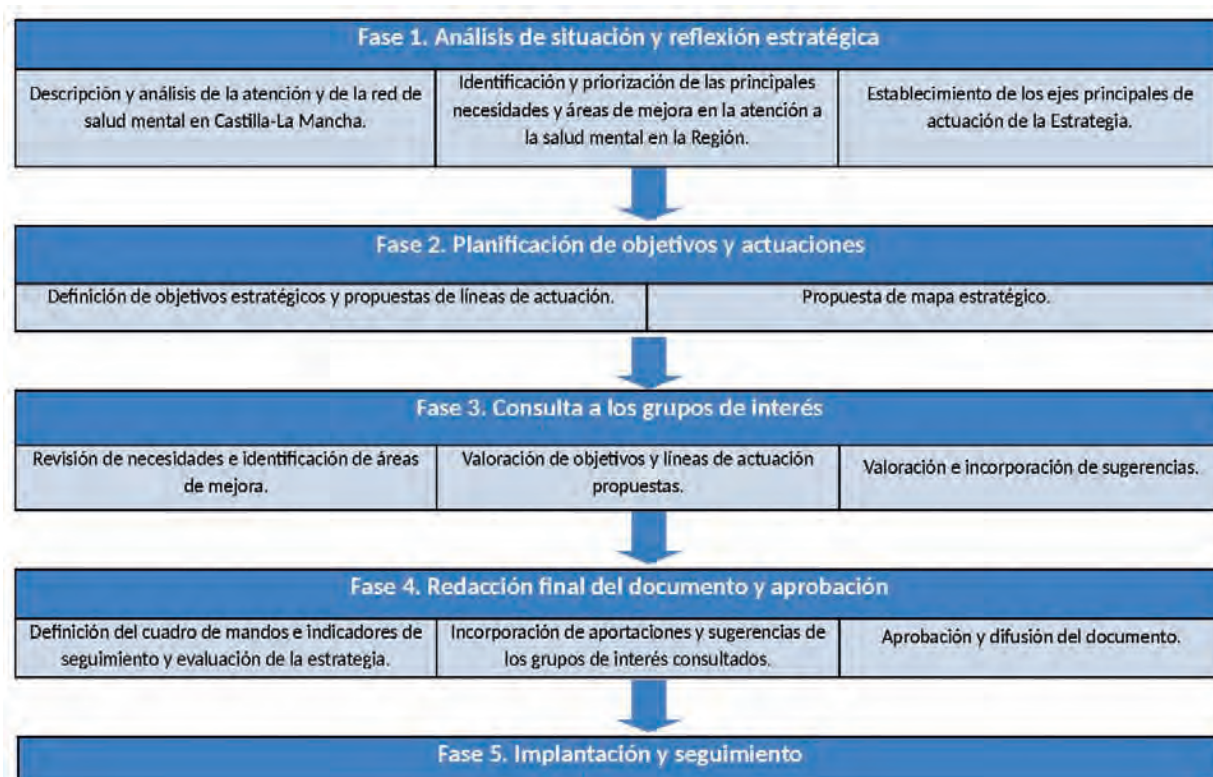
Fase 4. Redacción final del documento

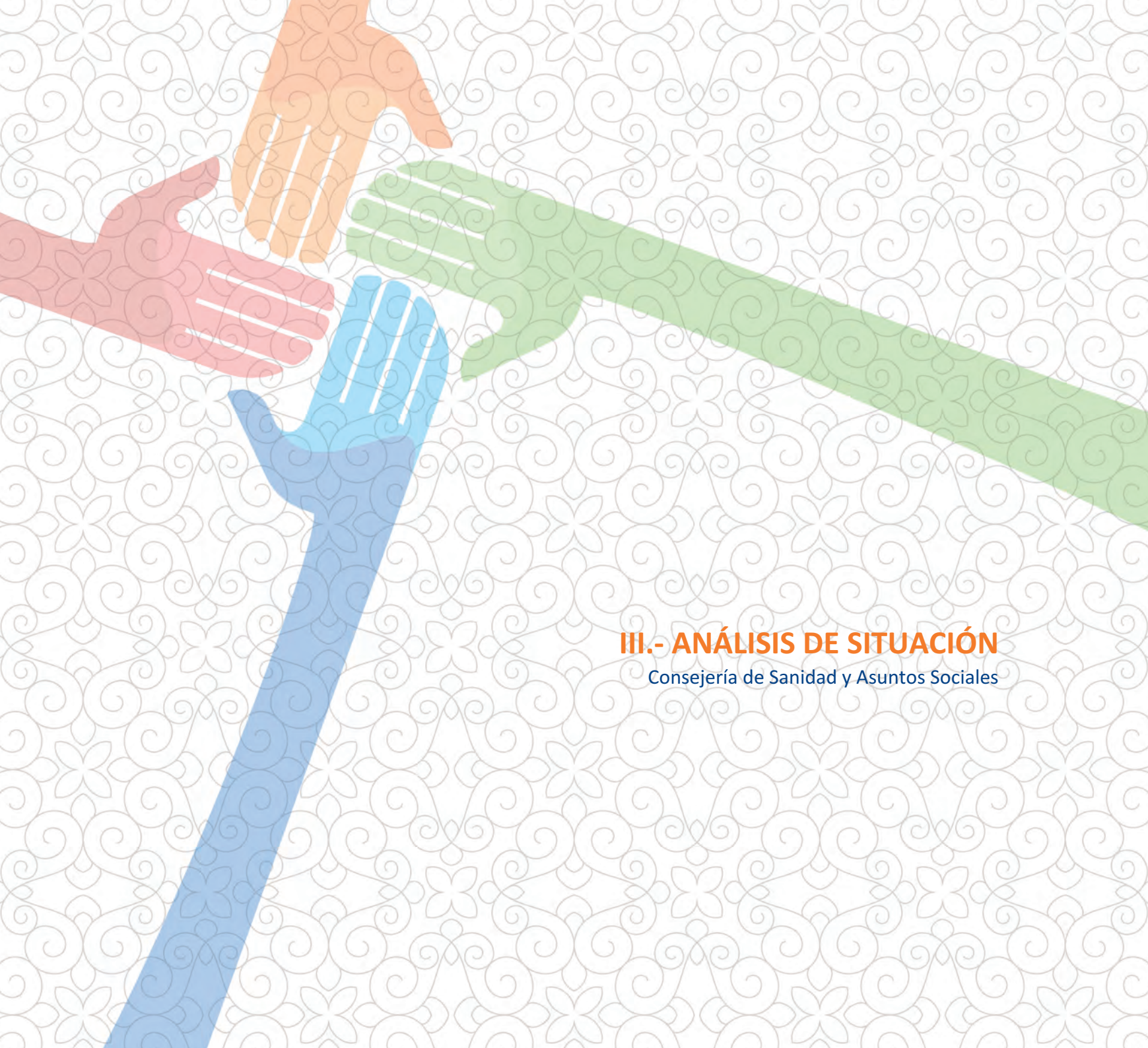
- Incorporación de aportaciones y sugerencias de los grupos de interés consultados.
- Definición del cuadro de mandos e indicadores de seguimiento y evaluación de la estrategia.
- Aprobación y difusión del documento.

Fase 5. Implantación y seguimiento



Con el fin de realizar un análisis de la situación actual de las necesidades de atención en salud mental y del funcionamiento de la Red de la Región, se han consultado diferentes fuentes documentales (documentos de consenso y directrices internacionales y nacionales, revisión de memorias de los principales proveedores de servicios de salud mental: SESCAM y Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha, revisión de planes de salud mental autonómicos, conclusiones de grupos de trabajo regionales, etc.), así como resultados de estudios y fuentes de datos disponibles. A partir de este análisis, se han identificado las principales necesidades no cubiertas o en las que se hacen necesarias actuaciones específicas y prioritarias en el marco temporal de desarrollo de esta Estrategia y se han planteado un conjunto de líneas estratégicas de actuación. Asimismo, se han incorporado las valoraciones, mejoras y necesidades detectadas por profesionales expertos en salud mental de la Región, representantes del movimiento asociativo de familiares y personas con enfermedad mental.





III.- ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales

III.- ANÁLISIS DE SITUACIÓN

III.- ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN CASTILLA-LA MANCHA: ANÁLISIS DE SITUACIÓN

III.1. Demografía y salud mental en la población general de Castilla-La Mancha⁵

La atención a la salud mental en Castilla-La Mancha se desarrolla en un contexto socio-demográfico cuyas especificidades condicionan la planificación y el desarrollo de los recursos de atención para garantizar la accesibilidad de todos los ciudadanos y la equidad de la atención.

Castilla-La Mancha tiene una superficie de 79.461,97 km² y una población de 2.100.998 habitantes, siendo la distribución entre hombres y mujeres, equitativa. La Región está compuesta, en su mayoría, por pequeños municipios (494 no alcanzan los 500 habitantes y sólo 15 superan los 20.000 habitantes) y la mayor cantidad de población se concentra en las capitales de provincia y en la zona denominada La Mancha.

La atención a la salud mental se desarrolla, por tanto, en un entorno mayoritariamente rural, disperso con baja densidad poblacional (CLM: 26,44 hab/km²; Nacional: 93,1 hab/km²), cuyo índice de envejecimiento es inferior a la media nacional (CLM: 106,09; Nacional: 109,53) y con una tasa de dependencia superior a la media nacional (CLM: 52,09; Nacional: 51).

Salud percibida y prevalencia de trastornos mentales

En líneas generales, la salud percibida de los castellano-manchegos adultos es buena o muy buena en el 83,73% de los hombres y en el 72,46% de las mujeres, según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España (2011/12).

⁵ Instituto Nacional de Estadística (datos 2013). <http://www.ine.es>



Tabla 1. Prevalencia autodeclarada de trastornos mentales por 100 habitantes mayores de 15 años por sexo en Castilla-La Mancha y comparación a nivel nacional 2006/2011

	Castilla-La Mancha			España		
	Media	Hombres	Mujeres	Media	Hombres	Mujeres
2006	12,53	7,35	17,73	13,84	8,2	19,26
2011	11	4,23	17,84	9,59	5,68	13,32

Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE 2011/2012). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e INE

La prevalencia de trastornos mentales⁶ en la Región en 2011 fue de 11% en población mayor de 15 años, dato superior a la prevalencia a nivel nacional (9,59%) y situándose en el 6º lugar por Comunidades Autónomas⁷. Por sexo, en mujeres fue superior a la de los hombres.

Con respecto a 2006, la prevalencia total por trastorno mental ha disminuido, aunque ha aumentado ligeramente en las mujeres:



⁶ Se incluyen todas aquellas personas que declaran haber sido diagnosticadas de depresión, ansiedad u otros problemas mentales, y haber padecido alguno de estos trastornos en los 12 meses previos a la entrevista (Encuesta Nacional de Salud 2011/2012).

⁷ Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/docs/InclSNS/Ultimoanno.xls>



La “ansiedad crónica” y la “depresión crónica” se encuentran entre los principales problemas o enfermedades crónicas de salud referidas por los castellano-manchegos en los últimos 12 meses:

Gráfico 2. Problemas o enfermedades crónicas de salud referidas por la población de Castilla-La Mancha en los últimos 12 meses



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2011-2012

Un 7,82% de la población adulta de Castilla-La Mancha entrevistada en la Encuesta Nacional de Salud (2011-2012) refirió haber padecido (y diagnosticado por un médico) “ansiedad crónica” en los últimos 12 meses, un 6,89% “depresión crónica” y un 1,53% “otros trastornos mentales”. Las mujeres refirieron en mayor por-

centaje que los hombres haber padecido alguno de estos trastornos mentales. En comparación con los resultados totales a nivel nacional, las cifras totales y relativas en mujeres en Castilla-La Mancha son superiores al total nacional:

Tabla 2. Problemas o enfermedades crónicas padecidas en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico en población adulta según sexo en Castilla-La Mancha y en el total nacional

Resultados Encuesta Nacional de Salud (2011-2012) / Cifras relativas (% sobre el total)		Depresión crónica	Ansiedad crónica	Otros problemas mentales
Ambos sexos	Total	5,9	6,72	1,62
	C-LM	6,89	7,82	1,53
Hombres	Total	2,99	3,54	1,69
	C-LM	1,57	2,39	1,07
Mujeres	Total	8,68	9,75	1,55
	C-LM	11,27	12,02	2

Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE 2011/2012). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e INE

Mortalidad por trastornos mentales y suicidio

El suicidio es uno de los problemas de mayor impacto en la salud pública. Es la primera causa externa de defunción en los países industrializados y una de las principales causas de carga producida por enfermedad cuando se tienen presentes los DALYs (Disability Adjusted Life Year) o años de vida ajustados por discapacidad (WHO, 2008).

Se considera que existe un continuum de conductas suicidas, que van desde la ideación, pasando por la planificación, hasta llegar al acto, y que puede basarse en: amenazas o gestos, intento de suicidio y suicidio consumado. En la Unión Europea se calcula que mueren al año cerca de 60.000 personas por este motivo (European Commission, 2008). En España, actualmente el suicidio es la primera causa de muerte por causas no naturales.

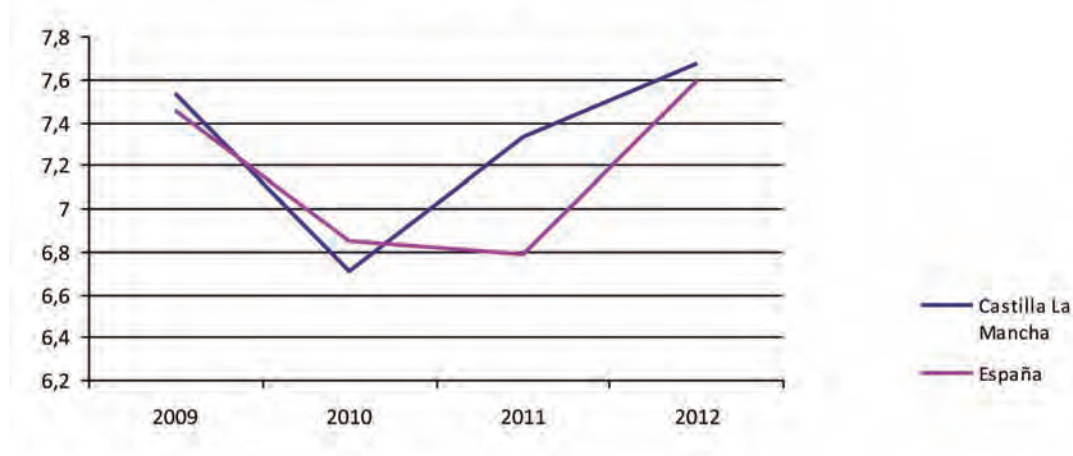


Según el INE, en su estadística de defunciones según la Causa de Muerte, en el año 2012 la tasa bruta de mortalidad en España ascendió a 861,6 fallecidos por 100.000 habitantes. El suicidio fue la principal causa externa de mortalidad, los fallecidos por esta causa fueron 3.539 (2.724 hombres y 815 mujeres), habiendo aumentado un 11,3% con respecto al año anterior. La tasa de suicidios se situó en 7,6 por cada 100.000 personas (11,8 en los hombres y 3,4 en las mujeres). Es la tasa más alta desde 2005.

Entre las personas de 25 a 34 años, el suicidio fue la segunda causa de muerte tras los tumores. Y, en general, superó el número de fallecidos por accidente de tráfico y laborales.

Analizando la tasa de mortalidad por suicidio en los últimos cuatro años, en Castilla-La Mancha, se observa una tendencia a aumentar en los años 2011 y 2012; concretamente en ese último año fue de 7,68 (frente al 7,33 del año anterior) cifra similar a la media nacional. Por sexos, la tasa fue superior en hombres (12,66) que en mujeres (2,77), con un total de defunciones por suicidio de 163 (134 hombres y 29 mujeres).

Gráfico 3. Tasas de suicidio comparadas años 2009 a 2012, España y CLM



Fuente: DGCPDI

Por grupos de edad, la mayor tasa de suicidios se observó en las personas mayores de 75 años; siendo también reseñables los grupos de edad de 50 a 54 años y de 60 a 64 años.

Tabla 3. Nº de defunciones según causa de muerte "suicidio" en 2012, en Castilla-La Mancha

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Población en 2012, en ese grupo de edad	Tasa por 100.000
<i>Todas las edades</i>	163	134	29	2.121.888	7,68
Menores de 15 años	0	0	0	0	0
15 a 29 años	10	9	1	385.129	2,59
30 a 39 años	27	23	4	353.818	7,63
40 a 44 años	14	12	2	170.509	8,21
45 a 49 años	14	11	3	161.235	8,68
50 a 54 años	16	13	3	143.658	11,13
55 a 59 años	8	7	1	109.601	7,29
60 a 64 años	10	8	2	97.277	10,27
65 a 69 años	7	5	2	86.417	8,10
70 a 74 años	5	3	2	75.226	6,64
75 a 79 años	16	12	4	83.198	19,23
80 a 84 años	21	17	4	68.899	30,47
85 a 89 años	8	7	1	40.729	19,64
90 a 94 años	5	5	0	14.433	34,64
95 años y más	2	2	0	3.993	50,08

Fuente: INE y DGCPOL

No obstante, estas cifras no representan toda la dimensión del problema, ya que el número de *tentativas de suicidio* es aproximadamente unas 10-20 veces superiores y no hay estadísticas nacionales e internacionales adecuadas, debido a diferentes problemas (ej. la utilización de definiciones desiguales para la tentativa suicida, la heterogeneidad de los pacientes en cuanto a la planificación, grado de letalidad, elección de método, intencionalidad, y la infranotificación). Asimismo, los datos sobre *epidemiología de la ideación suicida* (pensamientos de acabar con la propia vida), pueden ser: más o menos severos, agudos o crónicos, o parte de un estado de ánimo deprimido. La ideación suicida es más frecuente que los intentos de suicidio o los suicidios consumados, con prevalencia entre un 2% a un 18%⁸. También se observan variaciones en distintos grupos de edad.

Un grupo de población donde es importante la atención y prevención del suicidio son los adolescentes y jóvenes, aunque las tasas de suicidio en España no son muy elevadas si las comparamos con las de otros

⁸ AYUSO MATEOS, J.L. "Magnitud e impacto epidemiológico y social de la conducta suicida". En: BOBES GARCÍA, J., GINER UBAGO, J., SÁIZ RUIZ, J. (edit.) *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Fundación Española de psiquiatría y Salud Mental. Editorial: Triacastela Madrid, 2011. ISBN: 978-84-95840-59-2. (págs. 17-36).



países, el daño personal y social que provocan junto con el dolor a sus familiares y allegados y los años de vida perdidos, justifican la mayor atención a este problema. Son muertes prematuras y, si bien no hay una causa psicopatológica dominante, los diagnósticos más frecuentes son: episodios depresivos (18,5%), trastornos de adaptación (18,5%) y trastornos de personalidad (7,4%)⁹.

Asimismo, y dada la tasa de muertes por suicidio de personas mayores de 75 años: 24,61 por 100.000, en 2012, se hace necesario la adopción de medidas específicas para este colectivo.

Trastornos de Personalidad

Los trastornos de Personalidad (TP) se caracterizan por un conjunto de perturbaciones o anormalidades que se producen en diversas áreas de la persona: conductuales, emocionales, afectivas, motivacionales y de relación social, estables a lo largo del tiempo y que van acompañados de malestar o perjuicios para el individuo o para los demás. Suelen ser resistentes a la atención puramente farmacológica. Algunos, como los Trastornos Límite (TLP), con gran profusión y diversidad de síntomas, requieren un abordaje múltiple, máxime al presentar gran comorbilidad con otros TP y trastornos mentales, lo que dificulta su diagnóstico y tratamiento.

En Castilla-La Mancha, no se dispone de un programa específico para la atención a esta psicopatología. De los pacientes ingresados por enfermedad mental en hospitales de Castilla-La Mancha, entre los años 2009 y 2011, el 5,83%, ingresaron por TP, con una media de 190 pacientes al año, y con predominio de mujeres.

Tabla 4. Proporción de Pacientes ingresados en hospitales de CLM por Trastorno de Personalidad.(2009-2011)

	Pacientes ingresados por Trastorno Mental	Pacientes ingresados por Trastorno de Personalidad	Porcentaje
2009	3.234	184	5,6
2010	3.240	176	5,4
2011	3.286	214	6,5

Fuente: CMBD de CLM. DGCPOL. (Se ha considerado paciente a los ingresados en el mismo año, mismo centro, con igual nº de historia y por el mismo trastorno mental).

⁹ PÉREZ CAMARERO, S. "El suicidio adolescente y juvenil en España". *Revista de estudios de juventud*, Marzo 09; nº 84. (págs. 126-142.)



Salud mental infanto-juvenil

Respecto a la salud mental infanto-juvenil, en la Encuesta Nacional de Salud (2011/12), podemos extraer algunas conclusiones:

- A nivel nacional, los trastornos de conducta, incluida la hiperactividad, son más comunes que los trastornos mentales. Se incrementan con la edad y alcanzan el 3,9% en el intervalo de 10-14 años, momento en el que los niños casi triplican a las niñas. Los trastornos mentales (depresión, ansiedad,...) se presentan en el 1,1% de la infancia.
- En Castilla-La Mancha, los trastornos de conducta (incluida hiperactividad), están por debajo de la media nacional: 5.400 casos (3.300 niños y 2.100 niñas), lo que supone el 1,6%, frente al 2,6% nacional.
- Esta tendencia se invierte respecto a los trastornos mentales (depresión, ansiedad...), con 6.200 casos (3.800 niños y 2.400 niñas), un 1,9% frente al 1,1% nacional.

Consumo de alcohol

El consumo de alcohol en nuestra Región es uno de los hábitos frecuentes en la población general. Es coincidente con lo que ocurre a nivel nacional, sobre todo en el grupo de edad de 15-34 años.

Analizando los datos de la Encuesta ESTUDES, que se realiza sobre estudiantes de 14-18 años, es significativo observar como al consultar sobre ingesta de alcohol en los últimos 30 días, los jóvenes de nuestra Comunidad superan en porcentaje a los jóvenes a nivel nacional; manteniéndose estos datos desde las Encuestas realizadas en 2006. Se hace necesario llevar a cabo algunas actuaciones que eviten que este problema se cronifique y se extienda a lo largo de su vida.



Tabla 5. Consumo de alcohol en Castilla-La Mancha (%)

	DATOS POBLACIÓN GENERAL (15-64 AÑOS). (EADAES 2009)			DATOS ESTUDIANTES DE 14-18 AÑOS (ESTUDES 2010)		
	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL
BEBEDORES ÚLTIMO MES	71	41,5	56,9	58,3	68	63,5
BORRACHERA ALGUNA VEZ EN LA VIDA	N.D.	N.D.	N.D.	47,2	57,6	52,8
BORRACHERAS ÚLTIMO AÑO	22,6	7,7	15,5	39,9	49,3	45,1
BORRACHERA ÚLTIMO MES	N.D.	N.D.	N.D.	26,9	33,2	30,3
ATRACONES DE ALCOHOL EN EL ÚLTIMO MES*	3,9	1,9	5,8*	19,4	23,3	42,7*

*En el dato de "atracones de alcohol en el último mes" se ha realizado un sumatorio, no en el resto de datos consultados.
(Fuente: Observatorio de Drogodependencias de CLM).

Tabla 6. Evolución del consumo de alcohol en estudiantes de 14-18 años (%)

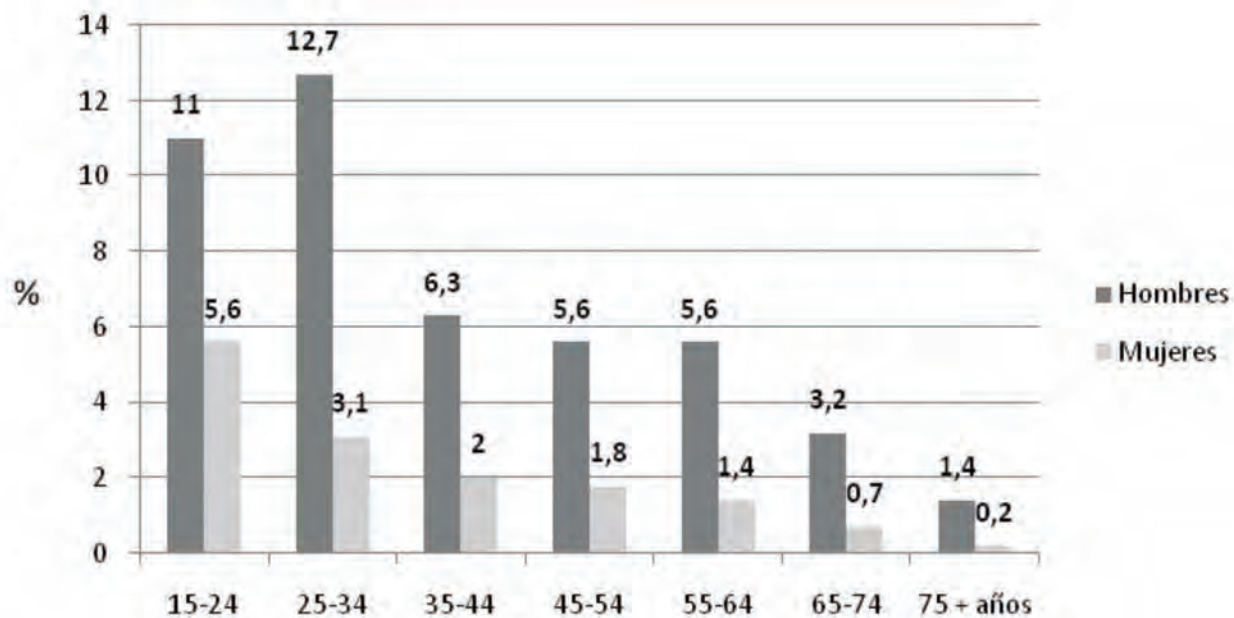
	Alguna vez en la vida			Alguna vez en los últimos 12 meses			Alguna vez en los últimos 30 días		
	2006	2008	2010	2006	2008	2010	2006	2008	2010
Castilla-La Mancha	84,8	82,8	80,5	81,8	75,3	71,6	68,6	63,6	63,5
Nacional	78,6	81,2	75,1	74,9	72,9	73,6	58	58,5	63

Fuente: Observatorio de Drogodependencias de CLM.



A continuación podemos ver los datos publicados en la Encuesta de Salud 2012, respecto al consumo de alcohol: Se observa como a nivel nacional el mayor consumo de alcohol se realiza en las edades de 15 a 34 años.

Gráfico 4. Datos de consumo intensivo de alcohol, nacional, según sexo y grupo de edad



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2011-2012

III.2. Recursos de atención a personas con trastorno mental en Castilla-La Mancha

La atención social y sanitaria a personas con trastorno mental se realiza en dispositivos del primer nivel asistencial (Atención Primaria y Servicios Sociales) y en dispositivos de atención especializada (sanitarios y sociales especializados) provistos por el Servicio Regional de Salud (SESCAM) y la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha (FSCLM; hasta 2010 FISLEM) que configuran la Red Asistencial de Salud Mental (RASM) y de atención a las Drogodependencias, que cuenta con una trayectoria previa de desarrollo y consolidación a través de los documentos de planificación previa vigentes hasta el año 2010^{10, 11}.

Conforme al modelo comunitario de atención, se intenta mantener y prestar la asistencia al paciente en su ámbito natural. Este tipo de atención se realiza a través de las Unidades de Salud Mental y Hospitales de Día de carácter ambulatorio o de hospitalización parcial, y de los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral, para el abordaje más estrictamente rehabilitador. Además, se dispone de las Unidades de Hospitalización Breve y de las Unidades de Media Estancia para los internamientos de corta y media estancia cuando son necesarios en el proceso asistencial, y de las Residencias Comunitarias y Viviendas Supervisadas para la atención residencial y de carácter rehabilitador, de personas con trastorno mental grave.

Todos los dispositivos están regulados en la Orden de 18/11/2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, que establece los requisitos técnicos de los centros y servicios de atención a la salud mental.

III.2.1. Recursos sanitarios de atención a personas con trastorno mental

Dispositivos de atención a personas mayores de 18 años:

- *Unidad de Salud Mental de Adultos (USM).* Es el recurso o centro sanitario en el que se realiza el diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio de las enfermedades y trastornos mentales, emocionales, relacionales y del comportamiento de las personas adultas. Es el dispositivo central de la Red y desde el que se activa el resto de recursos que sea necesario.
- *Hospital de Día de Adultos (HDA).* Es un dispositivo o servicio sanitario ambulatorio donde se lleva a cabo el tratamiento intensivo de los adultos con trastornos mentales graves.

¹⁰ Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010. Disponible en: <http://pagina.jccm.es/sanidad/salud/plansa05.pdf>

¹¹ Plan de Alcoholismo y Drogodependencias de Castilla-La Mancha 2006-2010. Disponible en: <http://pagina.jccm.es/sanidad/salud/pad06.pdf>



- *Unidad de Hospitalización Breve de Adultos (UHB)*. La UHB es el dispositivo con internamiento para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento en pacientes mayores de edad que requieren hospitalización de corta duración, así como para tratamientos de desintoxicación de sustancias adictivas.
- *Unidad de Media Estancia (UME)*. La UME es el dispositivo o servicio sanitario para la asistencia en régimen de ingreso completo de aquellos pacientes necesitados de un abordaje terapéutico estructurado con el fin de conseguir su rehabilitación y capacitación para la reintegración comunitaria.
- *Unidades Residenciales y Rehabilitadoras (URR)*. Las Unidades Residenciales y Rehabilitadoras se establecieron como centros de internamiento de larga estancia
- *Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA)*. Centro o servicio sanitario para la atención a las personas con trastornos de la conducta alimentaria.
- *Unidad de Conductas Adictivas (UCA)*. Centro o servicio sanitario ambulatorio en el que se presta una atención integral a las personas o pacientes con conductas adictivas.
- *Unidad de Media Estancia para atención a drogodependientes “El Alba”*. Centro sanitario ubicado en Toledo, de ámbito regional, para atender a pacientes con adicción a drogas y que con frecuencia presentan además algún trastorno mental comórbido.

Dispositivos de atención Infanto-juveniles:

- *Unidad de Salud Mental Infanto – Juvenil (USMI-J)*. Es el dispositivo ambulatorio o servicio sanitario en el que se realiza el diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio de las enfermedades y trastornos mentales, emocionales, relacionales y del comportamiento de las personas menores de edad. Desarrolla actuaciones preventivas y de interrelación con otros recursos sanitarios, sociales y educativos.
- *Hospital de Día Infanto – Juvenil (HDI-J)*. Es el dispositivo o servicio sanitario ambulatorio para el tratamiento intensivo de pacientes menores de edad con trastornos mentales graves.
- *Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil de Ámbito Regional*. Es el dispositivo asistencial específico para el tratamiento intensivo de niños y adolescentes que precisan hospitalización de corta duración.



Tabla 7. Número y tipo de dispositivos sanitarios especializados de salud mental en Castilla-La Mancha, por áreas de salud (2013)

DISPOSITIVOS	Área de salud								Castilla-La Mancha
	Albacete	Ciudad Real	Cuenca	Guadalajara	Toledo	Mancha-Centro	Talavera de la Reina	Puertollano	
Hospitales de Día (HD)-Adultos	1	1	*	1	1	*	1	--	5
<i>Nº de Plazas</i>	20	20	--	20	20	-	15	--	95
Hospitales de Día (HD)-Infanto-Juvenil	1	--	--	--	--	1	--	--	2
<i>Nº de Plazas</i>	20					20			40
Unidad de Hospitalización Breve (UHB)	1	1	1	1	1	--	1	--	6
<i>Nº de camas</i>	26	31	15	12	38	--	14	--	136
Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil (UHB I-J)		1							1
<i>Nº de camas</i>		15							15
Unidades de Media Estancia (UME)	1	1	1	1	1	--	--	--	5
<i>Nº de plazas</i>	30	32	25	12	20	--	--	--	119
Unidades de Salud Mental de Adultos (USM)	5	3	1	2	6	3	1	1	22
Consultas de salud mental	5	--	2	--	--	--	--	1	8
Unidades de Salud Mental Infanto/Juvenil (USM-IJ)	1	1	1	1	1	1	1	--	7
URR	--	1	--	2	--	--	--	--	3
<i>Nº de camas</i>	--	58	--	160	--	--	--	--	218
Unidades de Conductas Adictivas (UCA)	2	1	1	1	1	1	1	1	9
Unidades de Trastornos de Conducta Alimentaria (UTCA)	1	1							2
<i>Nº de plazas</i>	5	10							15
Unidad de Media Estancia "El Alba"					1				1
<i>Nº de camas</i>					30				30

* en Mancha-Centro (2011) y Cuenca (2013) disponen de programas intensivos ambulatorios que han consignado como Hospital de Día de Adultos.

Para acercar la atención al ciudadano, además de las Unidades de Salud Mental, la Red de salud mental de Castilla-La Mancha cuenta con 8 consultas de salud mental distribuidas entre las distintas áreas de salud de la Comunidad. Las Consultas están habilitadas en Centros de Especialidades de Diagnóstico y Tratamiento (Almadén, Ocaña, Tarancón) o en Centros de Salud de la localidad correspondiente. Los profesionales que se desplazan periódicamente a estos centros lo realizan en función de la casuística (uno o varios técnicos y facultativos; una o varias veces a la semana).

El análisis de la dotación y funcionamiento de los recursos sanitarios especializados de salud mental ha de considerar, al menos, los siguientes aspectos principales:

(1) En relación al número de dispositivos previstos en el anterior Plan de Salud Mental, aún habiéndose consolidado la Red, hasta la actualidad no se han conseguido crear: la Unidad de Hospitalización Breve en el Área de Mancha Centro; la Unidad de Media Estancia en Talavera de la Reina; los Hospitales de Día de Adultos en las Áreas de Cuenca y Mancha Centro; y los Hospitales de Día Infanto Juvenil de las áreas que no lo tienen (sólo disponibles en Albacete y Mancha Centro).

(2) La mayoría de los dispositivos se ubican en las localidades de mayor concentración de población, lo que conlleva que si analizamos la distancia existente entre algunas de las localidades de nuestra Comunidad y los pacientes que pueden necesitar atención, los tiempos de traslado que van, por ejemplo, desde las USMI-J pueden variar desde 20 minutos a más de 2 horas para acceder a las mismas. En este sentido, la accesibilidad es un aspecto clave en el diseño de actuaciones en esta Estrategia.

(3) La necesidad de adecuar la funcionalidad de los dispositivos de larga estancia.

En cuanto a su funcionamiento, y con el fin de garantizar la continuidad asistencial y la calidad de la misma, se ha visto necesario evolucionar hacia actuaciones más coordinadas, proactivas e intensas, organizadas en torno a los planes individualizados de tratamiento y rehabilitación de los pacientes.



III.2.2. Recursos socio-sanitarios de atención a personas con trastorno mental

Estos recursos son gestionados por la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha (FSCLM), bien de forma directa, o en colaboración con el movimiento asociativo y/o con entidades sin ánimo de lucro de la Región. La Red de Castilla-La Mancha de dispositivos sociales especializados de rehabilitación psicosocial y laboral, y de carácter residencial para la atención de personas con Trastorno Mental Grave está configurada por: 19 Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral, 30 Viviendas Supervisadas, y 4 Residencias Comunitarias. Su acceso se articula a través de las Unidades de Salud Mental.

Dispositivos de atención a personas mayores de 18 años:

- *Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL).* Centro social especializado de carácter ambulatorio de atención a las personas con trastorno mental grave (TMG) en el que se realizan programas individualizados de rehabilitación, así como actividades de apoyo a la integración comunitaria. A diferencia de otras Comunidades Autónomas (como Madrid o Andalucía), en nuestra Región el modelo de centro de rehabilitación de carácter ambulatorio es específico, pues integra las características y Carteras de servicios de los dispositivos tipo “Centros de Rehabilitación Laboral” y de “Centros de Día”, atendiendo así a personas con TMG con diferentes perfiles y necesidades asistenciales (laborales y formativas, de soporte, psicosociales, y de integración comunitaria).
- *Viviendas Supervisadas.* Las viviendas supervisadas constituyen un recurso residencial comunitario organizado en viviendas normalizadas insertas en el entorno social. Se trata de un dispositivo diseñado para usuarios que han alcanzado un grado aceptable de autonomía, pero que aún tienen dificultades para vivir de forma independiente.
- *Residencias Comunitarias.* Son recursos con supervisión estable de 24 horas, abierta y flexible para personas con enfermedad mental con déficit en su autonomía personal y social que no cuentan con apoyo familiar o social, o que debido a su grado de deterioro, conflictos familiares, circunstancias sociales o necesidades de su proceso de rehabilitación, requieren los servicios de este recurso residencial.
- *Comunidades Terapéuticas.* Centros sociosanitarios con internamiento cuyo objetivo principal es facilitar a las personas con conductas adictivas su rehabilitación e inserción sociolaboral.



Tabla 8. Número y tipo de dispositivos socio-sanitarios especializados de salud mental en Castilla-La Mancha, por áreas de salud (2014)

Dispositivos	Áreas de Salud								CASTILLA-LA MANCHA
	Albacete	Ciudad Real	Cuenca	Guadalajara	Toledo	Mancha-Centro	Talavera de la Reina	Puertollano	
Nº Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL)	5	3	2	1	4	2	1	1	19
Nº Residencias Comunitarias (RC)	1	—	1	—	1	—	1	—	4
Nº de plazas	63*	—	44	—	26	—	38	—	171
Nº Viviendas Supervisadas	9	3	4	4	5	3	2	0	30
Nº de plazas	55	18	24	20	30	18	11	0	176
Nº Centro de Atención Especializada al Menor (CAEM)	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Nº plazas	—	—	—	—	13	—	—	—	13
Comunidades Terapéuticas	3	1	1	2	2	1	—	—	10
Nº plazas	37	15	2	54	24	18	—	—	150

* 18 plazas concertadas en residencia de mayores

Dispositivos de atención a personas menores de 18 años:

- *Centro de Atención Especializada al Menor. (CAEM)* Centro social especializado destinado a menores de edad en los que se lleva a cabo una intervención integral de carácter intensivo, socioeducativa y terapéutica, centrada en la modificación de aptitudes y la adquisición de normas de convivencia que favorezcan su proceso de socialización. Este Centro está ubicado en Toledo y gestionado por la FSCLM.



Al analizar la evolución del número de dispositivos y plazas en los últimos años, observamos que esta Red se ha ido consolidando. No obstante, y considerando las recomendaciones nacionales en cuanto al número de plazas por 100.000 habitantes en estos recursos¹², los ratios en dispositivos residenciales son inferiores a los recomendados, mientras que el número de plazas en CRPSL se encuentra en los ratios óptimos.

Tabla 9. Evolución del nº de dispositivos y nº de plazas en CRPSL y dispositivos residenciales.

AÑO	Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral		Residencias Comunitarias		Viviendas Supervisadas	
	Nº de dispositivos	Nº de plazas	Nº de dispositivos	Nº de plazas	Nº de dispositivos	Nº de plazas
2005	19	1045	1	26	25	129
2006	19	1045	1	24	26	136
2007	19	1045	2	83*	26	139
2008	19	1240	2	83*	26	139
2009	19	1240	3	128*	28	151
2010	19	1240	4	164*	29	166
2011	19	1240	4	164*	29	166
2012	19	1240	4	167*	29	166
2013	19	1240	4	170*	29	168
2014	19	1240	4	171*	30	176

* Se incluyen plazas concertadas en residencia de mayores. Fuente: FSCLM

¹² Los ratios recomendados por 100.000 habitantes en dispositivos residenciales son de un mínimo de 20 plazas y máximo de 50 plazas; y en el caso de centros de rehabilitación, un mínimo 55 plazas y máximo 130 plazas. Asociación Española de Neuropsiquiatría (2002).



Tabla 10. Nº de dispositivos de atención a personas con TMG, nº de plazas y tasa de plazas por 100.000 habitantes por provincias en 2013

PROVINCIA	Habitantes*	Viviendas Supervisadas			Residencias Comunitarias			Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral		
		Nº	Nº de Plazas	Tasa Plazas x 100.000 hab.	Nº	Nº de Plazas	Tasa Plazas x 100.000 hab.	Nº	Nº de plazas estimadas	Tasa Plazas x 100.000 hab.
Albacete	400.007	8	47	11,75	1	59	14,75	5	330	82,50
Ciudad Real	524.962	6	36	6,86	0	0	0,00	6	355	67,62
Cuenca	211.899	4	24	11,33	1	44	20,76	2	135	63,71
Guadalajara	257.723	4	18	6,98	0	0	0,00	1	110	42,68
Toledo	706.407	7	41	5,80	2	64	9,06	5	310	43,88
TOTAL	2.100.998	29	166	7,90	4	167	7,95	19	1240	59,02

*Fuente: Padrón Municipal de Habitantes 1 de Enero de 2013. INE. (FSCLM)

El análisis por provincias de la dotación de dispositivos residenciales nos indica una dotación desigual e insuficiente: el número de viviendas supervisadas es inferior a los mínimos recomendados, y en el caso de las residencias comunitarias, las provincias de Ciudad Real y Guadalajara no disponen de este tipo de dispositivos. Además, el número de plazas en residencias comunitarias en Toledo y en Albacete es inferior al mínimo recomendado.

Un segundo conjunto de aspectos clave en el análisis y estimación de recursos y plazas necesarias son la dispersión poblacional, las zonas rurales y la accesibilidad a los dispositivos. La existencia de zonas con dificultades de accesibilidad, dispersas, con baja densidad poblacional y en las que la presencia de transporte público es insuficiente para acceder a los dispositivos, motivó el desarrollo de medidas complementarias y actuaciones dentro de la cartera de servicios de los CRPSL, como la dotación de transporte específico para el traslado



de usuarios a los centros y la formación de equipos de atención comunitaria que se desplazan a zonas con graves dificultades de accesibilidad y transporte (equipos de atención comunitaria de Yeste, en la Sierra del Segura de Albacete; de La Roda, también en Albacete, de Ocaña en Toledo, y de Molina de Aragón en Guadalajara).

En la actualidad, los cambios socio-demográficos de la Región, así como de accesibilidad y transporte motivados, en gran medida, por el contexto de crisis económica actual, hacen necesaria la realización de un análisis específico que permita estimar las necesidades reales de cobertura de la población diana de estos dispositivos, y adecuar su cartera de servicios, intensificando la actividad de los equipos de atención comunitaria, con el fin de garantizar la accesibilidad y la equidad de la atención.

Finalmente, cabe destacar que la Red de dispositivos de inserción laboral previstos en el anterior Plan de Salud Mental (centros especiales de empleo y centros de formación y empleo) no se ha consolidado en la Región. Considerando la relevancia que la inserción laboral tiene en los procesos de recuperación y de integración social, se precisa el diseño de un modelo de Integración Laboral que aborde la planificación de recursos y estrategias de intervención que se han demostrado efectivas y que abarque un amplio abanico de actuaciones en diferentes niveles (rehabilitación laboral, empleo con apoyo, empleo normalizado); contemplando así las necesidades de formación, rehabilitación e inserción laboral de las personas con patologías mentales graves.

III.3. Recursos Humanos

Todos los dispositivos de la Red de salud mental de Castilla-La Mancha están dotados de equipos profesionales multidisciplinares. La dotación de profesionales en estos dispositivos, se ha visto afectada en cierta medida, por la situación actual de contención y reducción del gasto público. En las siguientes tablas, se puede observar el número de profesionales:

Tabla 11. Recursos humanos por áreas de salud y Gerencias de Atención Integrada (GAI) de CLM

	ALBACETE				CIUDAD REAL					Mancha Centro	Cuenca	GUAD.	TOLEDO		Total
	AB	ALM	HELL	VILL	C.R.	PU	VALD	MANZ	TOM	M. C.	CU	GU	TO	TAL	CLM*
Psiquiatra	19	2	3	2	23	4	2,5	2	2	14	13	14	26	12	138,5
Psicólogos Clínicos	22	1	2	1	13	5	2	2	2	9	8	15	17	9	108
Médico experto drogodepend.	2									1		1	1	1	6
Trabajador Social	6	0,5	1	0,5	3	1,5	1	0,5	0,5	2	3	3	6	2	30,5
Enfermería	32	1	1,5	1	33	4	2	2	1	6	23	25	27	17	175,5
Terapeuta Ocupacional	4				2						1	3	2	1	13
Aux. de enfermería	66				36					2	18	45	60	31	258
Celador					9						12	2	3		26
Personal Administrativo	5	0,5	1	0,5	6	2	0,5	0,5	0,5	2,5	4	7	4	3	37

Fuente: SESCAM. SIAE 2013

***Nº Facultativos: Promedio de presencia en el año 2013**

Faltan:

Titulados superiores psicólogos: 10

UCA Almansa: 1 médico, 1 Psicólogo, 1.DUE y 1 Trabajador Social

UME/ULE Ciudad Real:

URR Alcohete:

CTD-UME El Alba:

Celadores/Ordenanzas en Albacete y Guadalajara comparten actividades generales en los centros que contienen las unidades asistenciales.



Tabla 12. Recursos humanos en dispositivos de FSCLM.

Categoría Profesional	CRPSL	Recursos Residenciales	CAEM	Servicio Tutela (*)	CLM
Dirección		4	1	2	7
Enfermería	--	--	3		3
Monitor	35	122	15	3	175
Personal Administrativo	19	4	1	16	40
Psicólogo	26	4	1	1	32
Técnico Integración	15	1		33	49
Terapeuta Ocupacional	22	4	--	7	33
Trabajador Social	19	4	1	10	34
Abogado				2	2
Total	136	143	22	74	375

(*) En el Servicio de Tutela está incluido el personal de las Fundaciones MADRE y FAMILIA. En el apartado Monitor se incluyen también Educadores Sociales

Tabla 13. RR.HH en Dispositivos de FSCLM. Por Gerencias de Atención Integrada.

	ALBACETE				CIUDAD REAL					MANCHA CENTRO	CUENCA	GU	TOLEDO		TOTAL CLM
Categorías profesionales	AB	ALM	HELL	VILL	CR	PU	VALD	MANZ	TOM	M.C.	CU	GU	TO	TAL	
Dirección	1										1		2	1	5
Enfermería													3		3
Monitor	40	3	8	3	11	1	3		6	4	29	5	38	21	172
Personal administrativo	3	1	1	1	2	1	1		1	1	3	1	7	2	25
Psicólogo	6	1	1	1	2	1	1		2	1	4	2	7	2	31
Técnico de integración	2		3		1		1			1	2	2	7		19
Terapeuta ocupacional	3	1	1	1	2	1	1		1	1	3	3	5	3	26
Trabajador social	4	1	1	1	2	1	1		1	1	3	1	6	2	25
Total	59	7	15	7	20	5	8		11	9	45	14	75	31	306

Fuente: FSCLM



III.4. Morbilidad atendida por trastorno mental en Castilla-La Mancha

III.4.1. Consultas atendidas en Atención Primaria y Atención Especializada de Salud Mental.

Al menos la cuarta parte de las consultas de Atención Primaria tienen que ver con problemas de Salud Mental: Patología Mental Grave y Patología Mental Común (entre las que se encuentran los cuadros de ansiedad de nivel leve o moderado, las depresiones y somatizaciones).

En un estudio realizado en nuestra Comunidad¹³, para conocer la situación de la atención a la Salud Mental desde el punto de vista de Atención Primaria, se obtuvieron estas ideas clave:

- Las patologías que más frecuentemente se atienden en las consultas son: trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, somatomorfos, demencias y trastornos de alimentación.
- Actuaciones que se realizan desde AP.: Técnicas de entrevista, identificación / evaluación, prescripción de fármacos, manejo psicoterapéutico y derivación a centros especializados; dependiendo de la formación recibida.
- El 92,5% de médicos de atención primaria considera fundamental participar en actividades formativas de salud mental.
- Opinan que muchos de los problemas de salud mental deberían ser atendidos desde sus consultas, pero al mismo tiempo, con la posibilidad de recibir apoyo por los especialistas, a través de: *“interconsultas telefónicas, seminarios sobre actitudes a tomar frente a los trastornos mentales y la colaboración conjunta de protocolos de actuación diagnóstica y terapéutica”*.

La creación de Gerencias de Atención Integrada¹⁴, procedentes de la fusión de las estructuras administrativas de las Gerencias de atención primaria y de atención especializada, en casi todas las áreas sanitarias, ofrece la oportunidad de arbitrar un abordaje conjunto de la asistencia a la SM, que ha tenido un escaso desarrollo hasta el momento en nuestra Comunidad, y que se identifica necesario.

¹³ LATORRE POSTIGO, JM. et al. “Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria”. *Atención Primaria*. 2005; 36 (2): 85-92.

¹⁴ Orden de 29/10/2013, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, de modificación de la Orden de 18/7/2013, de modificación de la Orden de 18/12/2012, de las Gerencias de Atención Integrada del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.



Tabla 14. Actividad asistencial de las Unidades de Salud Mental de Castilla-La Mancha.

	2004	2010	2013
Sesiones en Hospital de Día	9.135	18.865	19.962
Primeras Consultas (1C) Psiquiatría	25.756	31.397	26.619
1C/1.000 hab. realizadas	14,2	15,4	13,1
1C/1.000 hab. solicitadas por Atención Primaria	11,5	13,5	12,4
Segundas Consultas o Sucesivas	113.202	182.890	154.124
Índice Sucesivas/Primeras	4,5	5,8	5,8
1C/ Médico Especialista	333,5	247,4	188,2
Promedio Psicólogos Clínicos Ratio/100.000 hab.	17 0,8	108 5,2	107 5,2
Promedio Médicos Psiquiatras Ratio/100.000 hab.	77 4,3	127 6,2	143 7,0
Población Adscrita (TSI)	1.786.817	2.018.871	2.020.621

En 2013, integración del Hospital Provincial de Toledo. Fuente. SESCAM, SIAE

III.4.2. Actividad asistencial en salud mental

En cuanto a los datos de actividad asistencial en salud mental, se observa una tendencia en aumento en el número de primeras consultas y de consultas sucesivas hasta 2013, año en el que se produce un descenso:



Tabla 15. Evolución anual de la actividad asistencial de las Unidades de Salud Mental de Castilla-La Mancha.

CONSULTAS SALUD MENTAL	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Primeras consultas (1C)	27.845	28.440	30.553	31.110	32.617	31.966	26.619
1C/1.000 habitantes	14,1	14,3	15,1	15,4	15,6	15,6	13,1
1C solicitadas A. Primaria/1.000 h	11,2	12,7	13,5	13,5	13,7	12,9	12,4
Consultas sucesivas o revisiones	131.471	145.093	162.823	181.774	188.902	199.358	154.124
Índice sucesivas/primeras consultas	4,7	5,1	5,4	5,8	6	6,3	5,8

Fuente: SESCAM. SIAE, RPLE y CMBD. 2007-2013

En las unidades de salud mental (adultos, infanto-juvenil y de conductas adictivas), se evalúa en primera consulta a más del 1% de la población general anualmente. Por cada primera consulta se realizan de 5 a 6 sucesivas. Del total de consultas realizadas en atención hospitalaria, más del 6% son de salud mental (de cada 16 pacientes que reciben consulta especializada, una lo hace en una unidad de salud mental). En torno al 5,6% de la población general mantuvo contacto con los dispositivos asistenciales de salud mental en el periodo 2007/2013.

III.4.3. Morbilidad hospitalaria por trastornos mentales

El análisis del registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) contiene los datos de las altas de todos los hospitales (públicos y privados) de la Comunidad y también de los pacientes que siendo residentes de nuestra Región han sido hospitalizados en otra Comunidad Autónoma.

Analizando las altas hospitalarias de Castilla-La Mancha, por patología mental, en el intervalo de los años 2009 al 2011, según grupos de edad (entre los de 0 a 17 años; y los de 18 años en adelante), observamos:

En el grupo de edad de 0 a 17 años, la mayor frecuencia de altas la obtuvieron los diagnósticos de Trastornos por perturbación del comportamiento, el Trastorno por reacción de adaptación (que ha aumentado progresivamente en los últimos 3 años), la Bulimia, la Anorexia y el Trastorno Generalizado del Desarrollo. Las altas por Trastornos depresivos muestran una ligera disminución.

En el grupo de edad de 18 y más años, las altas más frecuentes se debieron a los Trastornos Esquizofrénicos y los Episódicos del Humor, seguidos de los Trastornos por abuso de alcohol y drogas y los Trastornos Depresivos.

Tabla 16. Nº de pacientes ingresados por patología mental en Castilla-La Mancha en los años 2009-2011

Enfermedad Mental motivo de ingreso	Año de ingreso	Nº pacientes ingresados	Pacientes de 0 a 17 años	Pacientes ≥ 18 años
Trastornos inducidos por alcohol y drogas	2009	179	2	177
	2010	177	5	172
	2011	186	5	181
Trastornos esquizofrénicos	2009	522	2	520
	2010	512	2	510
	2011	559	3	556
Trastornos episódicos del humor	2009	480	3	477
	2010	506	5	501
	2011	549	9	540
Otras psicosis no orgánicas	2009	206	10	196
	2010	188	6	182
	2011	212	6	206
Trastornos depresivos	2009	267	35	232
	2010	227	13	214
	2011	177	4	173
Trastornos de Personalidad	2009	184	1	183
	2010	176	3	176
	2011	214	7	207
Trastornos por abuso de alcohol y drogas con y sin dependencia	2009	305	7	298
	2010	297	6	291
	2011	300	4	296
Trastornos delirantes	2009	60	0	60
	2010	49	0	49
	2011	55	1	54
Reacción de adaptación	2009	218	5	213
	2010	256	29	227
	2011	253	26	227
Anorexia nerviosa	2009	37	10	27
	2010	49	17	32
	2011	45	10	35
Bulimia	2009	63	29	34
	2010	48	21	27
	2011	50	22	28
Trastornos generalizados del desarrollo	2009	2	2	0
	2010	10	10	0
	2011	12	10	2
Trastornos por perturbación del comportamiento y emociones.	2009	52	27	25
	2010	55	32	23
	2011	64	27	37
Síndrome hiperquinésico de la Infancia	2009	3	3	0
	2010	11	10	1
	2011	8	7	1
Trastornos de ansiedad, disociativo y somatomorfos.	2009	146	11	135
	2010	145	13	132
	2011	142	15	127
Otros trastornos mentales.	2009	510	46	464
	2010	534	55	479
	2011	460	50	410
Total Capítulo V CIE-9-MC	2009	3.234	193	3041
	2010	3.240	227	3013
	2011	3.286	206	3080

Fuente: DGCPOL.

Gráfico 5. Pacientes de 0 -17 años ingresados por patología mental, en CLM años 2009-2011

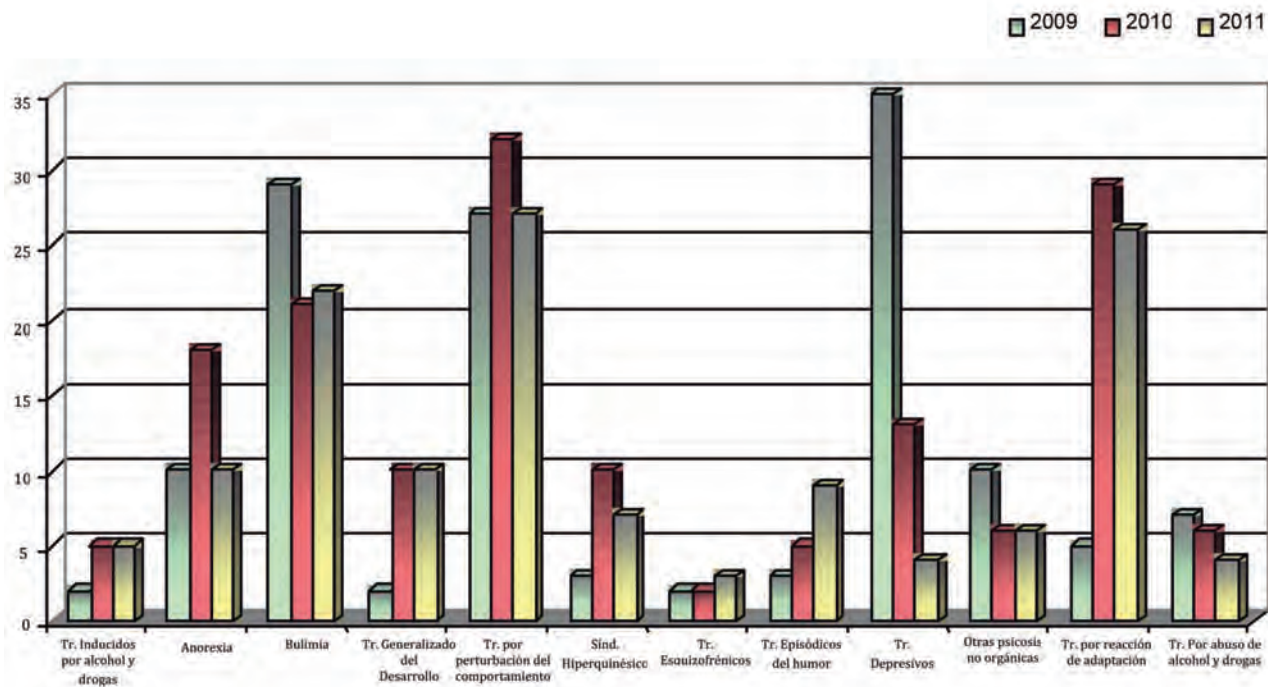
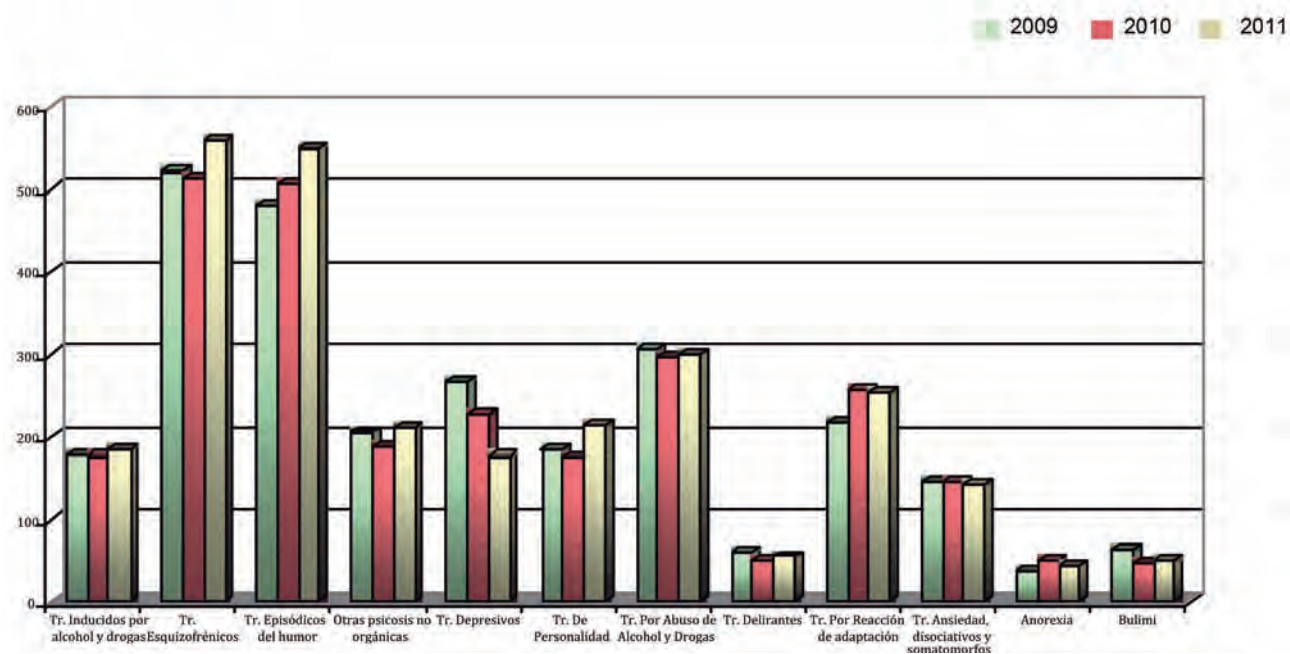


Gráfico 6. Pacientes de 18 años y más ingresados por patología mental, en CLM años 2009-2011



Fuente:DGCPOL.

En 2011, el Grupo Relacionado por Diagnóstico (GRD)¹⁵ que corresponde a psicosis (agrupa patologías como esquizofrenia paranoide crónica con exacerbación aguda, psicosis no especificada, esquizofrenia paranoide no especificada, trastorno afectivo bipolar, maníaco y trastorno delirante) supuso un total de 1.866 casos, con una aproximación de coste de 12.601.620,48€, en relación a los GRDs de patología mental.

Tabla 17. GRDs Hospitalarios de patología mental en Castilla-La Mancha en 2011

	Coste Medio AP	Peso Español Medio AP	Estancia Media	Casos	Aproximación Coste Total
424- PROC. QUIRURGICO CON DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE ENFERMEDAD MENTAL	13.687,13	2,72	19,90	10	136.871,3
425- REACCION DE ADAPTACION AGUDA & DISFUNCION PSICOSOCIAL	3.137,35	0,62	6,82	279	875.320,75
426- NEUROSIS DEPRESIVAS	4.712,48	0,94	8,19	218	1.027.320,64
427- NEUROSIS EXCEPTO DEPRESIVA	4.125,90	0,82	8,60	299	1.233.644,1
428- TRASTORNOS DE PERSONALIDAD & CONTROL DE IMPULSOS	3.630,96	0,72	8,09	293	1.063.871,28
429- ALTERACIONES ORGANICAS & RETRASO MENTAL	4.303,69	0,85	9,90	258	1.110.352,02
430- PSICOSIS	6.753,28	1,34	15,57	1.866	12.601.620,48
431- TRASTORNOS MENTALES DE LA INFANCIA	3.963,24	0,79	11,14	104	412.176,96
432- OTROS DIAGNOSTICOS DE TRASTORNO MENTAL	2.534,05	0,50	14,25	117	296.483,85
743- ABUSO O DEPENDENCIA DE OPIACEOS, ALTA VOLUNTARIA	2.943,16	0,58	1,40	10	29.431,6
744- ABUSO O DEPENDENCIA DE OPIACEOS CON CC	6.524,38	1,30	7,44	18	117.438,84
745- ABUSO O DEPENDENCIA DE OPIACEOS SIN CC	5.863,58	1,16	4,93	29	170.043,82
746- ABUSO O DEPENDENCIA DE COCAINA U OTRAS DROGAS, ALTA VOLUNTARIA	1.410,31	0,28	2,17	18	25.385,58
747- ABUSO O DEPENDENCIA DE COCAINA U OTRAS DROGAS CON CC	5.018,77	1,00	6,17	30	150.563,1
748- ABUSO O DEPENDENCIA DE COCAINA U OTRAS DROGAS SIN CC	3.860,54	0,77	6,16	89	343.588,06
749- ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, ALTA VOLUNTARIA	2.224,12	0,44	2,40	25	55.603
750- ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, CON CC	4.739,64	0,94	9,65	91	431.307,24
751- ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, SIN CC	4.095,01	0,81	7,41	229	937.757,29
TOTAL				3.983	21.018.779,91€

Dirección de la web:
<http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es>

¹⁵ GRD: es un sistema de clasificación por grupos de pacientes similares, tanto en términos clínicos como de consumo de recursos hospitalarios.



A continuación, se presenta la tabla de morbilidad hospitalaria de patología mental del año 2011, comparando datos a nivel nacional y regional. Como podemos comprobar, a nivel regional las tasas por patologías son inferiores a las nacionales; sin embargo, si analizamos por provincia, se observa la existencia de determinadas enfermedades cuya tasa es superior a los datos regionales, e incluso, nacionales.

Tabla 18. Tasas de morbilidad hospitalaria por 100.000 habitantes según diagnóstico principal en Castilla-La Mancha y a nivel nacional.

	TOTAL NACIONAL	CASTILLA - LA MANCHA	Albacete	Ciudad Real	Cuenca	Guadalajara	Toledo
Trastornos mentales 290-319	249	204	243	197	218	159	199
Demencia 290.0-290.2, 290.4-290.9, 294.1	9	5	2	11	8	0	2
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol 291, 303, 305.0	21	17	16	12	26	23	18
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otras sustancias psicoactivas 292, 294.0, 304, 305.1-305.9	15	9	8	8	14	4	11
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes 295, 297.0-297.3, 297.8-297.9, 298.3-298.9	72	56	71	35	75	58	57
Trastornos del humor (afectivos) 296, 298.0, 300.4, 301.1, 311	54	47	56	41	46	30	52
Otros trastornos mentales y del comportamiento Resto de 290-319	78	70	91	89	49	43	59

Fuente: INE 2011.

III.4.4. Actividad asistencial en las Unidades de Conductas Adictivas y en Comunidades Terapéuticas

Durante 2011, las 9 UCAs existentes en la Región atendieron a 12.267 personas. La principal droga de abuso por la que fueron atendidos estos pacientes, fue el alcohol con un total de 42,9% de las personas; el 24% de las historias abiertas se debió a consumo de cocaína; el 19%, se relacionó con consumo de opiáceos; y el 14% restante debidas a: cannabis, alucinógenos, drogas de síntesis, inhalantes, o adicciones sin sustancia como son las de juego, a tecnologías de la información, etc.

Si analizamos la edad de las personas que demandan atención por los profesionales de las UCAs, observamos:

- Personas con dependencia del alcohol: edad comprendida entre 30-45 años; con una edad media en torno a los 43 años.
- Pacientes con dependencia de cocaína: predomina el grupo de edad de los 25-29 años, posteriormente le sigue el grupo de los 30 a 34 años, y por último, los de 24 años.
- Personas con dependencia de heroína: El grupo de edad predominante es de 25 a 34 años.
- Por último, los consumidores de cannabis engloban el grupo de edad más joven con una media de 24,7 años.

Durante ese año, se concluyeron con éxito 687 desintoxicaciones ambulatorias, 51 desintoxicaciones hospitalarias y 30 en piso.

Es frecuente que las personas que presentan una dependencia de sustancias adictivas, tengan otro diagnóstico asociado de trastorno mental (Patología Dual).

Aunque no se dispone de ningún estudio al respecto en nuestra Región, en un estudio sobre prevalencia de la patología dual de la Comunidad de Madrid (2008), en un total de 837 pacientes estudiados, el 61,8% de los pacientes cumplían los criterios diagnósticos de patología dual, cuyos diagnósticos más frecuentes en el eje I fueron: *“episodios (hipo)maníacos, trastornos de angustia, episodio depresivo mayor y riesgo de suicidio”*. El 71% de los pacientes tenían algún trastorno de personalidad, siendo los más frecuentes: el depresivo, límite y paranoide. La cocaína, el alcohol y la marihuana fueron las sustancias más consumidas y la mitad de los pacientes (55%) consumían dos o más sustancias.



Tabla 19. Actividad asistencial en UCAs en 2011, según sustancia principal consumida

	Admisiones a tratamiento 2011		Pacientes en tratamiento 2011		2011	Con tratamiento previo 2010
	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje	Porcentaje de inicios (respecto a total pacientes)	Porcentaje sobre la sustancia (agrupada)
Alcohol	1153	44.9	5264	42.9	21.9	48.6
Cocaína	717	27.9	2983	24.3	24.0	50.4
Opiáceos Heroína y otros	286 (244 + 42)	11.1 (9.5+1.6)	2284	18.6	12.5	84
Otras	417 (347 cannabis)	16.1 (13.6 cannabis)	1776	14.5	23.5	30.4 (cannabis)
Total	2572		12307			

Fuente: Servicio de Evaluación, Calidad y Adicciones. DGSPDYC.

Se considera a la patología dual como una realidad clínica infradiagnosticada, con mayor morbi-mortalidad y el correlato de un curso clínico de evolución tórpida y más compleja, conllevando un mayor consumo de recursos, por lo que se precisa la actuación conjunta de los profesionales de las UCAs y Salud Mental, así como una formación específica y actualizada.

En Castilla-La Mancha se dispone de la *Unidad de Media Estancia para atención a drogodependientes “El Alba”*, que incluye a pacientes con problemas de patología dual adicción a drogas y trastorno mental, en régimen de internamiento, con capacidad para 30 usuarios, mayores de 18 años, al que acceden mediante derivación desde distintos dispositivos de la Red de Atención a la Salud Mental, en su mayoría desde las UCAs.

En el Centro El Alba, del total de pacientes ingresados durante el año 2012, en el 66% de los casos, fue su primer ingreso y la estancia media osciló entre cuatro y cinco meses. El porcentaje de altas fue entre el 70% y el 78%. Las altas voluntarias y los abandonos disminuyeron respecto a años anteriores. El 18% de los usuarios cumplieron algún tipo de medida judicial.

Tabla 20. Usuarios atendidos y número de altas en “El Alba”

	2011	2012
Usuarios atendidos (nº)	65	83
Altas totales (nº)	45	64
Altas Terapéuticas (%)	37,77	18,75
Altas por derivación (%)	20	46,80
Altas voluntarias (%)	33,33	29,68
Abandonos (%)	8,88	4,68

Fuente : Memorias del Centro “El Alba”

En torno al 70% de los usuarios atendidos presentaban patología dual, con la siguiente distribución, en la que destacan los trastornos de personalidad.

Tabla 21. Distribución de patología dual

	PORCENTAJE
Trastorno de personalidad	50
Trastornos psicóticos	15
Trastornos afectivos	12
Juego patológico- control Impulsos	7
T. Conducta alimentaria	3
Cociente intelectual límite	3
Otros	10

Fuente: Memorias del Centro” El Alba”

Respecto al tipo de consumo de drogas presente en los pacientes ingresados: el policonsumo era mayoritario, en un 77% de casos. La dependencia de cocaína, como sustancia principal se dio en el 50% de pacientes, el alcohol, en el 33%; cannabis, 14%; heroína, 2%; y codeína, 1,2%.

Comunidades Terapéuticas:

Gestionadas por diferentes entidades sin ánimo de lucro a través de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha, la actividad asistencial en Comunidades Terapéuticas de la Región ha mantenido una tendencia constante en el número de personas ingresadas a lo largo de los últimos 5 años, siendo los pacientes con dependencia de alcohol y cocaína los principalmente atendidos en estos dispositivos.



Tabla 22. Actividad asistencial en Comunidades Terapéuticas

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nº de plazas	475	253	237	247	167	167
Nº de solicitudes	399	418	371	351	291	303
Nº de personas atendidas	453	523	515	465	419	396
% de altas (por cumplimiento de objetivos)	16%	18%	18%	21%	28%	34,9%
Sustancia principal consumida						
Alcohol	-	32%	36%	38%	38%	42%
Cocaína	-	34%	34%	31%	33%	26%
Heroína	-	8%	12%	12%	9%	9%
Drogas de síntesis	-	0%	0%	0%	0%	0%
Hachís	-	1%	1%	2%	2%	5%
Heroína + cocaína	-	25%	17%	17%	18%	18%

Fuente: FSCLM.

III.4.5. Actividad asistencial en dispositivos socio-sanitarios

El análisis de la evolución de la actividad asistencial en dispositivos socio-sanitarios de carácter rehabilitador y residencial gestionados por la FSCLM, y dirigidos a la atención de personas con Trastorno Mental Grave, se refleja en las siguientes tablas:

Tabla 23. Evolución de la actividad asistencial en CRPSL en 2008-2013

CRPSL	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nº de personas con TMG atendidas	1619	1730	1868	1890	1957	2035
% hombres	66,4	66,9	65,5	66,3	66	66,1
Nº de derivaciones	335	332	351	294	295	321
% altas sobre atendidos	4,8	4,5	4,6	3,7	4,3	3,2

Fuente: FSCLM.



El número de personas atendidas en CRPSL ha aumentado en los últimos años, a pesar de que el número de derivaciones ha sufrido una ligera disminución. El porcentaje de altas (por cumplimiento de objetivos) anualmente es inferior al 5% del total de personas atendidas. Cabe reseñar el porcentaje de personas atendidas cuya estancia es de hasta 6 años en el centro.

La duración de la estancia media, los diferentes perfiles de personas con TMG atendidos, junto con los nuevos perfiles que son derivados a CRPSL (personas más jóvenes, mayor porcentaje con trastornos de la personalidad, personas con primeros episodios psicóticos, etc.), hacen necesaria la adecuación de la cartera de servicios de estos dispositivos para dar respuesta a las diferentes necesidades de soporte y mantenimiento en la comunidad: de atención comunitaria, de carácter eminentemente rehabilitador y el desarrollo de actuaciones coordinadas para promover la formación e inserción laboral, y su orientación hacia paradigmas actuales de recuperación, participación y empoderamiento de las personas atendidas, y de sus familiares.

La estancia media en los CRPSL se sitúa en un rango de entre 2 y 6 años en el mayor porcentaje de las personas atendidas a lo largo de los años (43,5% en 2008 y un 37% en 2013). Se observa, además, un ligero incremento anual del porcentaje de personas atendidas cuya estancia está comprendida entre 6 y 10 años (en 2008 era el 17,5% y en 2013, el 21%). El carácter rehabilitador de los mismos, la demanda asistencial (derivaciones) y la disponibilidad de plazas, requiere de estrategias de optimización de los mismos y de su orientación hacia una atención comunitaria más normalizada.

Tabla 24. Evolución de la actividad asistencial en Viviendas Supervisadas (2008-2013)

Viviendas Supervisadas	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nº de dispositivos	26	28	29	29	29	29
Nº de plazas	139	151	166	166	166	168
Nº de personas atendidas	178	184	223	190	209	212
% hombres	71,9%	72%	70%	70%	69%	68%
Nº de derivaciones	65	82	84	67	71	64
% altas sobre atendidos	7,87	7,61	7	6	9	8,9

Fuente: FSCLM.



Tabla 25. Evolución de la actividad asistencial en Residencias Comunitarias (2008-2013)

Residencias Comunitarias	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nº de dispositivos	3	3	4	4	4	4
Nº de plazas	83	128	164	164	167	170
Nº de personas atendidas	105	135	194	191	198	203
% hombres	61%	62,9%	62%	63%	63%	64%
Nº de derivaciones	74	121	129	74	75	70
% altas sobre atendidos	17,1%	14,07%	13%	10%	11%	12%

Fuente: FSCLM.

En relación al tiempo medio de estancia en dispositivos residenciales, el rango más frecuente en Viviendas Supervisadas se sitúa en estancias superiores a 5 años, tendencia que, además, se va incrementando anualmente (en 2008, el 25%; en 2013, el 27,5%). En el caso de las Residencias Comunitarias también se observa dicha tendencia, situándose el mayor porcentaje de personas atendidas en estos dispositivos en estancias de entre 3 a 5 años (en 2013, fueron el 41,3%) y en estancias superiores a 5 años, el 24,7%.

III.4.6. Consumo y gasto en psicofármacos

El consumo de los psicofármacos ha experimentado un crecimiento en los últimos años, tanto en importe total como en Dosis Habitante Día (DHD)¹⁶, o en Dosis Diaria Definida (DDD)¹⁷, con diferencias por grupos de edad, sexo y subgrupo farmacológico.

Entre los años 2010 al 2013, el gasto en psicotrópicos en nuestra Región (sin tener en cuenta el gasto hospitalario) supuso el 14,4% del gasto farmacológico total del Servicio Regional de Salud (SESCAM).

Tabla 26. Análisis del gasto farmacológico en psicotrópicos (2010-2013)

	Gasto farmacológico en psicotrópicos SESCAM			Gasto farmacológico total SESCAM	
	Nº DDD	Importe en euros	% de gasto respecto al total	Nº DDD	Importe en euros
2010	116.652.425,76	87.536.577,44	14,31	1.031.287.221,85	611.703.214,42
2011	119.629.304,96	83.222.235,53	14,68	1.044.416.221,94	566.772.297,51
2012	121.790.038,21	78.779.877,79	14,80	1.033.684.437,96	532.149.048,39
2013	121.790.678,06	73.851.987,56	14,34	1.033.625.382,47	514.935.624,94

Fuente: Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad. Área de Farmacia SESCAM.

¹⁶ DHD o Dosis Habitante Día. Es el parámetro usado para comparar consumos en diferentes ámbitos geográficos y a lo largo del tiempo el número de DDD consumidas en un área geográfica. Se expresa por 1.000 habitantes y por día (DDD/1000 habitantes/día o DHD). Este parámetro puede proporcionar una estimación del número de personas de cada 1.000 de la población estudiada que están recibiendo al día una DDD de un determinado medicamento o subgrupo terapéutico.

¹⁷ DDD o dosis diaria definida es la unidad técnica de medida y comparación internacional, propuesta por la OMS, que es independiente de las variaciones en el precio y en el contenido ponderal de las especialidades farmacéuticas del medicamento. Se define como "La dosis media diaria de mantenimiento de un medicamento, en adultos, cuando se usa rutinariamente en su principal indicación"

Se observa que las DDD han ido en aumento a lo largo de los años 2010 a 2013, así como el importe ha disminuido, debido a la política aplicada y quizás al empleo de medicamentos genéricos. En el año 2013, el gasto total en psicofármacos en Castilla-La Mancha fue de 75.451.289,46€ (73.851.987,56€ por receta, más 1.599.301,9€ por farmacia hospitalaria).

Tabla 27. Compras farmacia hospitalaria – 2013 (Importe en euros)

SERVICIO	N05A ANTIPSIKOTIKOS	N05B ANSIOLITIKOS	N05C HIPNÓTIKOS Y SEDANTES	N06A ANTIDEPRESIVOS	N06B PSIKOESTIMULANTES AGENTES UTILIZADOS PARA ADHD Y N00TROPICOS	N06D FÁRMAKOS ANTIDEMENCIA	N03A ANTIPILEPTIKOS	TOTAL
Centros sociosanitarios	346.926,16	15.734,05	12.286,29	52.678,85	15.716,32	250.145,62	66.295,70	759.782,99
Psiquiatría	326.890,65	2.375,48	935,75	8.155,21	823,88	272,91	7.167,98	346.621,86
Medicina interna	7.060,68	1.926,54	2.203,23	5.533,75	10.775,08	3.225,64	35.210,34	65.935,26
Geriatría	11.949,99	238,3	1.201,96	1.775,57	3.325,30	4.767,97	9.560,62	32.819,71
Resto servicios	37.678,65	12.762,70	30.045,13	11.547,93	70.705,43	4.913,40	165.060,80	332.714,04
Sin imputar a servicio	20.738,34	2.142,07	4.930,28	3.513,47	10.793,13	5.777,32	13.533,44	61.428,05
Suma total	751.244,47	35.179,14	51.602,63	83.204,78	112.139,15	269.102,86	296.828,87	1.599.301,90

Fuente: Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad. Área de Farmacia SESCOAM.

En cuanto a los subgrupos farmacológicos y las variaciones en DDD entre los años 2012 y 2013 podemos observarlas en la tabla siguiente:



Tabla 28. Análisis del gasto farmacológico por subgrupo farmacológico (2012/2013)

Nombre	DDD	Incremento 2013/2012 DDD	Importe (€)	Incremento 2013/2012 importe	Importe/DDD	Inc 2013/2012 imp/DDD
ANTIPSICOTICOS	7.362.498,89	-2,49%	22.331.511,24	-1,71%	3,03	0,81%
ANSIOLITICOS	33.887.772,17	1,15%	3.680.851,55	-1,25%	0,11	-2,34%
HIPNOTICOS Y SEDANTES	16.757.832,45	1,55%	1.497.089,41	3,43%	0,09	1,82%
ANTIDEPRESIVOS	52.812.017,69	2,94%	24.638.978,10	1,43%	0,47	-1,48%
PSICOESTIMULANTES, MEDIC. PARA ADHD Y NOOTROPICOS	4.780.836,63	-21,92%	6.176.124,35	-17,61%	1,29	5,53%
MEDICAMENTOS CONTRA LA DEMENCIA	6.189.720,24	-9,12%	15.527.432,91	-18,7%	2,51	-10,54%

Fuente: Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad. Área de Farmacia SESCAM.

Asimismo, se observa un aumento en la prescripción y consumo de ansiolíticos, hipnóticos y sedantes, y de antidepresivos - durante el año 2013- según aumenta la edad de los pacientes y sobre todo a partir de 65 años y con una diferencia entre hombres y mujeres, siendo en éstas, la prescripción, el doble que en los varones. Datos que coinciden con la información existente a nivel nacional.



Tabla 29. Consumo de psicofármacos por tipo farmacológico y grupo de edad, en 2013, en C-LM

DOSIS HABITANTE DIA (DHD)	0-14 años		15-64 años		65 + años		TODOS
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
ANSIOLÍTICOS, HIPNÓTICOS Y SEDANTES	0,73	0,62	36,16	66,33	107,54	229,18	70,19
ANTIDEPRESIVOS	0,49	0,38	31,78	83,06	87,80	235,25	73,19
ANTIPSICÓTICOS	0,96	0,25	14,19	8,74	9,48	11,72	10,20

Fuente: Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad. Área de Farmacia SESCAM

Se plantea la necesidad de seguir trabajando en programas de eficiencia en el uso de psicofármacos, que incluyan los estudios de coste-eficiencia, y la hipermedicalización de los problemas de la vida cotidiana; con el objetivo de conseguir una prescripción adecuada y segura para el paciente, valorando la posibilidad de otros abordajes psicoterapéuticos.

III.5. Desarrollo de la actividad asistencial en Castilla-La Mancha

La atención sanitaria y social a la salud mental cuenta con una trayectoria previa, que ha permitido el desarrollo de una Red integrada de servicios sanitarios y sociosanitarios. La Red cuenta con profesionales especializados e involucrados en la misma, y con la existencia de un trabajo previo en Procesos, tanto en Patología Mental Grave como en Patología Mental Común, que ha conllevado la elaboración de los Procesos Asistenciales Integrados de Salud Mental (PAISM) en Trastorno Mental Grave y de Intervención Precoz en Primeros Episodios Psicóticos, que garantizan la continuidad asistencial y la coordinación necesaria entre niveles asistenciales, dispositivos y profesionales. Una de las figuras clave en estos procesos es la figura del Gestor de Casos que va a agilizar esa continuidad asistencial perseguida¹⁸.

¹⁸Castilla La Mancha. *Gestión de casos en Salud Mental*. SESCAM. Septiembre 2012



MODELO DE ATENCIÓN A PERSONAS CON PATOLOGÍA MENTAL GRAVE

Dentro de la Patología Mental Grave (PMG), podemos distinguir dos áreas distintas de actuación en:

- A) Las primeras fases de la enfermedad de determinadas psicopatologías (psicosis, trastornos afectivos, etc.)
- B) Los casos que se han cronificado, y que han derivado en la presencia de discapacidades en distintos órdenes de su vida, en conjunto, consumen una gran cantidad de recursos sanitarios, sociosanitarios y sociales (Trastorno Mental Grave - TMG).

III.5.1. Detección y atención en las primeras fases de la enfermedad

La perspectiva asistencial en la Región actualmente está centrada en los primeros episodios psicóticos, es decir, cuando la enfermedad se manifiesta de forma masiva, con el ingreso hospitalario del paciente.

No obstante, este tipo de enfermedades empieza a desarrollarse con muchos años de antelación al primer episodio agudo, siendo necesarias actuaciones basadas en la detección e intervención temprana que mejoran su evolución, disminuyen la discapacidad del paciente y posibilitan una calidad de vida normalizada y menor gasto de recursos asistenciales. Asimismo, y en el caso de las psicosis y trastornos afectivos graves, se va a reducir el impacto que producen en sus cuidadores informales (generalmente, sus familiares). En este sentido, profesionales de la Región han participado en la elaboración y pilotaje del PAISM “Intervención en Primeros Episodios Psicóticos”, procediendo a su implantación en el ámbito de duración de esta Estrategia.

Resulta necesario incidir en la detección e intervención precoz de los trastornos afectivos graves, que provocan una notable repercusión funcional en el paciente y en su entorno.

Por otro lado, se debe aumentar la capacidad de detección temprana de patología mental grave en las etapas pre-adolescente y adolescente, mediante el desarrollo de actuaciones conjuntas entre Educación y Salud Mental.



III.5.2. Atención a personas con trastorno mental grave

La estimación aproximada de personas con trastorno mental grave en Castilla-La Mancha es de 1,7 por 1000 habitantes. En la siguiente tabla figura esta estimación por área de salud:

Tabla 30. Estimación de personas con TMG en Castilla-La Mancha (2013).

ÁREA	Tarjeta Individual Sanitaria	Nº de personas con TMG	Tasa x 1000 hab.
Albacete	453.821	655 ⁽¹⁾	1.44
Cuenca	149.284	347 ⁽¹⁾	2.32
Ciudad Real (incluye Ptolano)	394.006	542 ⁽²⁾	1.38
Talavera de la Reina	157.330	159	1.01
Toledo	435.467	507 SESCAM + 180 Diputación = 687	1.58
Guadalajara	238.775	358	1.50
Mancha Centro	195.921	689 ⁽³⁾ ⁽⁴⁾	3.52
Total	2.024.604	3.437	1.70 (MEDIA:1.82)

Fuente: Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad. Dirección Regional de Salud Mental SESCAM

(1) Estos datos corresponden a las poblaciones que tenían las áreas de salud antes de la actual distribución de población por áreas.

(2) Pendiente por lo tanto ajustar población y nº de TMG. Actualmente incluye Manzanares.

(3) Menos Tomelloso

(4) De acuerdo con la Coordinadora del área de SM, esta cifra es susceptible de depuración de acuerdo a los criterios de la definición de TMG.

(Referencia proceso TMG Andalucía: 1.5 – 2.5 / 1000 hab.)

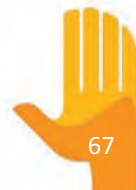


La asistencia a personas con TMG se estructura en dos contextos:

1) Asistencia Comunitaria. Este tipo de atención se realiza a través de las USMs y HDs (carácter ambulatorio), para el tratamiento sintomatológico y psicoterapéutico de la enfermedad; y de los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de la FSCLM (CRPSLs) para el abordaje rehabilitador. Además se dispone de las UHBs, UMEs y plazas específicas en Residencias Comunitarias, para los internamientos de corta y media estancia cuando son necesarios en el proceso asistencial, y de las Viviendas Supervisadas para dar continuidad al proceso de recuperación vital del paciente y promover su autonomía. En este sentido, se considera que el funcionamiento de la Red de servicios comentados anteriormente, necesita evolucionar hacia un proceder más coordinado, proactivo e intenso, organizando toda su actividad en torno a planes individualizados de tratamiento y rehabilitación (PITR).

También se desarrolla, aunque no de forma generalizada, a través de equipos de atención comunitaria que garantizan la atención a estos pacientes en su entorno natural (en su domicilio) y en zonas con dificultades de accesibilidad a los dispositivos de la Red de salud mental. La Estrategia ha de potenciar el desarrollo de este tipo de atención así como impulsar las recientes iniciativas de equipos de profesionales de apoyo a las viviendas auto-gestionadas por pacientes, que suponen una mayor normalización de la atención y optimización de los recursos disponibles.

Existe un grupo de pacientes de especial complejidad y gravedad, sobre los que es necesario aplicar intervenciones asistenciales específicas e intensivas, sin las que estos pacientes serían subsidiarios de internamientos prolongados, lo que hay que evitar en la manera de lo posible, y de hiperfrecuentación de ingresos de corta y media estancia. Para ello se han implantado en el ámbito internacional y en el nacional algunos ejemplos, incluso alguno en Castilla-La Mancha, de Programas denominados Asertivo Comunitarios (PAC) que basan su actuación en la multidisciplinaridad de los equipos, interviniendo en el ámbito social del paciente y más en concreto en su domicilio, con una intensidad y frecuencia lo más alta posible y de manera proactiva, incidiendo en todos los aspectos que afectan a la vida del paciente. Pero los PAC suelen ser más eficientes y eficaces en ámbitos urbanos. Dadas las características de densidad de población y de predominio de la ruralidad, es necesario adecuar estos programas a las características socio-demográficas de Castilla-La Mancha. En este sentido se ha de tener en cuenta que la mayoría de recursos específicos para la Patología Mental Grave (PMG) se encuentran centralizados en las capitales de provincia (algunas USM y CRPSL tienen una mayor dispersión en el territorio), conllevando dificultades de acceso de los pacientes por las distancias y la



ausencia de medios de transporte colectivo estables. Los PAC deberían tener una gran movilidad y flexibilidad para poder cumplir sus objetivos.

Además de la acción más específicamente sanitaria centrada en la normalización psicopatológica (reducción de la sintomatología), es preciso impulsar los paradigmas que tienen que ver con la rehabilitación del paciente como persona y ciudadano; así los paradigmas de “RECUPERACIÓN” y “EMPODERAMIENTO” y la “LUCHA CONTRA EL ESTIGMA” y protección de los “DERECHOS HUMANOS”, tienen que ser reforzados en la práctica asistencial cotidiana de los profesionales y de la Red asistencial.

Una mención especial en la Estrategia debería referirse a la rehabilitación de carácter laboral de las personas con TMG. Hasta hace poco asumida por la FSCLM a través de una serie de dispositivos propios y/o en colaboración con el movimiento asociativo de la Región (del tipo “Centro Especial de Empleo” y “Centro de Formación y Empleo”), ha sufrido una importante merma en los últimos tiempos en cuanto a los recursos disponibles para conseguir sus fines. En la actualidad no sólo no se ha alcanzado el número previsto de Centros Especiales de Empleo en el Plan de Salud Mental 2005-2010, sino que el número de estos dispositivos ha sido reducido significativamente. Puesto que no hay rehabilitación y recuperación completa si no hay una normalización e integración en el ámbito laboral, resulta imprescindible replantearse en Castilla-La Mancha volver a impulsar este tema como uno de los principales objetivos de actuación.

2) El segundo contexto de abordaje del TMG (cuando las características del paciente y del entorno, a pesar de los apoyos disponibles, no permiten que permanezca en su medio natural) tiene que ver con la **atención prolongada institucional, que a su vez se puede dividir en:**

- Atención prolongada de carácter sanitario.
- Atención prolongada de carácter residencial.

Tras el proceso de desinstitucionalización psiquiátrica, para cubrir las necesidades residenciales de estos pacientes se han habilitado plazas específicas en viviendas supervisadas, residencias comunitarias y/o se han flexibilizado los criterios de entrada en los recursos normalizados.

Las necesidades de estas personas no difieren de las de la población general, de tal modo que cuando envejecen en los dispositivos específicos, resulta más normalizador que convivan con sus coetáneos, generando vacantes para jóvenes con enfermedad mental dependientes sin apoyo familiar, en las plazas residenciales que ocupaban.



La disponibilidad de plazas residenciales específicas sigue siendo escasa (16,5/100.000 h), lo que favorece que: a) se asignen prestaciones vinculadas al servicio y se gestionen privadamente por los interesados, b) se realicen derivaciones a centros privados, c) permanezcan en centros residenciales de larga estancia y/o d) se saturen y bloqueen los dispositivos.

La atención sanitaria prolongada se refiere a aquella que se presta a pacientes con psicopatología activa y grave que necesitan un entorno hospitalario especializado para su atención. En Castilla-La Mancha, los centros de intervención prolongada en contexto institucional se resumen a continuación:

- Unidades de Media Estancia (UME)
- Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete (URR) (Guadalajara) con una capacidad de 125 plazas.
- Unidad de Larga Estancia del Instituto de Enfermedades Neurológicas (IEN) de Guadalajara, con una capacidad de 85 plazas.
- Unidad de Larga Estancia de la Diputación de Ciudad Real, con 58 plazas.
- Centros externos privados, financiados por SESCOAM.
- Pacientes identificados con prestación vinculada y en plazas residenciales privadas externas.

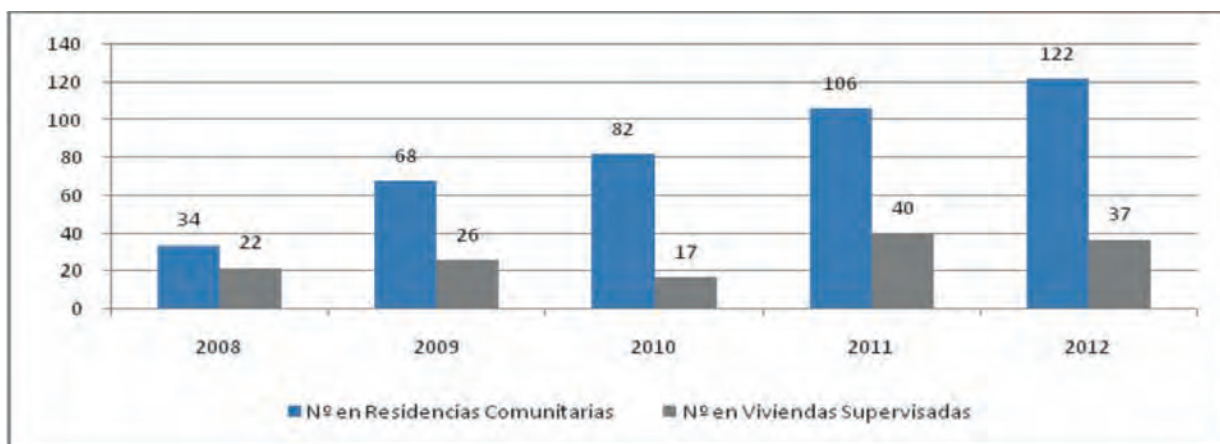
El conjunto de las plazas disponibles, sobre todo las de titularidad pública, están limitadas en su capacidad para asumir nuevas demandas, entre otras cuestiones por falta de una funcionalidad adecuada de los centros en el ámbito sanitario, lo que ocasiona por ejemplo, la necesidad de tener que acudir a centros externos privados. Los centros sanitarios están dotados con personal adecuado a las características de sus potenciales beneficiarios, pero el actual perfil mayoritario de los internos es de personas mayores de 60 años, de baja complejidad clínica y cuyas necesidades son de cuidados básicos, no difiriendo de las que precisan las personas internas en residencias de mayores.

Esta inadecuación funcional también afecta y se traslada a las UMEs, donde se hallan ingresados pacientes de larga estancia, afectando negativamente al tratamiento de los pacientes de media estancia.

La atención residencial prolongada (socio sanitaria) está dirigida a pacientes con psicopatología más estabilizada y la presta la FSCLM, aunque, como se puede observar, el número de pacientes en lista de espera en los últimos años ha aumentado progresivamente:



Gráfico 7. Evolución del nº de personas con TMG en lista de espera de plaza residencial en los últimos 5 años en C-LM



Fuente: FSCLM

En definitiva, se puede afirmar que la capacidad de atención prolongada en nuestra Comunidad está en la actualidad bloqueada por los dos problemas citados: funcionalidad inadecuada de los centros sanitarios y asistencia a usuarios correspondientes a otros niveles. A ello habría que añadir lo ya comentado de necesidad de un ratio adecuado de plazas residenciales en estos dispositivos.

La presente Estrategia ha de contemplar actuaciones dirigidas a aumentar la funcionalidad de la Red, considerando la asignación de plazas en residencias de mayores y de personas con discapacidad intelectual para los pacientes propuestos desde las plazas específicas que ocupan; e incrementar la disponibilidad de plazas específicas para pacientes de entre 18 y 65 años, que suponen la totalidad de la lista de espera, y de los beneficiarios de la prestación vinculada.

Finalmente, cabe destacar que el flujo de pacientes entre los recursos sanitarios de corta, media y larga estancia y la necesidad de alcanzar un ratio adecuado de plazas residenciales, hace imprescindible la intervención multinivel para poder atender a los pacientes en el recurso más adecuado a su patología y momento evolutivo.

III.5.3. Atención a la salud mental infanto-juvenil

La atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil (SM-IJ) participa de las mismas consideraciones que se hacen a nivel general en otros apartados, como el impacto de la disminución de RRHH, la débil colaboración inter e intra-institucional, siendo quizás necesario remarcar en este último apartado la necesidad de que AP adquiera un mayor nivel de competencia en el abordaje de las patologías infantiles y cuente con un mayor nivel de formación en este área.

Como problemática específica cabría citar la ausencia de programas asistenciales normalizados para atender a determinados problemas de salud infanto-juvenil, que aportarían mayor uniformidad y disminución de la variabilidad asistencial. Entre ellos se puede citar los siguientes: detección temprana de patología mental grave en la adolescencia, atención orientada a la detección precoz y actuaciones tempranas para los trastornos del espectro autista y la atención a los trastornos de conducta y trastornos por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH).

Un aspecto, que pese a su baja incidencia, crea graves problemas es la asistencia a niños y adolescentes con necesidades especiales de carácter complejo: diagnósticos de gravedad, con trastornos de conducta y dificultades familiares y sociales, para los que en CLM no existen dispositivos específicos, obligando a utilizar centros privados externos fuera de la Comunidad, a excepción del Centro Especializado de Atención al Menor.

Aunque hay iniciativas locales, se carece de programas de carácter preventivo y de detección temprana en coordinación con el ámbito escolar, con intercambio de buenas prácticas y formación específica por parte de los profesionales implicados.

En Atención Primaria, a través del Programa de Atención al Niño Sano, periódicamente se valora el desarrollo psicomotor y consecución de hitos, detectando anomalías y posible debut de patologías, lo que permite sistematizar despistajes coste-eficientes. Esta es una oportunidad para ampliar el despistaje de procesos como pueden ser el espectro autista o el TDAH.

Gran parte de los problemas citados, precisan de una intervención de carácter más transversal, implicando a AP, menores, educación y servicios sociales.



Uno de los problemas más claros que presenta la organización asistencial de la SM-IJ, es la ubicación centralizada en las cabeceras de las áreas (casi siempre en la capital de provincia) de los recursos especializados, las Unidades de Salud Mental Infanto Juvenil (USMIJs) y los Hospitales de Día Infanto Juveniles; esta circunstancia unida a los horarios escolares de los usuarios generan problemas de acceso y utilización de los servicios. Una forma de paliar este déficit, sería plantearse la movilidad externa de las USMIJ para que realizasen determinados desplazamientos a las zonas básicas de salud (ZBS) y/o el empleo de las TICs para facilitar dicha coordinación, así como la instauración de algunos programas de atención por parte de AP.

III.5.4. Desarrollo de la atención a otros colectivos

Discapacidad intelectual

El 40% de las personas con discapacidad Intelectual presentan distintos tipos de trastornos conductuales, que en el caso de los usuarios institucionalizados son resueltos habitualmente por el personal propio de los centros. No obstante cuando estos problemas trascienden las posibilidades del centro, se suceden actuaciones puntuales de intervención de la RASM. Estas actuaciones, por su prevalencia, deben ser objeto de programas específicos.

Por otro lado, existe una problemática específica con determinados casos de patología dual (comorbilidad entre discapacidad intelectual y trastorno mental), que afecta a usuarios que finalmente son atendidos en centros inadecuados. Esta situación hace necesaria actuaciones conjuntas entre la Red de salud mental y la Red de atención a la discapacidad intelectual, que defina de forma consensuada tipos de casos y los circuitos de atención más adecuados.

Personas mayores y atención psicogeriátrica

La alta incidencia y prevalencia de trastornos de salud mental en esta población y, en especial, los trastornos del estado de ánimo, requieren la estructuración de focos de atención organizados, tanto en el propio domicilio como en la población institucionalizada en residencias de mayores.

Así, se hace necesaria la detección y tratamiento específico en población general, en los programas y procesos que abordan problemáticas del tipo trastornos afectivos y de ansiedad, y la creación de programas de apoyo por parte de la Red de salud mental a la población institucionalizada.



Personas con trastornos mentales en Instituciones Penitenciarias

Los centros penitenciarios se han denominado ‘psiquiátricos del siglo XXI’ por la casuística elevada de trastornos mentales en personas internas en instituciones penitenciarias y sometidas a medidas de seguridad con privación de libertad.

El objetivo específico 4.10 de la Estrategia en Salud Mental del SNS nos dice “El Ministerio de Sanidad y Política Social desarrollará, junto con las CCAA, un modelo de colaboración con los órganos de Justicia e Instituciones Penitenciarias para mejorar la atención a las personas con trastornos mentales sometidas al Código Penal y a la Ley del Menor, asegurando la continuidad y la equivalencia de cuidados con el resto de la población”.

En 2009-2011, se constituyeron 6 Comisiones de Análisis de Casos (Madrid, Euskadi, Aragón, Andalucía, Castilla-La Mancha y Baleares) formadas por profesionales voluntarios interesados por el tema y con 4 componentes: judicial, socio-sanitario, usuarios/familiares e instituciones penitenciarias. Estas comisiones analizaron la atención sanitaria y social de personas con enfermedad mental y/o con discapacidad intelectual que habían cometido un delito y entrado en el sistema penal o en medidas alternativas de encarcelamiento. Como resultado de estas comisiones, se pudo trazar el perfil de las personas con enfermedad mental en estas instituciones:

- Del total de 263 personas con trastorno mental ingresados en instituciones penitenciarias, entre el 15 de marzo de 2009 y el 15 de marzo de 2011, había 27 de Castilla-La Mancha (10,2%). Respecto al total, la situación judicial de la mayoría era la de internados judiciales (87,5%). En cuanto a las edades, repartidas entre 31-40 años (25,5%), 41-50 (25,8%) y 51-60 (22,4%). El diagnóstico principal era de trastorno mental grave, psicosis (76,8%) y el delito principal: homicidio (51%), agresión/coacción (28,5%) y robo (11,4%). Con causas judiciales previas, el 49%. En el 78% de los casos no constó control ambulatorio previo al delito, pero sí que hubo un 56,2% de ingresos hospitalarios previos al delito, sin conductas disruptivas en el hospital (80%). La evaluación en los permisos era: favorable en un 42%; y desfavorable o sin permiso, un 50%. En cuanto al abuso/dependencia de drogas: de alcohol en un 30,8%; heroína, cocaína y otras 22,8%; cocaína, alcohol y otras 10,6%. En un 70% no se daban las condiciones para el cambio de medida de seguridad de privación de libertad por otra de tratamiento ambulatorio durante el periodo de estudio.



Además de adecuar actuaciones al perfil de personas con el trastorno mental descrito, se hace necesario mejorar la atención sanitaria en salud mental de los internos, equiparándola a la del ciudadano normal, y mejorar el circuito de atención tras el cumplimiento de la pena.

Atención a personas con trastorno mental en situación de incapacidad jurídica (tutela)

En torno al 10% de las personas con trastorno mental se encuentran en situación de incapacidad jurídica en la Región. La tutela de estas personas y su atención integral es asumida por 3 entidades tutelares: Fundación Madre, Fundación Familia y Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha. (Ver tabla 12).

Para facilitar la atención integral de estas personas, son necesarias actuaciones conjuntas y coordinadas entre las Redes implicadas en su atención: Sanitaria, Social y Justicia.

III.6. Coordinación

III.6.1. Coordinación entre niveles asistenciales (intrainstitucional)

El carácter transversal de las actuaciones en salud mental requiere de la participación y coordinación entre niveles asistenciales (primaria y especializada).

Los planes asistenciales actuales establecen zonas de actuación específicas para AP, fundamentalmente en la detección y derivación, pero también en determinadas actividades de seguimiento y control, en las Patologías Mentales Graves.

En lo que se refiere a la Patología Mental Común, si bien se acepta en general que AP es un ámbito de actuación adecuado para la mayoría de los casos de dicha patología (niveles leves o moderados), son clásicos por otra parte los siguientes problemas: a) la sobrecarga que producen en AP y las dificultades de abordaje (falta de tiempo, de formación y de coordinación) y b) las numerosas derivaciones a la RASM, lo que resta recursos para una adecuada atención a la PMG por parte de ésta.



Los problemas y necesidades de los dos objetivos de atención (PMG y PMC), ponen de manifiesto la necesidad de arbitrar un abordaje conjunto de la asistencia a la SM, que en nuestra Comunidad ha tenido un escaso desarrollo hasta la fecha. Para afrontar el reto, se han diseñado las dos siguientes propuestas:

1ª) la aplicación de la metodología basada en la gestión por procesos asistenciales. Ésta observa el abordaje de determinados problemas de SM de manera integral, definiendo los tramos asistenciales propios de cada nivel asistencial y las zonas de interacción y colaboración comunes (desarrollo e implantación de los PAISM TMG e IPEP elaborados).

2ª) la creación de otros procesos y programas: detección temprana de patología mental grave en la adolescencia, atención temprana en la infancia, así como programas de TDAH, suicidio y alcoholismo.

De importancia singular es la implantación del PAISM de Patología Mental Común, proceso paradigmático que ejemplificará un nuevo modelo de actuación conjunta entre las dos Redes. Con este proceso se pretende aumentar la capacidad resolutive de AP para este tipo de patología y disminuir las derivaciones a la RASM.

Asimismo, se valora crear un espacio de interacción estructural entre los dos tramos asistenciales (atención primaria y especializada) en torno a los problemas de SM; una zona que no sólo sirva de base para una mejor aplicación de los PAISM, sino que en general, permita un abordaje verdaderamente coordinado e integrado de la SM.

Aunque en Castilla-La Mancha existen algunas iniciativas de gran valor, en general, se evalúa que las relaciones entre AP y la RASM son insuficientes, al estar basadas en el modelo de simple interderivación, compartiendo poca información y responsabilidad. En su lugar, sería necesario un modelo basado en la corresponsabilidad, en la colaboración y en la interacción directa:

- A nivel organizativo, mediante la toma de decisiones que permitan la generación de los tiempos y espacios necesarios para que se produzca la interacción.
- A nivel operativo, mediante actividades y tareas concretas de interacción y colaboración conjuntas. Al respecto existen muchas referencias de iniciativas existentes en nuestro país y en Castilla-La Mancha, tales como: coterapia, análisis conjunto de casos, formación y asesoramiento, referentes de SM en

cada ámbito, zonificación, reingeniería de circuitos de derivación, información compartida, entre otras. Puede ser necesario un aporte extra de creatividad e innovación para sortear uno de los principales problemas de nuestra Región, como son las condiciones socio-demo-geográficas adversas, y en especial la dispersión territorial, que dificulta la relación entre profesionales y dispositivos de ambas Redes.

III.6.2. Coordinación inter-institucional

La atención a la salud mental no es competencia exclusiva de la Red de Salud Mental, especialmente si además de la dimensión clínica se considera la dimensión preventiva, que tiene que ver con los determinantes de la salud (estilos de vida, factores culturales, condiciones sociales, etc.). Si bien esta perspectiva parece estar bien establecida a nivel teórico, en la práctica suelen aparecer dificultades para operacionalizar las acciones conjuntas entre diversos organismos con competencias en una visión integral y transversal de la atención a la SM.

En este sentido, la actual Estrategia habilitará mecanismos y acuerdos de colaboración que permitan desarrollar a nivel operativo todos los planes, estrategias y programas transversales.

III.7. Actividades docentes y de investigación

III.7.1. Actividades docentes

En relación a la formación especializada postgrado, en nuestra Región disponemos de 5 unidades docentes para la formación de profesionales en Psiquiatría (MIR) y Psicología Clínica (PIR) y 3 Unidades para formar en Enfermería especializada en Salud Mental (EIR). Entre los años 2011 y 2013, la acreditación de plazas no ha sufrido apenas variaciones, mientras que la oferta formativa ha disminuido el 50% en las tres especialidades.

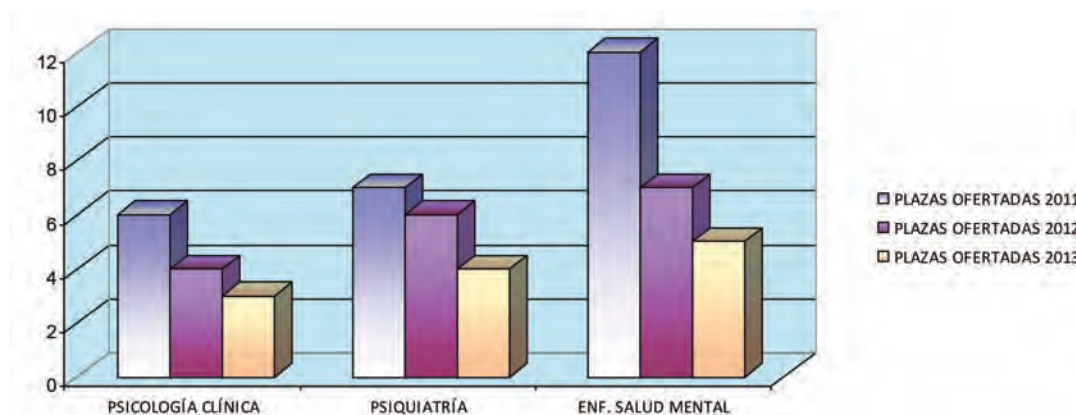


Tabla 31. Plazas de formación especializada en Salud Mental en Castilla-La Mancha

	PLAZAS ACREDITADAS			PLAZAS OFERTADAS		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
PSICOLOGÍA CLÍNICA	6	6	7	6	4	3
PSIQUIATRÍA	8	8	8	7	6	4
ENF. SALUD MENTAL	16	15	15	12	7	5

Fuente: SESCOAM

Gráfico 8. Evolución plazas ofertadas formación especializada, años 2011-2013.



Desde 2007, y hasta la actualidad, se ha desarrollado el Programa de Formación Continua en Salud Mental, aprobado por la Comisión Técnica de Coordinación del anterior Plan de Salud Mental, y que contempla el desarrollo de cursos de formación específicos, así como jornadas de trabajo de los grupos de profesionales y dispositivos asistenciales.

Tabla 32. Formación en salud mental 2007-2013 (SESCAM)

Año	Nº de cursos	Nº de jornadas
2007	19	4
2008	20	6
2009	23	6
2010	23	8
2011	38	1
2012	24	-
2013	7	9
Total	154	34

Fuente: SESCAM

En el ámbito de la rehabilitación, en 2005 se inició el curso de postgrado de “Especialista en Rehabilitación Psicosocial y Laboral en Salud Mental”, acreditado por la UCLM, en colaboración con el Centro de Estudios Sociosanitarios (CESS) y en el que participaron más de 60 profesionales de salud mental. Durante 2009 y 2010 se desarrollaron la I y II edición del Máster en Rehabilitación Psicosocial y Laboral, dirigido por la FSCLM y el CESS. Asimismo, la Fundación Sociosanitaria ha desarrollado cursos especializados de formación en su plan de formación continua anual (a excepción del año 2012).

Siendo el capital humano un factor clave en la organización, y la necesidad de incorporar actuaciones y prácticas basadas en la mejor evidencia disponible, con el fin de garantizar la calidad y eficiencia de la atención, la formación especializada de los profesionales de la Red y el desarrollo de sus competencias se considera un área relevante de desarrollo en el marco de esta Estrategia.

III.7.2. Investigación

En cuanto a la actividad investigadora, en la actualidad son 3 los grupos de investigación en salud mental en la Región: grupo de la unidad de trastornos alimentarios (en el Hospital General de Ciudad Real), grupo de psicología de la salud (en la Universidad de Castilla-La Mancha), y grupo de investigación en genética y cognición en las psicosis (en el Hospital Virgen de la Luz de Cuenca).

En el periodo 2005-2011, el número de proyectos de investigación desarrollados en el ámbito de salud mental fue de 43:

Tabla 33. Proyectos de investigación en salud mental desarrollados (2005/2011) según temática

Tema / Año	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
1. Prevención, detección precoz e intervención en enfermo y familia.	1	2						3
2. Necesidades, expectativas y calidad de vida.				3	4			7
3. Evaluación intervenciones y programas.	1				3	6		10
4. Adherencia al tratamiento					1			1
5. Trastornos psicogerítricos	3	3						6
6. Detección de factores de riesgo/protección de psicopatologías				2		1		3
7. Otros	2	2		2	2	1	4	13
TOTAL	7	7	0	7	10	8	4	43

Fuente: DGCPPI y SESCOAM



Cabe destacar que no se dispone de una agenda de investigación regional, ni tampoco existen estudios de investigación multicéntricos en materia de salud mental. En el contexto actual se hace ineludible priorizar una agenda de investigación, la dotación de recursos dirigidos a la formación de profesionales en investigación y el desarrollo de proyectos de innovación y de carácter evaluativo en salud mental.

En cuanto a la **perspectiva de aprendizaje y crecimiento**, tenemos en cuenta la historia clínica electrónica y el empleo de las Tecnologías para la Información y Comunicación (TIC) como herramientas básicas contando con un plan de formación continuada adaptado al modelo de funcionamiento de la Red, que atienda a las necesidades de usuarios, familiares y profesionales (tanto de la propia RASM como de otros campos). Dicha formación iría enfocada a la renovación propuesta en los procesos internos que requerirían nuevos conocimientos y formas de ejecución (Trabajo por procesos, gestión de casos, optimización en prescripción de psicofármacos, utilización de herramientas telemáticas...) y a la incorporación de los principios de Salud Mental basados en la evidencia, que necesitará un sistema que recoja, depure y distribuya toda la información relevante, para el mejor acceso y utilización por parte de los profesionales (Banco de Conocimientos). Todo esto iría acompañado por la investigación encaminada a evaluar e innovar, primando iniciativas respecto a la calidad y efectividad de la actividad asistencial habitual y que reduzcan la variabilidad asistencial.



IV.- CONCLUSIONES Y MAPA ESTRATÉGICO

Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales

IV.- CONCLUSIONES Y MAPA ESTRATÉGICO

Del análisis de situación, así como de la información de base manejada para llegar a establecer los objetivos estratégicos y principales líneas de actuación (Estrategia en Salud Mental del SNS, evaluación del Plan de Salud Mental 2005-2010, memorias tanto de la Fundación Sociosanitaria como de SESCAM, documentación relativa a Procesos de Trastorno Mental Grave, Intervención Precoz en Primeros Episodios Psicóticos, Libro blanco de las UMEs en Castilla-La Mancha, Gestión de casos en Salud Mental de Castilla-La Mancha), se han identificado un conjunto de necesidades no atendidas entre las cuales, por su relevancia, impacto y prevalencia, se han priorizado:

1. Redefinición de la Red Asistencial de Salud Mental.
2. Implementación y desarrollo de Programas Comunitarios.
3. Implementación del Proceso Asistencial Integrado de Salud Mental (PAISM) de Trastorno Mental Grave (TMG) e Intervención Primeros Episodios Psicóticos (IPEP).
4. Aumento y mejora de la funcionalidad de la Red Asistencial de Salud Mental para personas con trastorno mental y necesidad de intervención prolongada.
5. Necesidad de una intervención multinivel para poder atender a los pacientes en el recurso más adecuado a su patología y momento evolutivo.
6. Mejora en la coordinación intra-institucional.
7. Búsqueda de la eficiencia y uso racional de psicofármacos.
8. Coordinación Interinstitucional.

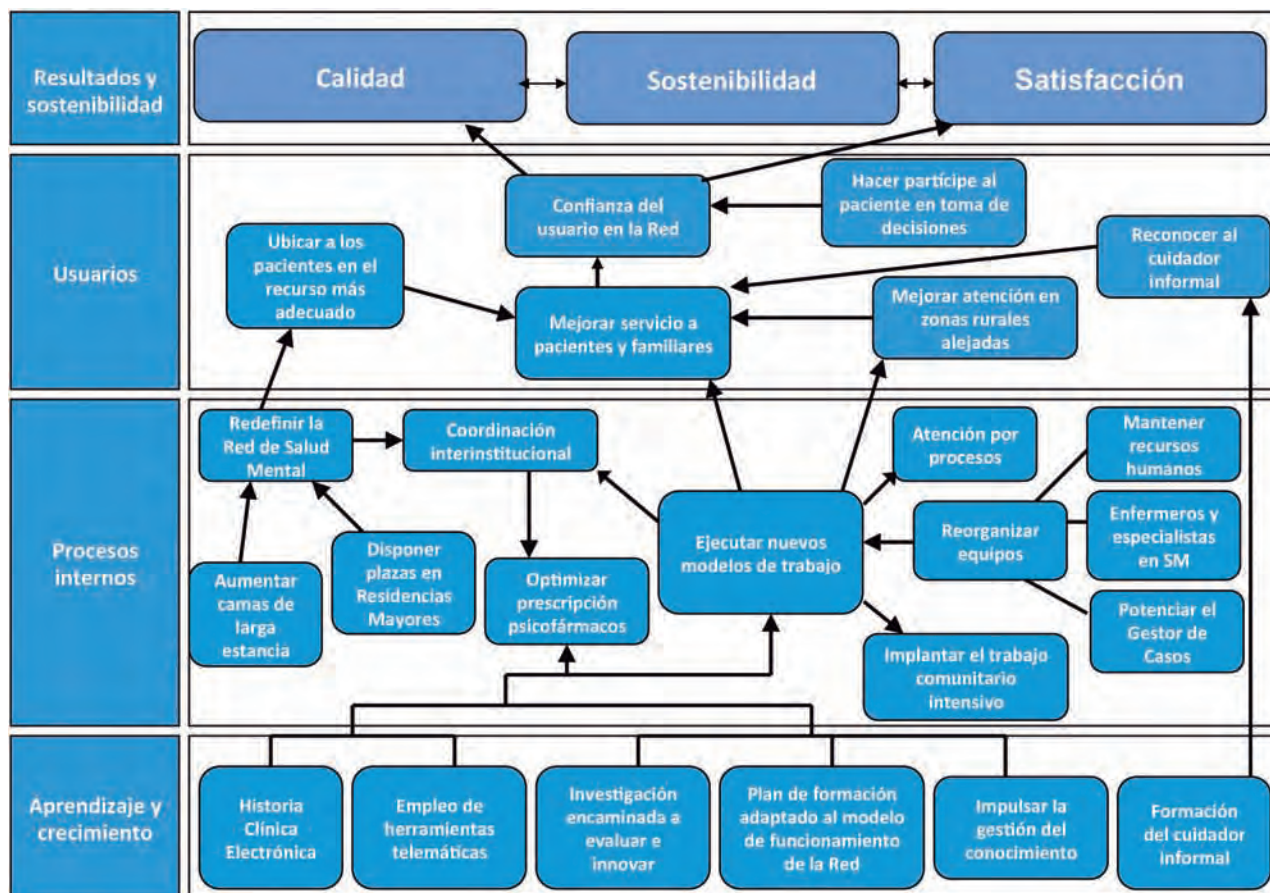
Considerando las 4 perspectivas que, posteriormente, nos permitirán diseñar el Cuadro de Mandos Integral (herramienta clave en la gestión y monitorización de esta Estrategia), a continuación se representa gráficamente el Mapa Estratégico que, de manera sintética y comprensiva, visualiza los principales objetivos de la Estrategia y sus interconexiones, siendo las orientaciones estratégicas las que figuran a continuación:

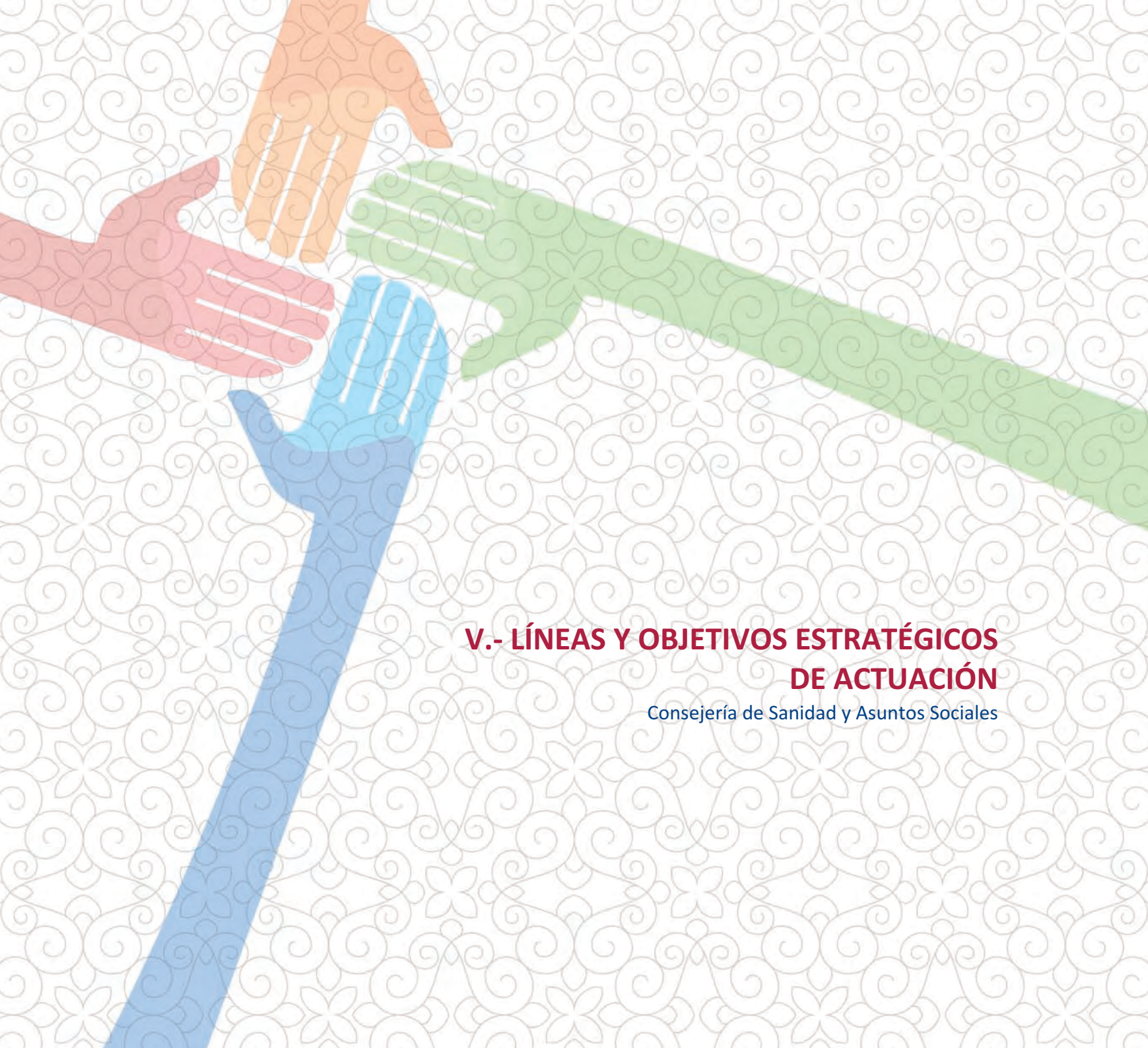


Gráfico 9. Orientaciones estratégicas



MAPA ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL DE CASTILLA-LA MANCHA 2015-2017





V.- LÍNEAS Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE ACTUACIÓN

Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales

V.1. LÍNEA ESTRATÉGICA 1. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONALIDAD DE LA RED DE SALUD MENTAL

Objetivo estratégico 1.1. Continuar el desarrollo y redefinición de la Red de Salud Mental

Líneas de actuación:

1. Completar la Red de salud mental poniendo en marcha los siguientes dispositivos:

1. Unidad de Hospitalización Breve en el área de Mancha Centro
2. Completar la dotación de recursos de los Hospitales de Día de adultos de Cuenca y Mancha Centro.
3. Unidad de Media Estancia de Talavera, ampliaciones de las Unidades de Media Estancia de Toledo (aumento en 10 - 12 plazas, hasta un total de 30, en función de la creación o no, de la UME de Talavera) y Guadalajara (aumento en 12 plazas)
4. Tres Residencias Comunitarias (áreas de Guadalajara, Ciudad Real y Mancha Centro, con 40 plazas cada una, aproximadamente)
5. Cinco Hospitales de Día Infanto-Juveniles en: Cuenca, Ciudad Real, Guadalajara, Toledo y Talavera

2. Adecuar la dotación de Recursos Humanos:

1. Asegurar la equidad en la dotación mínima de recursos humanos en todos los dispositivos y áreas de salud.
2. Aumentar la dotación de personal de enfermería especialista en salud mental y trabajadores sociales en las Unidades de Salud Mental;
3. Establecer las necesidades de recursos humanos y materiales respecto al Gestor de Casos y a los Equipos de Atención Comunitaria Intensiva.

Objetivo estratégico 1.2. Adecuar los dispositivos residenciales y sanitarios de larga de estancia a las necesidades de cada paciente

Líneas de actuación:

1. Elaborar un censo de pacientes con necesidades de larga estancia.
2. Reubicación de pacientes con patología mental mayores y pacientes con discapacidad intelectual, en los centros pertenecientes a los servicios sociales.
3. Unificación de pacientes con necesidades de larga estancia en un único centro regional sanitario, integrado en la comunidad.
4. Implantar sistemas de evaluación del funcionamiento y la calidad de los recursos de larga estancia de salud mental con internamiento

V.2. LÍNEA ESTRATÉGICA 2. ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES

Objetivo estratégico 2.1. Desarrollar modelos de trabajo comunitarios en salud mental innovadores y eficientes, para mejorar la accesibilidad y continuidad de cuidados

Líneas de actuación:

1. Desarrollar los Procesos Asistenciales Integrados “Trastorno Mental Grave” (PAISM TMG), e Intervención Precoz en Primeros Episodios Psicóticos (PAISM IPEP); que incorporan estrategias comunitarias de abordaje intensivo, una mejor coordinación de la Red, la organización individualizada de toda la actividad asistencial que se realiza con el paciente, así como la gestión de casos.
2. Crear un programa de atención a la salud física en personas con patología mental grave.
3. Implantar un PAISM específico de atención a la Patología Mental Común con implicación de Atención Especializada y Primaria.

4. Poner en marcha programas asistenciales comunitarios de carácter intensivo, y potenciar la atención de los equipos de atención comunitaria.
5. Diseñar una estrategia de inserción laboral para la Región de forma transversal que incremente la cantidad y calidad de las oportunidades formativas y laborales de las personas con enfermedad mental, promoviendo los programas de formación y rehabilitación laboral, a partir del modelo definido por la Comunidad Autónoma.
6. Promover y facilitar la autonomía de las personas con enfermedad mental y necesidades residenciales, a través de viviendas auto-gestionadas con apoyos de profesionales sociosanitarios.
7. Desarrollar el programa de gestión de casos mediante la adscripción en exclusiva de profesionales al mismo.
8. Favorecer la accesibilidad directa de las personas atendidas en la Red y sus familiares, al profesional de Salud Mental, a través de las TICs.
9. Avanzar en la mejora de la atención a las personas con enfermedad mental en el marco del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

Objetivo estratégico 2.2. Mejorar la atención a la salud mental infanto-juvenil

Líneas de Actuación:

1. Incluir en el Programa de Atención al Niño Sano, instrumentos de detección precoz de Trastornos del Espectro Autista, de TDAH, Trastornos de conducta alimentaria, detección de maltrato, Trastornos afectivos y de uso/abuso de sustancias adictivas.
2. Creación de un PAISM de atención temprana en la infancia, implicando a la Red de SM, a AP, a Pediatría, Servicios Sociales y a los centros educativos.
3. Creación de un PAISM de detección temprana de patología mental grave en la adolescencia, implicando a la Red de SM, a AP y a los centros educativos.

4. Implantación a nivel regional de programas transversales de:
 - a) Atención al TDAH.
 - b) Atención al trastorno del espectro autista.
 - c) Atención al maltrato infantil, en todos los ámbitos.
5. Organización de programas interactivos a través de las TICs y desplazamientos a las Zonas Básicas de Salud por parte de las USMIJs.

Objetivo estratégico 2.3 Desarrollar programas de intervención en colectivos específicos:

Líneas de actuación:

1. Creación de un programa de prevención y actuación sobre el suicidio.
2. Desarrollo de una estrategia transversal de sensibilización del problema del consumo abusivo del alcohol y otras sustancias, en la población joven; así como de las adicciones sin sustancia.
3. Creación de un PAISM específico de alcoholismo para la población general de carácter transversal entre Atención Primaria y la Red de Atención de Salud Mental.
4. Creación de un PAISM específico para Psicogeriatría, que contemple la continuidad de cuidados y la atención en el lugar más adecuado para cada paciente.
5. Creación de programas de atención para la patología dual:
 - a) Discapacidad intelectual y trastorno mental
 - b) Abuso de tóxicos y trastorno mental
6. Creación de un programa de atención a personas con trastornos de personalidad.

Objetivo estratégico 2.4 Promover el uso eficiente y racional del medicamento

Líneas de actuación:

1. Desarrollo de programas de eficiencia en el uso de psicofármacos, entre otros:
 - a) En base a criterios relacionados con la seguridad del paciente.



- b) Prescripción de antipsicóticos basada en la evidencia, en Atención Especializada.
 - c) Revisión de la prescripción de benzodiacepinas, antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, hipnóticos y sedantes en Atención Primaria.
2. Desarrollo y difusión entre los clínicos de instrumentos de información sobre el uso racional del medicamento.
 3. Promover abordajes terapéuticos distintos a los farmacológicos, para la atención a los problemas de la vida cotidiana.

V.3. LÍNEA ESTRATÉGICA 3. PARTICIPACIÓN Y AUTONOMÍA DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL Y DE SUS CUIDADORES INFORMALES

Objetivo estratégico 3.1. Promover la participación y empoderamiento de personas con trastorno mental y de sus cuidadores, en la planificación y evaluación de servicios, y en su proceso de tratamiento.

Líneas de actuación:

1. Creación de un sistema de participación estable entre asociaciones de personas con trastorno mental / familiares y la Red de salud mental en diferentes niveles: dispositivo, área y Comunidad Autónoma.
2. Establecimiento de estrategias para monitorizar los sistemas de participación de personas con trastorno mental en su proceso terapéutico (en los planes de tratamiento y rehabilitación), incorporando el consentimiento informado.
3. Informar y formar a los pacientes y sus familiares por parte de los profesionales de la RASM sobre su enfermedad, tratamientos, derechos y deberes para favorecer su autonomía y la toma de decisiones en su proceso.
4. Implantación de sistemas de evaluación de satisfacción con los servicios, y de detección de necesidades y expectativas.
5. Desarrollo de programas de ayuda mutua (en formato individual y grupal) en pacientes con patología mental (común y grave), incorporando al usuario experto en los servicios de salud mental.



6. Reforzar las habilidades de los profesionales de Salud Mental, que potencien la capacidad de decisión y autonomía de los pacientes, en su proceso de tratamiento.
7. Desarrollar programas específicos de formación y apoyo a cuidadores informales.

Objetivo estratégico 3.2. Desarrollar actuaciones de sensibilización y lucha contra el estigma sobre las enfermedades mentales.

Líneas de actuación:

1. Establecer líneas de actuación coordinadas en materia de sensibilización y lucha contra el estigma, en diferentes ámbitos (educación, servicios de salud, empresas, medios de comunicación, etc.)
2. Desarrollar campañas de sensibilización sobre los trastornos mentales en población general y en colectivos específicos.
3. Realizar actuaciones de prevención y lucha contra el estigma sobre enfermedades mentales, para profesionales sanitarios y sociosanitarios, y familias y usuarios.
4. Promover la participación de personas con enfermedad mental en las actuaciones de prevención y lucha contra el estigma y en proyectos innovadores en esta materia.

V.4. LÍNEA ESTRATÉGICA 4. COORDINACIÓN Y ABORDAJE INTERINSTITUCIONAL DE LA SALUD MENTAL

Objetivo estratégico 4.1. Promover actuaciones preventivas y clínicas desde una visión integral y transversal de atención a la salud mental entre diferentes instituciones

Líneas de actuación:

1. Creación de un organismo intersectorial (interinstitucional) de dirección de la política asistencial de salud mental, entre Servicios Sociales, Educación, Justicia, Empleo y Sanidad.



2. Establecimiento de acuerdos escritos que vinculen a los departamentos implicados en cada plan de actuación, y designación de personas clave.
3. Impulsar actuaciones formativas interinstitucionales: talleres, seminarios, jornadas,...
4. Implementar las comisiones de análisis de casos de enfermos mentales sometidos a penas y medidas de seguridad, creando una comisión en cada provincia.

Objetivo estratégico 4.2. Mejorar la coordinación intra-institucional

Líneas de actuación:

1. Desarrollo de actuaciones conjuntas de asistencia a la salud mental entre niveles asistenciales, con el aprovechamiento de los recursos que nos facilitan las TICs. (Interconsulta on line, revisión conjunta de casos on line,...)
2. Impulsar medidas que favorezcan el conocimiento y acercamiento entre profesionales de los ámbitos sociales y sanitarios.
3. Adoptar acuerdos que flexibilicen los criterios de derivación entre los dispositivos sanitarios y sociales.
4. Impulsar el mantenimiento del protocolo de coordinación de la atención a las personas con enfermedad mental en el marco del SAAD.

V.5. LÍNEA ESTRATÉGICA 5. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INVESTIGACIÓN

Objetivo estratégico 5.1. Promover la gestión del conocimiento en la Red de salud mental

Líneas de actuación:

1. Potenciar y mantener el programa de formación integral y transversal en Salud Mental, garantizando su financiación anual.
2. Creación de un Banco de Conocimientos de Salud Mental en Castilla-La Mancha, que facilite el uso y traslado de la evidencia a la práctica clínica.



3. Mantenimiento y desarrollo del sistema de participación de profesionales en la gestión del conocimiento.
4. Implantar sistemas de evaluación de servicios asistenciales.
5. Fomentar actitudes y prácticas profesionales basadas en los principios de la “Recuperación”, “Empoderamiento” y defensa de los derechos humanos de las personas con trastorno mental.

Objetivo estratégico 5.2. Fomentar la investigación en salud mental en la Región

Líneas de actuación:

1. Fomento de la investigación priorizando en actividades de evaluación e innovación de la calidad asistencial en salud mental.
2. Consolidación de los grupos de investigación existentes en la Región.
3. Desarrollo de actividades de formación en investigación para los profesionales de salud mental.

V.6. LÍNEA ESTRATÉGICA 6. DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Objetivo estratégico 6.1. Mejorar los sistemas de información de actividad asistencial en salud mental

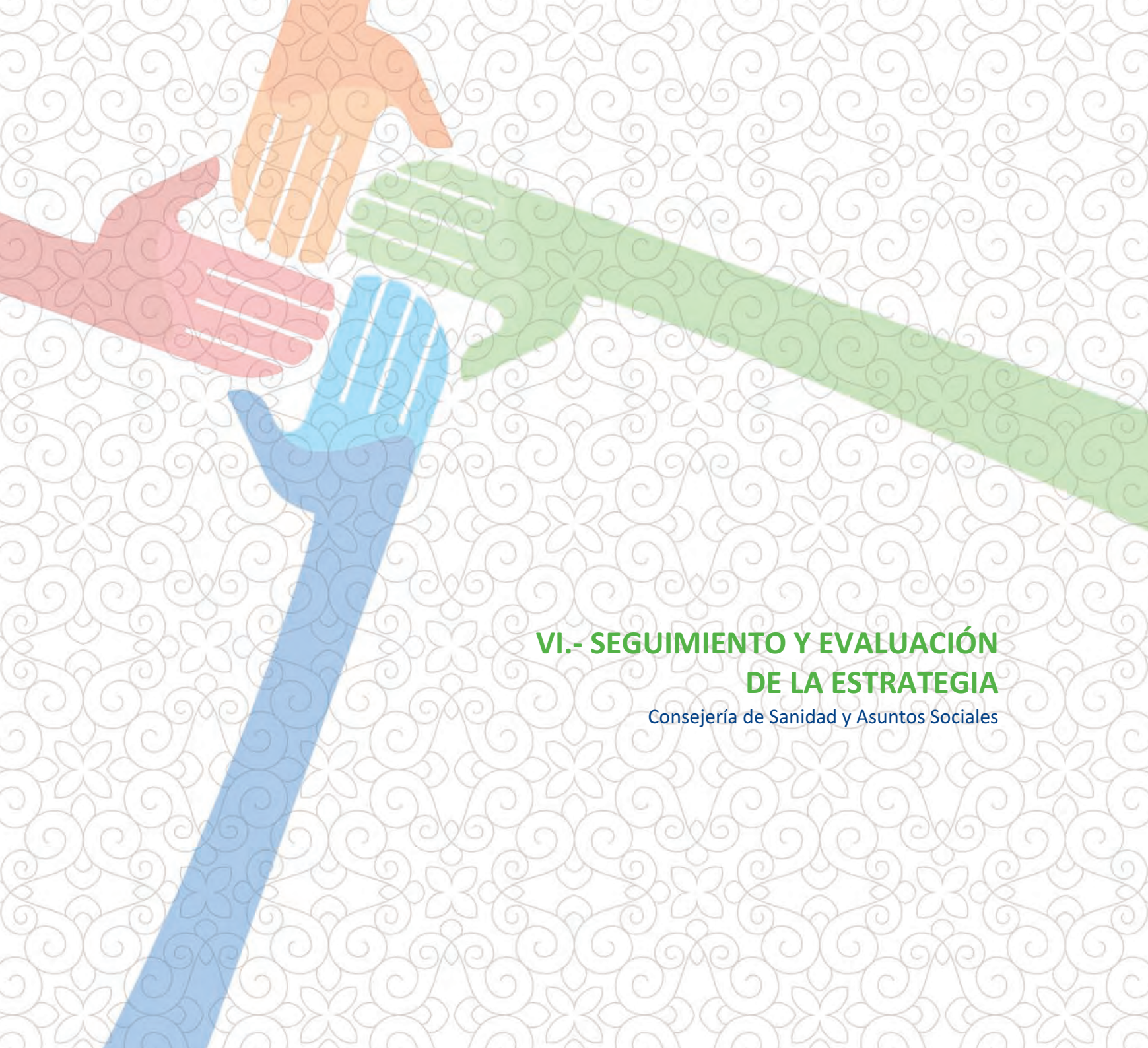
Líneas de actuación:

1. Mejorar el sistema de información que permita registrar/evaluar la atención a la salud mental, organizado por niveles (actividades, profesionales, dispositivos, área y comunidad autónoma).
2. Elaboración del cuadro de mandos integral en salud mental.

Objetivo estratégico 6.2. Promover la utilización de TICs e innovaciones tecnológicas en la práctica asistencial y actividades de coordinación y comunicación entre profesionales y dispositivos.

Líneas de actuación:

1. Implantación informatizada de un modelo único de historia clínica de salud mental, que mejore los sistemas de registro.
2. Implantación de una aplicación informática que dé soporte a los procesos asistenciales integrados en salud mental.



VI.- SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA

Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales

VI.- SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA

VI.1.- CUADRO DE MANDOS INTEGRAL

	ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS	INDICADORES
RESULTADOS Y SOSTENIBILIDAD	Sostenibilidad de la red de Salud Mental	Garantizar la dotación presupuestaria adecuada a las necesidades de la Red de SM.	Evolución del gasto en Salud Mental
	Calidad de los servicios y de la práctica clínica	Establecer sistemas de evaluación continua de la calidad de los servicios y dispositivos	Resultados de encuestas de satisfacción a usuarios y profesionales
	Satisfacción	Mejorar la satisfacción de usuarios y profesionales	
USUARIOS (personas con trastorno mental y sus cuidadores informales)	Accesibilidad y adecuación de la Atención	Conseguir que los pacientes estén en el Dispositivo adecuado de acuerdo a sus necesidades sanitarias y sociales	Creación de un Centro Regional sanitario de larga estancia Número de plazas residenciales concedidas en centros de mayores y en centros de atención de personas con discapacidad/provincia/año
		Hacer participe al paciente en la toma de decisiones sobre su tratamiento	Resultados de las encuestas de satisfacción
	Mayor participación y confianza	Reconocer la figura del cuidador informal	Número de actuaciones de apoyo llevadas a cabo con los cuidadores informales
		Desarrollar actuaciones de sensibilización y de lucha contra el estigma	Número de actuaciones puestas en marcha en C-LM



PROCESOS INTERNOS (Organizativos y Asistenciales)	Completar la Red de Salud Mental	Completar la RSM mediante la puesta en marcha de los siguientes dispositivos Asegurar y adecuar la dotación mínima de recursos humanos y aumentar la dotación de enfermería especialistas en SM y trabajadores sociales	Número de dispositivos y profesionales por año
		Desarrollar los procesos asistenciales en Patología Mental Grave (TMG e IPPEP) y el Proceso de Trastorno Mental Común Poner en marcha el programa asistencial comunitario intensivo y el programa de gestión de casos.	Evaluación a través de indicadores de procesos Número de casos atendidos en cada programa
	Desarrollar nuevos modelos de trabajo, innovadores y eficientes	Mejorar la atención en la salud mental infanto-juvenil	Número de programas infanto-juveniles creados
		Desarrollar programas de intervención para colectivos específicos	Número de programas creados
	Priorización de la eficiencia y equidad en la asignación de recursos	Creación de organismo intersectorial de política asistencial en Salud Mental	Creación del organismo intersectorial
		Elaborar la Estrategia de Inserción laboral para las personas con enfermedad mental	Creación de la Estrategia
		Desarrollar programas de eficiencia en el uso y prescripción de psicofármacos	Número de programas creados
		Mejorar la atención en zonas rurales alejadas de los dispositivos.	Número de pacientes atendidos en zonas rurales con dificultades en la accesibilidad



APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	Innovación tecnológica	Potenciar el empleo de las herramientas telemáticas	Número de actividades realizadas mediante estas herramientas
		Potenciar y mantener el programa de formación integral y transversal en Salud Mental	Número de horas de actividades de formación de cada programa anual
	Gestión del conocimiento (Formación e Investigación)	Crear el banco de conocimientos en salud mental	Creación del banco
		Fomento de la investigación, priorizando los proyectos de evaluación e innovación de la calidad asistencial en SM	Número de proyectos de investigación desarrollados en el periodo, que se ajusten a dichas características



VII.- BIBLIOGRAFÍA

Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales

VII.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Organización Mundial de la Salud. Declaración Europea de Salud Mental del Plan de Acción de Helsinki (2006). Disponible en: www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf
- 2.- Organización Mundial de la Salud y Unión Europea. Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_es.pdf
- 3.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>
- 4.- Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_10Rev1-sp.pdf
- 5.- Organización Mundial de la Salud. Mental Health Atlas 2011. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/en/
- 6.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
- 7.- AYUSO MATEOS, J.L. “Magnitud e impacto epidemiológico y social de la conducta suicida”. En: BOBES GARCÍA, J., GINER UBAGO, J., SÁIZ RUIZ, J. (edit.) Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Fundación Española de psiquiatría y Salud Mental. Editorial: Triacastela Madrid, 2011. ISBN: 978-84-95840-59-2. (págs. 17-36).
- 8.- PÉREZ CAMARERO, S. “El suicidio adolescente y juvenil en España”. Revista de estudios de juventud. Editorial: Instituto de la Juventud. Marzo 2009; nº 84. ISSN: 0211-4364.(págs. 126-142.).



- 9.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES). 2012/2013. Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>
- 10.- Castilla La Mancha. Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010. Disponible en: <http://pagina.jccm.es/sanidad/salud/plansa05.pdf>
- 11.- Castilla La Mancha. Plan de Alcoholismo y Drogodependencias de Castilla-La Mancha 2006-2010. Disponible en: <http://pagina.jccm.es/sanidad/salud/pad06.pdf>
12. Gobierno del Principado de Asturias. Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011-2016. Disponible en: <http://www.unioviedo.es/psiquiatria/legislacion/documentos/asistencia/2011/PLAN%20DE%20SALUD%20MENTAL%20PARA%20ASTURIAS%202011-2016.pdf>
13. Gobierno de Navarra. Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/6A6E64AE-3376-4E55-B865-FCBB4C7C531D/230852/PlanestrategicoSaludMental20122016.pdf>
14. Comunidad Autónoma del País Vasco. Estrategia en Salud Mental de la CAPV 2010. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkpubl02/es/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/mental.html.
- 15.- Comunidad Autónoma de Madrid. Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142585101254&language=es&pagename=Portal-Salud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329829817

Normativa referenciada:

- 1.- Castilla-La Mancha. Orden de 18/11/2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, de los requisitos técnicos de los centros y servicios para la atención a la salud mental. Diario Oficial de Castilla La Mancha, de 29 de Noviembre de 2010, Nº 230, págs. 55.193 – 55. 212.
- 2.- Castilla-La Mancha. Orden de 29/10/2013, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, de modificación de la Orden de 18/7/2013, de modificación de la Orden de 18/12/2012, de las Gerencias de Atención Integrada del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Diario Oficial de Castilla-La Mancha, de 31 de Octubre de 2013, Nº 212, págs. 29.243 y 29.244.

Otros documentos bibliográficos consultados:

- 1.- RODRÍGUEZ PERERA, F. P., PEIRÓ, M., “La planificación estratégica en las organizaciones sanitarias”. Revista Española de Cardiología, 2012; 65 (8). Págs. 749-754.
- 2.- MARTÍNEZ – HERNÁEZ, A., MARÍ-KLOSE, M., JULIÀ, A., ESCAPA, S., MARÍ-KLOSE, P. “Consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes: su asociación con los estados de ánimo negativos y los factores familiares”. Revista Española de Salud Pública, 2012; 86: 101-114.
- 3.- Cuaderno Técnico. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2000. Nº 4. Madrid. “Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad”. Ed.: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- 4.- Cuaderno Técnico. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2009. Nº 10. Madrid. “Consenso sobre atención temprana a la psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría”. Ed.: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- 5.- Cuaderno Técnico. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2009. Nº 14. Madrid. “Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes”. Ed.: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

- 6.- Cuaderno Técnico. Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2011. Nº 15. Madrid. "Informe descriptivo de la situación de la atención a la salud mental en las Comunidades Autónomas". Ed.: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- 7.- OLIVA MORENO, J., ARANDA RENEÓ, I., HIDALGO VEGA, A., GONZÁLEZ DOMÍNGUEZ, A., VILAPLANA, C. "Cuidados informales asociados a la limitación de la autonomía en personas con esquizofrenia". Documentos de Trabajo. Departamento de Análisis Económico y Finanzas de UCLM. DT/DAEF 2012/1. ISSN: 1989-4856.
- 8.- LASA-ZULUETA, A., JORQUERA-CUEVAS, C. Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA Nº 2007/09.
- 9.- RICCI-CABELLO, I., RUIZ-PÉREZ, I., PLAZAOLA-CASTAÑO, J., MONTERO-PIÑAR, I., "Morbilidad psíquica, existencia de diagnóstico y consumo de psicofármacos. Diferencias por comunidades autónomas según la encuesta de salud de 2006".
Revista Española de Salud Pública, 2010; 84: 29-41.
- 10.- HORNILLOS JÉREZ, C., RODRÍGUEZ PEDRAZA, E., GONZÁLEZ AGUADO, F., FERNÁNDEZ LIRIA, A., "Presencia física de profesionales de salud mental en un Centro de Atención Primaria como forma alternativa de coordinación. Una experiencia piloto".
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2009; vol. 29, Nº 104: págs. 355 - 370.
- 11.- JIMÉNEZ ESTÉVEZ, J.F., "El papel del observatorio de salud mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN en la evaluación y planificación asistencial. Recursos de profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España".
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Octubre-Dic. 2011; Vol. 31. Nº 4: págs. 735 -751.

- 12.- LÓPEZ GÓMEZ, D. "Continuidad de cuidados y desarrollo de sistemas de apoyo comunitario: atención a personas con trastorno mental severo en el medio rural".
Revista de Rehabilitación Psicosocial. Enero 2006. Vol. 3. Nº 1. págs. 17-25.
- 13.- DE FRANCISCO BELTRÁN, P., GOENAGA PALANCARES, E., "Diferencias de la demanda en salud mental según hábitat".
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Octubre-Dic. 2002; Vol. 22. Nº 4: págs. 105-113.
14. – Agencia Española del Medicamento. Informe sobre el uso de benzodiacepinas en España (1992-2006).
Disponible en: http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/.../ansioliticos_hipnoticos.pdf
- 15.- LANDA GONZÁLEZ, N., GOÑI SARRIÉS, A., GARCÍA DE JALÓN ARAMAYO, E., LISAZOAIN URRRA, E.,
"Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental".
Revista de Atención Primaria. 2008; 40 (6): págs. 285- 289.
- 16.- NAVARRO BAYÓN, D., "Rehabilitación psicosocial para enfermos mentales graves en contextos rurales: alternativas a los modelos tradicionales".
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Abril- Junio 2003; Vol.86: págs. 106-122



VIII.- ACRÓNIMOS

Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales

VIII. ACRÓNIMOS:

1C: Primeras Consultas
AE: Atención Especializada
AP: Atención Primaria
CAEM: Centro de Atención Especializada al Menor
CCAA: Comunidades Autónomas
CEE: Centros Especiales de Empleo
CESS: Centro de Estudios Sociosanitarios
CEX: Consultas Externas
CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades
CFyE: Centros de Formación y Empleo
CLM: Castilla-La Mancha
CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos
CRPSL: Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral
DG: Dirección General
DGCPOI: Dirección General de Calidad, Planificación, Ordenación e Inspección
DD: Discapacitados
DDD: Dosis Diaria Definida
DHD: Dosis Habitante Día
ESM-CLM: Estrategia de Salud Mental de Castilla-La Mancha
ESTUDES: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias
FEA: Facultativo Especialista de Área
FISLEM: Fundación Sociosanitaria para la Integración Sociolaboral del Enfermo Mental
FSCLM: Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha
GRD: Grupos Relacionados con el Diagnóstico
HD: Hospital de Día
HDA: Hospital de Día de Adultos
HD I-J: Hospital de Día Infante Juvenil
IEN: Instituto de Enfermedades Neurológicas
OMS: Organización Mundial de la Salud
PAC: Programa Asertivo Comunitario



PAISM: Proceso Asistencial Integrado de Salud mental
PMC: Patología Mental Común
PMG: Patología Mental Grave
PSQ: Psiquiatría
RASM: Red de Atención a la Salud Mental
RPLE: Registro de Pacientes en Lista de Espera
RRCC: Residencias Comunitarias
RRMM: Residencias de Mayores
SAAD: Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia
SESCAM: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
SIAE: Sistema de información de Atención Especializada
SM: Salud Mental
TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
TIC: Tecnología de la Información y Comunicación
TIS: Tarjeta Individual Sanitaria
TLP: Trastorno Límite de la Personalidad
TMC: Trastorno Mental Común
TMG: Trastorno Mental Grave
TP: Trastorno de la Personalidad
UCA: Unidad de Conductas Adictivas
UCLM: Universidad de Castilla-La Mancha
UHB: Unidad de Hospitalización Breve
ULE: Unidad de Larga Estancia
UME: Unidad de Media Estancia
URR: Unidad Residencial Rehabilitadora
USM: Unidad de Salud Mental
USM I-J: Unidad de Salud Mental Infanto juvenil
UTA: Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria
VVSS.: Viviendas Supervisadas
ZBS: Zona Básica de Salud





IX.- PARTICIPANTES

Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales

PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DE LA ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL:

M ^a Jesús Montes Lozano	Psiquiatra Coordinadora del Área de Salud Mental de Albacete Hospital Perpetuo Socorro (Albacete)
M ^a Antonia Carrasco Antuña	Psiquiatra Coordinadora del Área de Salud Mental de Ciudad Real. Hospital G.U. de Ciudad Real
José Luis Santos Gómez	Jefe del Servicio de Psiquiatría Hospital Virgen de la Luz (Cuenca)
María Ángeles Núñez Lloveres	Jefa de Sección de Dispositivos Ambulatorios. Hospital Universitario de Guadalajara
David Huertas Sánchez	Jefe de Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario de Guadalajara
Román Solano Ruipérez	Psiquiatra Hospital Virgen de la Luz (Cuenca)
Ana María Jiménez Pascual	Jefa del Servicio de Psiquiatría Coordinadora de Área de Salud mental Mancha Centro Hospital General Mancha Centro (Ciudad Real)
Enrique Escobar Saiz	Psiquiatra Hospital General Mancha Centro (Ciudad Real)
Luis León Aullé	Psiquiatra Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil Hospital General Mancha Centro (Ciudad Real)



Carlos Castor Moreno Rubio	Jefe del Servicio de Psiquiatría Coordinador de Área de Salud Mental de Talavera Hospital Nuestra Señora del Prado Talavera de la Reina (Toledo)
María del Pino Morales Socorro	Jefa del Servicio de Psiquiatría Coordinadora de Área de Salud Mental de Toledo Complejo Hospitalario de Toledo
Natividad María González,	Trabajadora Social Coordinadora del Grupo Regional de Trabajo (GRT) de Trabajadores Sociales Unidad de Salud Mental de Guadalajara
José Antonio López Cócera	Enfermero Asesor de la Dirección Regional de Salud Mental (SESCAM) Coordinador del GRT de Enfermería
Daniel Olivares Zarco	Psiquiatra Unidad de Hospitalización Breve (UHB) Hospital General Universitario de Guadalajara
Gracia González-Carpio Hernández	Psicóloga Clínica Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil Coordinadora del GRT de Salud Mental Infanto Juvenil Complejo Hospitalario de Toledo
Virtudes Morales Contreras	Psiquiatra Hospital de Día de Adultos Coordinadora del GRT de Hospitales de Día Complejo Hospitalario de Toledo



PARTICIPANTES

María Luz Fernández Martín	Médico Asesora de la Dirección Regional de Salud Mental (SESCAM) Coordinadora del GRT de Unidades de Media Estancia
Luis Beato Fernández	Psiquiatra Unidad de Hospitalización Breve (UHB) Infanto Juvenil Coordinador de Área de Salud Mental de Ciudad Real Hospital Universitario de Ciudad Real
Luis Alberto Casas Toral	Departamento de Atención Psicosocial Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha
Jorge Arenas de la Cruz	Terapeuta Ocupacional Coordinador GRT de Terapeutas Ocupacionales Hospital Nuestra Señora del Prado Talavera de la Reina (Toledo)
María del Mar Sánchez Fernández	Médico Unidad de Conductas Adictivas Coordinadora PAIME Castilla La Mancha Hospital G. U. de Ciudad Real
Laura Marín Moya	Directora de Residencia Comunitaria de Cuenca Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha
Beatriz Villora Galindo	Trabajadora Social Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL) de Cuenca . Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha
Josefa Montejano Villalba	Terapeuta Ocupacional. CRPSL de Villarrobledo (Albacete) AFAEM Villarrobledo



Domingo Segovia Garrido	Psicólogo Equipo de Atención Comunitaria de La Roda (Albacete) Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha
Ana Belén Martínez Sánchez	Psiquiatra Unidad de Salud Mental de Quintanar de la Orden y Villacañas (Toledo) Coordinadora GRT de Unidades de Salud Mental
José López Santiago	Psicólogo Clínico de la Unidad de Salud Mental de Albacete Coordinador GRT de Trastorno Mental Común
Jesús López-Torres Hidalgo	Médico de Familia Centro de Salud Zona IV de Albacete
César Margüenda Timón	Director de Residencia Comunitaria Talavera de la Reina (Toledo) Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha
Estefanía Escobar Segura	Psiquiatra Unidad de Hospitalización Breve (UHB) Coordinadora GRT de UHBs. Hospital Universitario de Guadalajara.
José Contreras Martínez	Psicólogo CRPSL de Albacete. AFAEPS
José María Yagüe Mayo	Médico Director Sanatorio Alcohete (Guadalajara)
Juan Domingo Martín Ortiz	Psicólogo CRPSL de Ciudad Real. APAFES



PARTICIPANTES

Dolores Valiente Alcocel	Psicóloga del CRPSL de Hellín (Albacete) Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha
Piedad Barrilero Manzaneque	Psicóloga y Directora del CRPSL de Tomelloso (Ciudad Real) Ayuntamiento de Tomelloso
Pilar Peces Jiménez	Médico Jefa de Sección de Calidad de Centros. D. G. de Calidad, Planificación, Ordenación e Inspección. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales
Silvia Serrano Balairón	Médico Sección de Calidad de Centros D. Gral. de Calidad, Planificación, Ordenación e Inspección Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales
Sonia Megías Amat	Responsable Técnico y Psicóloga del CRPSL de Almansa (Albacete). AFAENPAL
Teresa Jerez Calero	Psicóloga del CRPSL de Villarrobledo (Albacete) AFAEM Villarrobledo
Victoria Vara Rodríguez	Psicóloga del CRPSL de Guadalajara Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha
Antonio Palacios Ruiz	Psicólogo Hospital Universitario de Guadalajara
Victoria De Felipe García Baldón	Psicóloga Hospital Universitario de Guadalajara



Noelia De Miguel Lamparero	Psicóloga Hospital Universitario de Guadalajara
M ^a del Carmen Díaz Fernández	Psiquiatra Hospital General Mancha Centro
Olaia Fernández Fernández	Psiquiatra Hospital General Mancha Centro
Violeta Alba Fernández	Psicóloga Hospital General Mancha Centro
Máximo Almodóvar Alcaide	Psicólogo Hospital Nuestra Señora del Prado Talavera de la Reina (Toledo)
Beatriz Carrasco Calvo	Psiquiatra Hospital Virgen de la Luz de Cuenca
Olimpia Díaz Mandado	Psicóloga del CRPSL de Toledo Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha
Lorenzo Prado Martín	Psiquiatra Hospital General Universitario de Ciudad Real
Filomena Polo Montes	Psiquiatra Hospital General Universitario de Ciudad Real
Rocío Gómez-Porro Zamora	Supervisora Salud Mental Hospital General Universitario de Ciudad Real



PARTICIPANTES

Manuel Castellanos Tejero	Supervisor Salud Mental Gerencia de Atención Integrada Ciudad Real
Milagros Cortijo Santos	Supervisora Salud Mental Gerencia de Atención Integrada Guadalajara
Julio Fernández Gallego	Enfermero de Salud Mental Infanto Juvenil Gerencia Atención Integrada de Alcázar de San Juan (Ciudad Real)
Francisco José Piedra Tutor	Psiquiatra Complejo Hospitalario de Toledo
Juan Antequera Iglesias	Psicólogo Hospital Provincial de Toledo
Javier Ortega Santamaría	Psicólogo Asociación de Familiares y Amigos de Personas con Enfermedad Mental (AFAEPS)



María del Carmen Navarro Honrado	Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Castilla-La Mancha (FEAFES Castilla La Mancha)
M ^a José Calderón Rodríguez de Guzmán	Asociación Provincial de Amigos, Familiares y Enfermos Psíquicos (APAFES). Ciudad Real
Isabel Serra Martínez	Asociación de Familiares y Amigos de Personas con Enfermedad Mental (AFAEPS)
Tomás De Haro de la Cruz	Asociación de Familiares, Amigos y Personas con Enfermedad Mental DESPERTAR (Toledo)
Yolanda Rodríguez Martínez	Asociación de Padres de Autistas de Toledo (APAT)
Javier Rodrigo Navas	AFAUS Pro Salud Mental (Guadalajara)
José Ángel Turrillo Pozo	Asociación Provincial de Amigos, Familiares y Enfermos Psíquicos (APAFES). Ciudad Real
Rufina Pérez Ortega	Asociación de Familiares, Amigos y Personas con Enfermedad Mental DESPERTAR (Toledo)
Miguel Ángel Farao	Asociación Pro Salud Mental NUEVA LUZ (Tarancón)
Cristina Marín Blanco	Asociación PUERTAS ABIERTAS Tomelloso (Ciudad Real)
Sandra Díaz Conde	Asociación Talaverana de amigos, familiares y personas con enfermedad mental (ATAFES)
Néstor Ceballos López-Manzanares	Asociación Pro Salud Mental VIVIR (FEAFES Cuenca)

Raúl Cantarero De la Ossa	Asociación NUEVA LUZ
Montserrat Vázquez Lolo	Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Castilla La Mancha (FEAFES Castilla-La Mancha)
Sonia Huerta Mendieta	Asociación Mentes Abiertas de La Roda (AMAR). Albacete
Clara Sánchez Arenas	Asociación Mentes Abiertas de La Roda (AMAR). Albacete
Concepción García Carrillo	Asociación de enfermos y familiares de los trastornos de conducta alimentaria "San José" de Castilla-La Mancha (ABUCAMAN)
Pedro Jiménez Valero	CRPSL de Albacete
Alicia Sánchez De la Morena Bellosó	CRPSL de Toledo
Pilar Gómez Catalán	Asociación Pro Salud Mental NUEVA LUZ (Tarancón)
Víctor Ugidos Hazas	CRPSL de Ciudad Real
Fernando Sánchez Sánchez	Asociación Talaverana de amigos, familiares y personas con enfermedad mental (ATAFES)

REVISORES EXTERNOS

Álvaro Rivera Villaverde	Director Gerente del Centro San Juan de Dios, Ciempozuelos (Madrid)
José Rodríguez Escobar	Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad
Mercedes Tormo Postigo	Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental (ANESM)
María Dolores Gómez Castillo	Colegio Oficial de Psicólogos de Castilla-La Mancha
Juan Antonio Estévez Salinas	Asociación Española de Neuropsiquiatría en Castilla-La Mancha

Estrategia en Salud Mental de Castilla-La Mancha 2015-2017

Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales
Avda. de Francia, 4, 45071. Toledo