

The background is a solid teal color. On the left side, there is a large, abstract graphic composed of many thin, white, wavy lines that curve and flow downwards and to the right, creating a sense of movement and depth.

PLAN DE SALUD MENTAL

DE CASTILLA-LA MANCHA _ 2005 2010

■ EDITA

Dirección General de Planificación y Atención Sociosanitaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD
JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA

■ DIRECTOR DEL PLAN

José Luis López Hernández
Director General de Planificación y Atención Sociosanitaria

■ COMITÉ DE ELABORACIÓN DEL PLAN

José Antonio Contreras Nieves
Director Gerente de FISLEM
Jaime Domper Tornil
Jefe de Servicio de Salud Mental. SESCOAM
Flor Morillo Garay
Jefa de Servicio de Planificación. Consejería de Sanidad.
Olga Solas Gaspar
Jefa del Observatorio de Salud. FISCAM

■ IMAGEN DE PORTADA

Enrique Galindo
Título de la obra: Ciudad violeta
Acrílico y fotografía digital / papel.

Diseño y maquetación: IMP Comunicación.
Impresión y encuadernación: AGSM
Depósito Legal: AB-20-2006

■ EQUIPO TÉCNICO

Consejería de Sanidad
Sonia Cercenado Sorando
Asesora Médica
Enrique Galindo Bonilla
Asesor de Salud Mental
José Juan Navarro Zafra
Auxiliar Administrativo

■ Servicio de Salud de Castilla- La Mancha
Aurora Sánchez González
Asesora de Gestión y Valoración de Procesos

■ Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha
Natalia Magariños Lagúa
Técnica del Observatorio de Salud
Teresa Alonso Alonso
Técnica del Observatorio de Salud



PRESENTACIÓN

PLAN DE SALUD MENTAL

2005-2010

Hemos avanzado mucho en las últimas tres décadas en la atención a los enfermos mentales en Castilla-La Mancha, sobre todo, desde que se constituyó en comunidad autónoma en 1982 y asumió parte de las transferencias de salud mental.

Hace 21 años el Gobierno Regional aprobó su primer Plan de Salud Mental, se ha hecho un esfuerzo continuo, en colaboración permanente con los profesionales y los familiares de las personas que sufren trastornos mentales, es decir con toda la sociedad castellano-manchega, para lograr que cada día que pasa los enfermos mentales sean cada vez más iguales al resto de enfermos de nuestro sistema sanitario en el trato y la asistencia que reciben, tras siglos de aislamiento social y de encierro en manicomios y hospitales psiquiátricos, estigmatizados como pacientes peligrosos e irrecuperables para la sociedad.

Ahora publicamos el nuevo Plan de Salud Mental 2005-2010, consensuado con los profesionales y los propios enfermos y sus familiares, y que cuenta con el respaldo unánime de las Cortes Regionales, con un objetivo claro: una vez que culmine este plan, las personas con trastornos mentales puedan acceder en Castilla-La Mancha a una red para la atención de la salud mental coordinada e integrada en nuestro sistema sanitario público, y con un amplio abanico de recursos y dispositivos ubicados en su entorno más cercano y familiar para su rehabilitación psicosocial y laboral.

Una red regional de salud mental de alta calidad en su prestación, que apoye de manera permanente a los familiares y cuidadores de estos enfermos, con especial atención a aquellos que carecen de apoyo familiar y social, que apueste por un enfoque asistencial comunitario y la integración sociolaboral



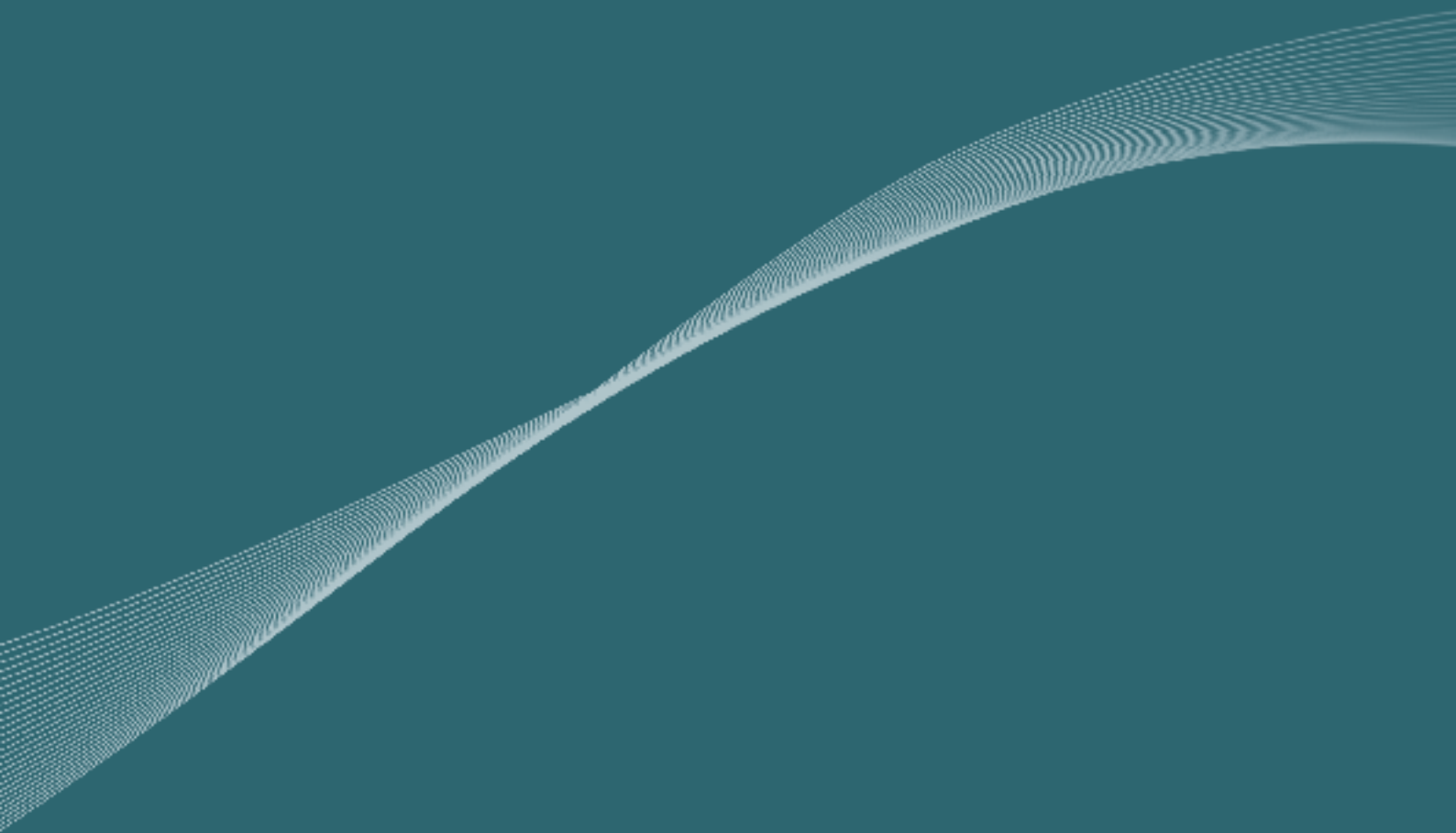
de este colectivo, que destierre de manera definitiva el estigma social que persigue al enfermo mental, y que impulse la formación y la investigación.

Y estoy seguro de que lo vamos a lograr entre todos porque a fecha de hoy, Castilla-La Mancha ha dado importantes pasos en ese sentido, especialmente desde que asumimos en enero de 2002 las competencias de asistencia sanitaria, entre las que se incluía la de los enfermos mentales agudos, y ya cuenta con una importante red de recursos, tanto humanos como asistenciales y sociosanitarios, destinados a la atención y el cuidado de estos enfermos, que son unos 2.400 con trastornos muy graves o severos en Castilla-La Mancha, según las últimas estimaciones.

El Gobierno de Castilla-La Mancha va a destinar durante el próximo quinquenio 200 millones de euros para llevar a cabo las acciones previstas en este nuevo Plan de Salud Mental, que duplica lo invertido en el anterior del periodo 2000-2004, durante el cual hemos creado 44 nuevos dispositivos, incorporado más de 250 profesionales y habilitado más de 2.000 nuevas plazas para enfermos mentales de la región.

Si hemos logrado en estos últimos veinte años colocar a Castilla-La Mancha a la vanguardia en materia de salud mental en España, como señala la propia Asociación Española de Neuropsiquiatría, en 2010 queremos consolidar esta privilegiada posición, porque significará que las personas aquejadas de trastornos mentales que residen en nuestra región dispondrán de unos dispositivos modernos, funcionales e integrados en nuestro sistema sanitario público y con unos profesionales más capacitados, preparados y motivados para ofrecer la mejor atención posible a estos enfermos.

Roberto Sabrido Bermúdez
Consejero de Sanidad



1_ LA SALUD MENTAL	9
1.1. Introducción.....	10
1.2. Breve historia de la salud mental en Castilla-La Mancha	11
2_ MARCO NORMATIVO	15
2.1. Ética y derechos humanos para las personas con trastornos mentales.	16
2.2. Ámbito estatal.....	17
2.3. Ámbito de Castilla-La Mancha	20
3_ EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL 2000-2004.....	25
4_ METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PLAN	35
5_ ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN CASTILLA-LA MANCHA.	41
5.1. Castilla-La Mancha	42
5.2. El trastorno mental en Castilla-La Mancha	48
5.3. Necesidades y demandas de las personas con trastorno mental y de sus cuidadores.	60
6_ DISPOSITIVOS Y RECURSOS PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN CASTILLA-LA MANCHA.	63
6.1. Ordenación territorial sanitaria	64
6.2. Modelo de red integral para la atención a la salud mental.	66
6.3. Dispositivos para la atención a la salud mental.	68
6.4. Asociaciones de familiares y enfermos mentales.....	77
7_ PREVISIÓN DE DOTACIÓN DE RECURSOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL.....	79
7.1. Red de dispositivos de salud mental.	80
7.2. Recursos humanos.....	82
8_ OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN.....	85

8.1. OBJETIVO 1. Consolidar la red de atención integral a la salud mental.....	88
8.2. OBJETIVO 2. Promover el bienestar mental de los ciudadanos y potenciar la prevención de los trastornos mentales.....	91
8.3.OBJETIVO 3. Mejorar los procesos de atención a las personas con trastorno mental y a sus familias.....	94
8.4.OBJETIVO 4. Fomentar la cultura de la calidad en los servicios de salud mental.....	101
8.5.OBJETIVO 5. Diseñar e implantar el sistema de información en salud mental.....	104
8.6.OBJETIVO 6. Potenciar la integración social de las personas con trastorno mental.....	105
8.7.OBJETIVO 7. Impulsar la formación e investigación en salud mental.....	107

9_ CRONOGRAMA DE ACTUACIONES

PLAN DE SALUD MENTAL 2005-2010.....	113
--	------------

10_ DIRECCIÓN, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

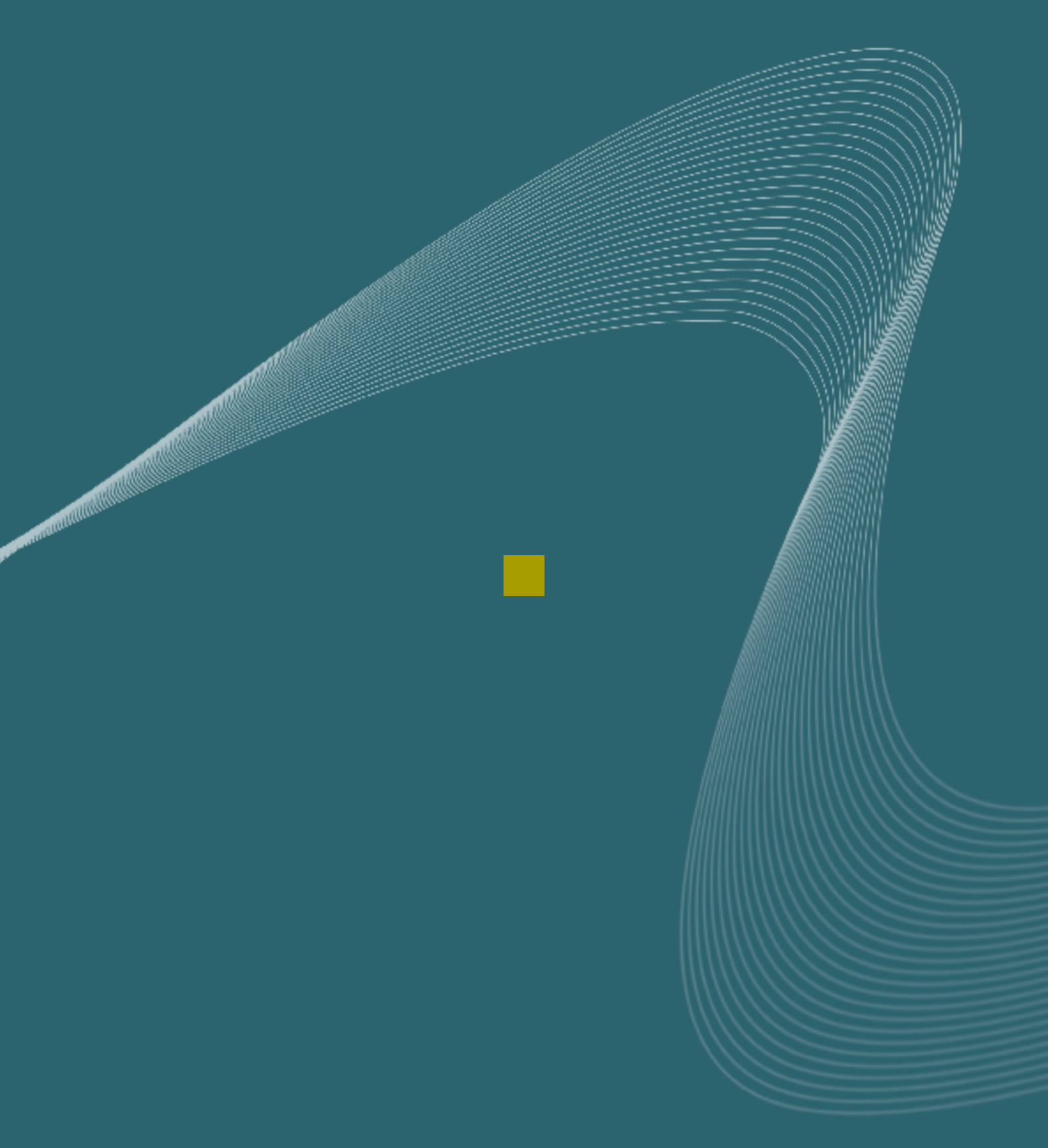
DEL PLAN DE SALUD MENTAL	117
---------------------------------------	------------

11_ INDICADORES DE SEGUIMIENTO Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS

OBJETIVOS DEL PLAN DE SALUD MENTAL.....	121
--	------------

ANEXOS

Anexo 1. Relación de participantes que han intervenido en la elaboración del Plan de Salud Mental.....	136
Anexo 2. Siglas utilizadas	146
Anexo 3. Relación de tablas y gráficos que aparecen en el Plan.....	148
Anexo 4. Tablas.....	152
Anexo 5. Tablas y gráficos de la evaluación del Plan de Salud Mental 2000-2004.....	158
Anexo 6. Bibliografía.....	164
Anexo 7. Previsión de financiación del Plan de Salud Mental 2005-2010 por la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.....	168
Anexo 8. Guía de recursos	170
Anexo 9. Asociaciones relacionadas con salud mental.....	176



CAPÍTULO UNO



LA SALUD MENTAL



1_LA SALUD MENTAL

1.1. Introducción.

El concepto de salud mental va implícito en el concepto de salud como algo indisoluble y entendido en un sentido amplio e integral. Las actitudes de la población respecto a la salud han cambiado en la medida que han ido cambiando los valores sociales. Y éstos han posibilitado que el concepto no sólo se centre en lo curativo sino que se consideren aspectos como el entorno, los factores de riesgo, el estilo de vida, la educación sanitaria y todo cuanto contribuya a su promoción y prevención.

La salud mental se contempla como un proceso dinámico, por el cual todas las personas a lo largo de nuestras vidas atravesamos por diferentes períodos en los que el grado de salud varía dentro de un proceso continuo salud-enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe 2001 sobre la salud en el mundo se refiere a la salud mental en términos de "nueva comprensión, nueva esperanza". Así, dicho informe vierte nueva luz en trastornos mentales y ofrece nueva esperanza a las personas que sufren enfermedad mental y a sus familias. Este informe proporciona una revisión comprensiva sobre la carga de los trastornos mentales y de los principales factores que contribuyen a ello.

Este mismo documento informa que los problemas mentales, neurológicos o del comportamiento, afectan a 450 millones de personas en todo el mundo, y se estima que alrededor de un 25 % de la población mundial podría padecer algún trastorno mental a lo largo de su vida. Así mismo prevé que los trastornos mentales lleguen a ser la principal causa de años de vida perdidos ajustados por discapacidad, fundamentalmente a expensas de los trastornos depresivos.



El Programa de Acción Global de la Salud Mental fue desarrollado como carta recordatoria a este informe, dando prioridad a los servicios para los grupos y focos más vulnerables de la población en la prevención, tratamiento y rehabilitación, e incidiendo fundamentalmente en depresión, esquizofrenia, dependencia del alcohol y de droga, demencia, epilepsia, y riesgo del suicidio.

En la Conferencia Ministerial Europea de la OMS sobre Salud Mental, celebrada en Helsinki en enero de 2005, se estableció un plan de acción europeo para la salud mental, que fija los objetivos durante los próximos cinco años y las prioridades para mejorar la salud mental y alcanzar el bienestar de la población.

1.2. Breve historia de la salud mental en Castilla-La Mancha.

Entre los primeros Hospitales de Insanos del Viejo Mundo se erige el Nuncio Viejo de Toledo durante los siglos XV y XVI, prestando digna asistencia institucional, si los inquisidores no ofertaban destinos alternativos, a antecesores y paisanos de Alonso Quijano el Bueno.

Ya en el siglo XX, los tuberculosos y los locos mantuvieron normativa y centros de tratamiento específicos. Los primeros fueron cediendo sus instalaciones a los segundos, permaneciendo los Hospitales antaño de Beneficencia en manos de las corporaciones locales.

La implantación del seguro obligatorio de enfermedad en 1942 permite el desarrollo de la red nacional de la seguridad social con servicio de neuropsiquiatría y asistencia psiquiátrica, con un tímido desarrollo, siendo preponderante la aportación de recursos de las Diputaciones Provinciales y del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (posteriormente Administración Institucional de la Sanidad Nacional).

En Castilla-La Mancha se experimentan alternativas asistenciales importando modelos transpirenaicos (psiquiatría de sector), transapeninos y transatlánticos (provisión de la asistencia en el medio, la comunidad), siendo la región en la década de los 70 un laboratorio de ensayo de oeste a este (desde Albacete a Talavera de la Reina) y de norte a sur (desde Guadalajara a Ciudad Real).

Durante la clausura de las I Jornadas de Salud Mental, celebradas el 23 y 24 de abril de 1983, el entonces Consejero de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo se comprometió a la creación de una comisión regional de estudios de salud mental. Compromiso que se cumplió con la creación de esta comisión por acuerdo del Consejo de Gobierno de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha de 4 de mayo de 1983. La comi-



sión, formada por técnicos de diversos organismos e instituciones tuvo como objetivo prioritario la elaboración de un plan de salud mental. Hecho que se cumplió en noviembre de 1984.

La Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo asumió dicho plan y lo propuso a los restantes organismos e instituciones como documento de base para su debate, a fin de permitir una futura coordinación de recursos y, por tanto, un mejor aprovechamiento de los mismos. Este documento de 1984 se denominó Proyecto de Coordinación de la Asistencia a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, insistiendo más en la necesidad de coordinación, dentro de un modelo unificado, que en la presentación de un plan teórico, pudiendo considerarse como el Primer Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha. En él prevalece el enfoque comunitario, donde la comunidad y el núcleo familiar juegan un papel fundamental y donde se materializa mejor el abordaje biopsicosocial de los problemas de salud mental en consonancia con el concepto de salud que promulga la OMS y tal y como apostaba el modelo de reforma psiquiátrica plasmado meses más tarde en el informe de la Comisión Ministerial de abril de 1985. Para la ejecución del proyecto se suscribieron numerosos acuerdos interinstitucionales en las cinco provincias, que posibilitaron la progresiva extensión del nuevo modelo asistencial.

En 1990 el Grupo de Expertos en Salud Mental revisa la trayectoria institucional y propone un nuevo documento estratégico, el Plan Regional de Salud Mental, que se aprueba por Orden de 1 de junio de 1993 como marco de referencia para las actuaciones en salud mental, pues aunque en los últimos años se había avanzado en la reforma psiquiátrica, se hacía necesario un nuevo impulso, lo cual, este nuevo plan venía a darlo. Se establecieron dispositivos sanitarios especializados destinados a la atención a la salud mental en varios niveles y se promovió una filosofía de trabajo basada en la planificación, programación y evaluación, además de generalizar el modelo asistencial siguiendo los esquemas de funcionamiento comunitario tal y como se había iniciado ya con la reforma años antes.

En 1998 se crea un nuevo grupo de expertos con participación de afectados y familiares con el encargo de proponer estrategias para mejorar la asistencia en salud mental, aprobándose en enero de 2000 el Plan de Salud Mental de Castilla- La Mancha 2000–2004, con él se establece claramente la voluntad de avanzar en la reforma psiquiátrica desde un enfoque comunitario, impulsando de forma importante la atención a la salud mental. Se contemplan globalmente las necesidades de enfermos y familiares, más allá del marco estrictamente sanitario, diseñando una red diversificada de recursos para su cobertura.

La diligencia y eficacia de todos los implicados en el desarrollo del Plan de Salud Mental 2000-2004 nos conduce a reconocer que la reforma psiquiátrica ya ha tenido lugar en Castilla-La Mancha, pues se han puesto en marcha la mayoría de los dispositivos asistenciales recomendados. La contratación de más de 300 nuevos



trabajadores para prestar servicios a los enfermos mentales desde la diversidad de estos dispositivos es la prueba de ello.

Las Unidades de Salud Mental se erigen como verdadero eje asistencial al haber podido casi duplicar el número de profesionales de estas unidades en tan sólo tres años (contando con más de 250 profesionales en 2004).

Además, en sólo cinco años se han completado los a priori casi inalcanzables objetivos en recursos rehabilitadores, disponiendo en 2004 de plazas en Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral para más de 1.000 enfermos, y produciéndose la apertura progresiva de las Unidades de Media Estancia.

Gráfico 1. Evolución de los dispositivos de salud mental en Castilla-La Mancha. 1983-2004.

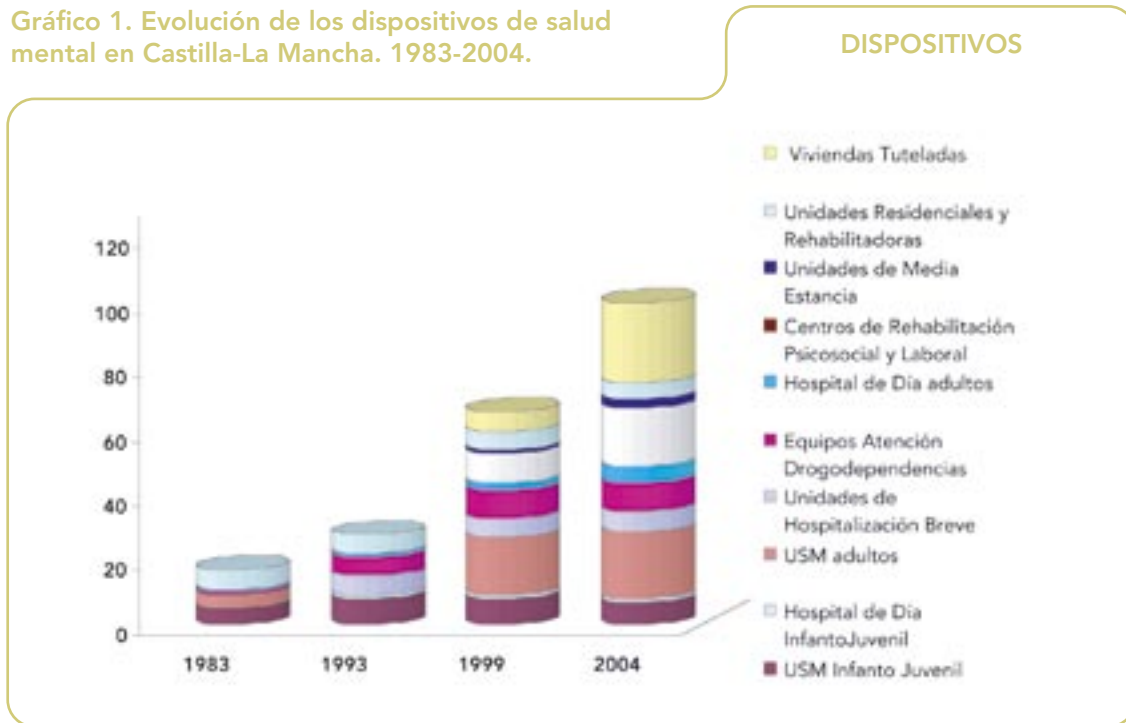
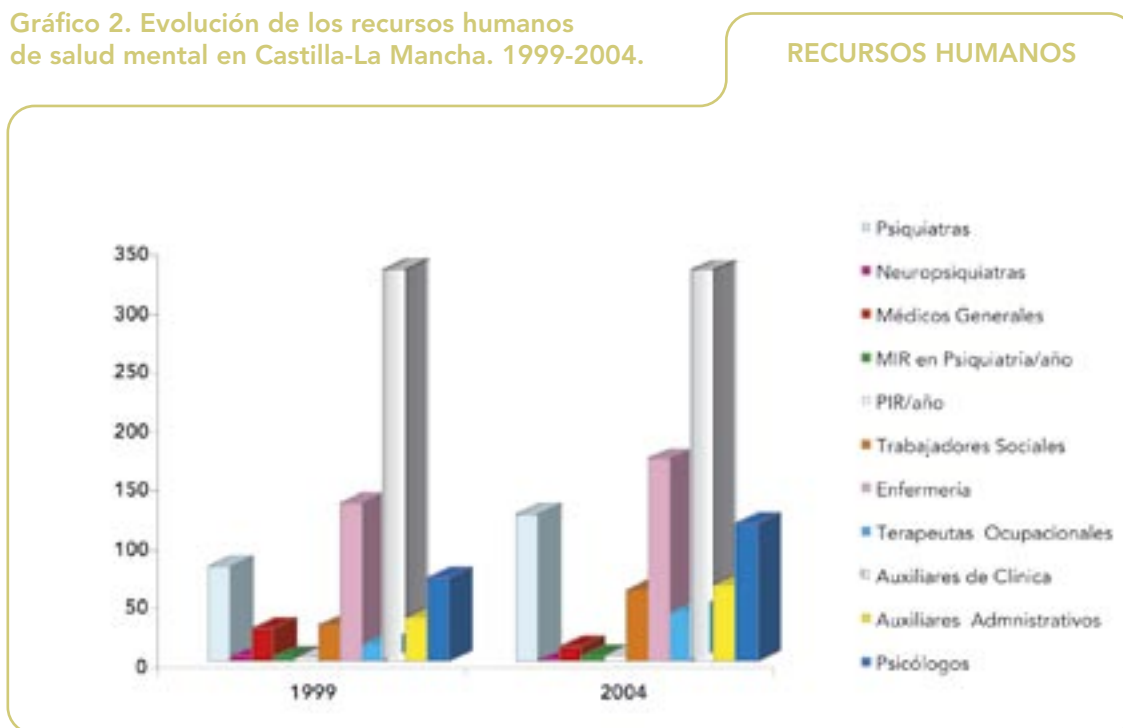




Gráfico 2. Evolución de los recursos humanos de salud mental en Castilla-La Mancha. 1999-2004.



En el momento actual, finalizado el Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2000-2004 es necesario seguir impulsando este proceso de reforma y consolidar el modelo de red integral para la atención de la salud mental con el fin de conseguir la total integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema público de salud y lograr una asistencia de calidad en la región. Con tal fin se elabora y aprueba el nuevo Plan de Salud Mental 2005-2010. ■ ■ ■

CAPÍTULOS



MARCO NORMATIVO



2_MARCO NORMATIVO

La evolución de la asistencia prestada al enfermo mental a lo largo de la historia ha dependido de la atribución causal de su trastorno y del reconocimiento de sus derechos.

2.1. Ética y derechos humanos para las personas con trastornos mentales.

Las referencias básicas que se deben tener en cuenta en la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastorno mental quedan recogidas en las siguientes resoluciones y declaraciones expresadas por diferentes organismos internacionales:

- Declaración de Luxor de 1989 de los derechos humanos para los enfermos mentales de la Federación Mundial de la Salud Mental. Explicita la responsabilidad gubernamental y social en la atención a los grupos vulnerables y a la promoción de la igualdad de derechos del enfermo.
- Resolución de Naciones Unidas 4/119 de diciembre de 1991 para la defensa de los derechos de los enfermos mentales. Reconoce el derecho a la no discriminación laboral, sanitaria, institucional y social de estas personas. Incluye, también, la no utilización de la psiquiatría con fines políticos, ideológicos o religiosos.
- Convenio Europeo para la protección de los derechos y dignidad del ser humano de 1997 con respecto a las aplicaciones y limitaciones sobre las personas de la biología y la medicina. Se plantea la armonización de las legislaciones nacionales en lo relativo a los derechos de los pacientes.



- Libro Blanco del Comité de Bioética del Consejo de Europa sobre protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastorno mental, ingresadas involuntariamente en centros psiquiátricos. Se abordan las condiciones y procedimientos de ingreso involuntario, los límites éticos al tratamiento, la prevención y el control de hipotéticos abusos de la psiquiatría y las garantías para los enfermos mentales encarcelados.
- Conferencia Europea sobre la Enfermedad Mental y la Estigmatización en Europa, celebrada en Atenas en 2003. Se pone de relieve la importancia de combatir la estigmatización para mejorar la salud mental y reconoce la importancia de fomentar una actuación eficaz en todas las políticas pertinentes para aumentar la inclusión social y la equidad, así como luchar contra la discriminación y la estigmatización.
- La Declaración de Madrid fue aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría en agosto de 1996. En ella se aprobaron las directrices relativas a las normas éticas que deben regir la conducta de los psiquiatras de todo el mundo.

2.2. **Ámbito estatal.**

La organización y gestión de la salud mental en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, está sujeta a la legislación de carácter nacional, por lo que es conveniente abordar en primer lugar la normativa estatal referente a salud mental.

2.2.1. **Constitución Española (1978).**

En el capítulo III del Título I, orienta los principios rectores de la política social y económica y enmarca los derechos fundamentales, destacando:

Artículo 43. Reconoce el derecho a la protección de la salud y la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Artículo 49. Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración a discapacitados a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos fundamentales otorgados a todos los ciudadanos.



2.2.2. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

El Capítulo III del Título I (artículo 20), recoge resumidamente las principales recomendaciones del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de abril de 1985, estableciendo la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales. Asimismo contempla que las administraciones sanitarias deben adecuar su actuación a los siguientes principios:

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.
2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompaña la pérdida de salud en general.

2.2.3. Real Decreto 63/1995, de 20 de marzo, de Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Dentro de las prestaciones en salud mental reconocidas por el SNS, se encuentra la atención a la salud mental y a la asistencia psiquiátrica, abarcando el diagnóstico clínico, la psicofarmacoterapia y la psicoterapia individual, de grupos o familiar y, en su caso, la hospitalización de procesos agudos o de la reagudización de procesos crónicos. Se excluyen la hipnosis y el psicoanálisis.



2.2.4. Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores.

El Reglamento de la Ley Orgánica 5/2000, aprobado mediante el Real Decreto 1774/2004 pretende abordar un desarrollo parcial de la misma, en lo relativo a tres materias concretas: la actuación de la policía judicial y del equipo técnico, la ejecución de las medidas cautelares y definitivas y el régimen disciplinario de los centros.

2.2.5. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.

La Ley de Enjuiciamiento Civil en su Libro IV reglamenta los procesos sobre la capacidad de las personas. En el artículo 763 regula de manera pormenorizada el “internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico”, que requerirá autorización judicial previa al internamiento, salvo que por razones de urgencia se hiciera necesaria la inmediata adopción de la medida, en cuyo caso se deberá informar al tribunal competente en el plazo de veinticuatro horas. Establece, igualmente, otros mecanismos de garantía de protección de derechos del internado, y explicita la necesidad de establecimientos adecuados a su edad para el internamiento de menores.

2.2.6. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Esta ley regula el consentimiento informado como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, para que tenga lugar una actuación que afecta a la salud; y la libre elección entre dos o más alternativas asistenciales y facultativos. Asimismo regula el derecho a la información sanitaria, haciendo titular del derecho al paciente; el derecho a la intimidad y el respeto a su autonomía.

2.2.7. Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Esta ley contempla la prestación de la atención a la salud mental dentro de la atención especializada, así como en atención primaria en coordinación con dichos servicios.

2.2.8. La Reforma Psiquiátrica en España.

Paralelamente a la elaboración de la Ley General de Sanidad y de las normas de reforma de la atención primaria, en diciembre de 1984 Ernest Lluch constituyó la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica con



el objetivo principal de integrar las acciones de salud mental en el sistema sanitario general, equiparando al enfermo mental con el resto de la población.

Con la reforma se asiste a una nueva ordenación y estructuración de los recursos, disminuyendo las camas de larga estancia y creando unidades de hospitalización en los hospitales generales y equipos de salud mental ambulatorios.

Con ello se persigue un modelo universal, equitativo y descentralizado, donde el área de salud es la estructura fundamental de gestión y planificación y en el que la atención primaria aparece bien estructurada y vinculada a hospitales generales que representan la asistencia especializada y complementaria que requiera cada zona.

2.2.9. Estudio y Recomendaciones del Defensor del Pueblo sobre la Situación Jurídica Asistencial del Enfermo Mental en España. Madrid 1991.

Aunque no constituye un documento normativo, sus conclusiones han influido claramente sobre el desarrollo de la reforma psiquiátrica. En este estudio se realizó una revisión exhaustiva sobre cual era el estado de la asistencia al enfermo mental, denunciando ciertas situaciones consideradas como no adecuadas y formulando recomendaciones a las distintas Administraciones Públicas sobre la estructuración de la salud mental.

2.3. Ámbito de Castilla-La Mancha.

2.3.1. Ley Orgánica 9/1982, de 10 de agosto, de Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha.

El Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha, en su artículo 32.3 establece que es competencia de la Comunidad Autónoma el desarrollo legislativo y la ejecución en materia de sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud.

2.3.2. Traspaso de competencias.

Previamente a la aprobación del Estatuto de Autonomía, se traspasaron a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha las competencias, funciones y servicios de la Administración del Estado en materia de sanidad,



mediante los Reales Decretos 251/1982 y 331/1982, de 15 de enero, incluyéndose los programas sanitarios tendentes a la protección y promoción de la salud mental.

Igualmente se transfirieron las competencias, funciones y servicios de la Administración del Estado a entes preautonómicos en materia de sanidad (AISNA), mediante el Real Decreto 340/1982, de 15 de enero.

Pero la asunción definitiva y total de competencias en materia sanitaria no llegó hasta el año 2001, cuando se realizó el paquete de transferencias de la gestión sanitaria a todas las comunidades autónomas. El Real Decreto 1476/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, permitió la plena gestión sanitaria desde la comunidad castellano manchega.

2.3.3. Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha.

La Ley de Ordenación Sanitaria configura el sistema sanitario de Castilla-La Mancha, y establece que las realidades sociales, demográficas, geográficas y epidemiológicas de nuestra comunidad autónoma, constituyen elementos fundamentales que tienen reconocimiento en las prestaciones sanitarias y socio-sanitarias que debe ofrecer el sistema sanitario, dentro de la más estrecha colaboración entre los diferentes Organismos y Administraciones Públicas.

Las prestaciones sanitarias han de permitir respuestas lo más cercanas posibles al entorno familiar, ágiles, eficaces y con la calidad adecuada a las expectativas y necesidades individuales y sociales de cada momento.

Esta Ley, además, crea en su artículo 67 el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) como responsable de la provisión de servicios y encargado de la gestión de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Siendo los Decretos 124/2001, de 17 de abril y 1/2002, de 8 de enero, los que regulan la estructura orgánica y funciones de la Dirección-Gerencia y de los servicios centrales y periféricos del SESCAM respectivamente.

Así pues, culminado el proceso de transferencias de competencias en materia sanitaria y constituido el Servicio Regional de Salud de Castilla-La Mancha, es la administración regional la principal responsable de la gestión y buen funcionamiento de la asistencia sanitaria, y concretamente de la salud mental.



2.3.4. Decreto 13/2005, de los Órganos de Participación en el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha.

Regula la estructura, organización y funcionamiento de los Consejos de Salud de Área y los Consejos de Salud de Zona como órganos de participación institucional y comunitaria en el sistema sanitario de Castilla-La Mancha.

2.3.5. Ordenación de los servicios de salud mental de Castilla-La Mancha.

Mediante el decreto 53/1985 de 16 de abril, los Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica pasan a denominarse Unidades de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil. Sus funciones son contribuir a la atención integral de este colectivo, por medio de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, actividades curativas y rehabilitadoras, así como formativas, epidemiológicas y de investigación.

La Orden de 15 de octubre de 1985 de la Consejería de Sanidad, crea la Guía de Unidades Infanto-Juveniles de atención a la Salud Mental constituyendo un documento de referencia transregional. Define las características estructurales, la composición de los equipos interdisciplinares, las funciones exclusivas y compartidas de cada uno de los profesionales, así como los parámetros para evaluar su rendimiento en la consecución de los objetivos plasmados.

En 2001, en Consejo de Gobierno del día 22 de mayo, se tomó el acuerdo de aprobar la constitución de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (FISLEM).

Desde su creación, ha asumido como premisa básica el diseño, la planificación y puesta en marcha, así como la supervisión y evaluación de una red de recursos especializados para promover la rehabilitación e integración social de las personas enfermas mentales. Partiendo de esta responsabilidad la fundación FISLEM ha pasado a utilizar distintas fórmulas para la gestión de los recursos, que desde la colaboración con la iniciativa ciudadana, permitan el mayor grado de eficacia y eficiencia.

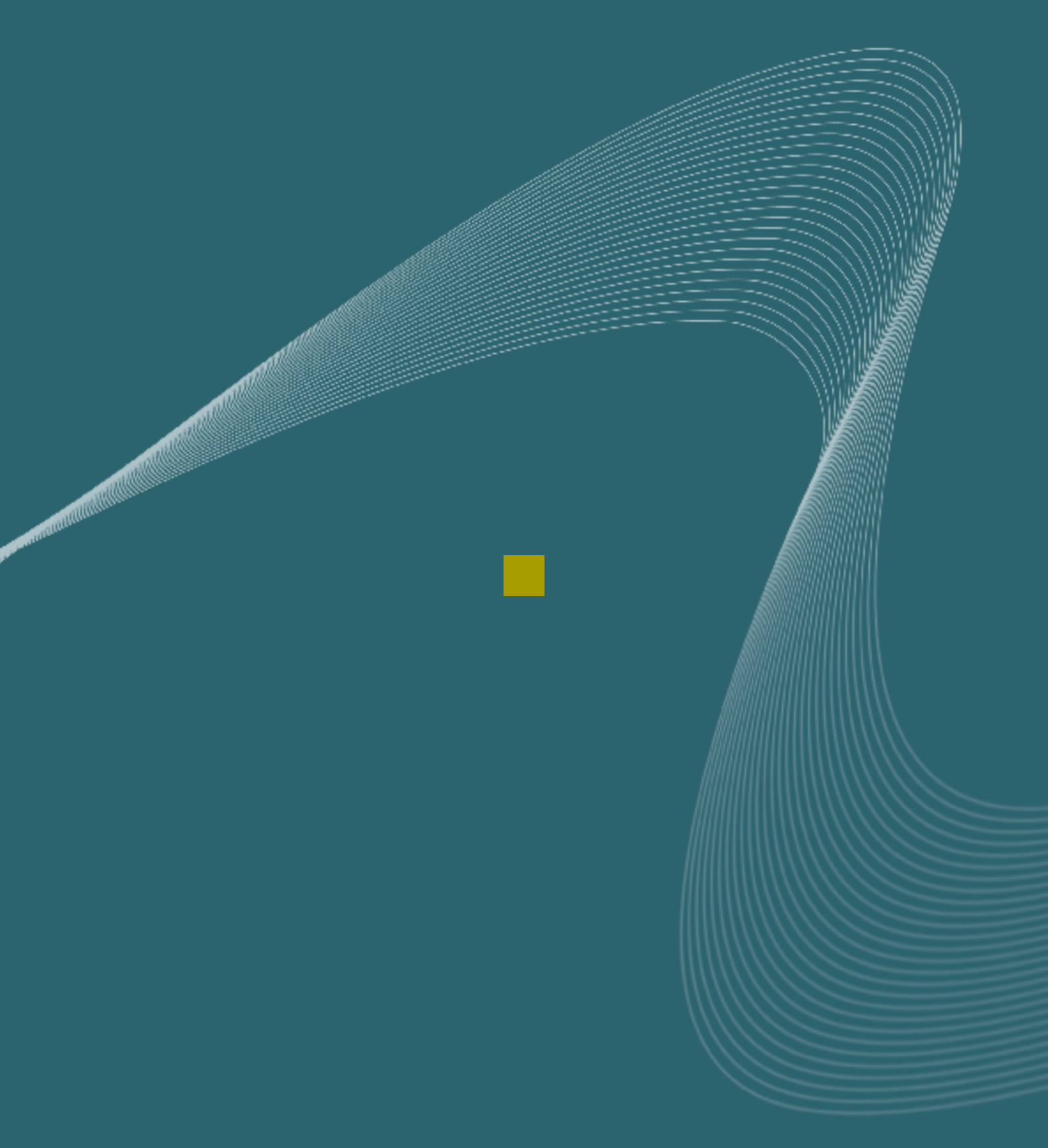
En 2003, por Decreto 86/2003, se adscriben al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) las Unidades de Salud Mental hasta entonces gestionadas por la Consejería de Sanidad (siete Unidades de Salud Mental Infanto Juveniles, Unidades de Salud Mental y Hospitales de Día de adultos de Guadalajara y Talavera de la Reina y Unidad de Hospitalización Breve de esta última Área) y se establece el procedimiento de integración del personal que presta servicio en las mismas. De este modo, de las diez comunidades autónomas



que asumieron la competencia de gestión sanitaria en diciembre de 2001, Castilla-La Mancha fue la primera en regular la integración de efectivos de salud mental en una misma institución.

La Orden de 3 de abril de 2004, de la Consejería de Sanidad, de integración del personal funcionario y laboral fijo del Centro de Atención a la Salud de Albacete en el Sescam, permitió su integración en el régimen estatutario de la Seguridad Social.

Los precedentes Planes de Salud Mental de la región (1984, 1993, 2000-2004) han definido y ordenado los recursos asistenciales en salud mental existentes y previstos. ■ ■ ■



CAPÍTULO TRES



EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL 2000-2004



3 EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL 2000-2004

EL Plan de Salud Mental 2000-2004 fue un plan participativo y de consenso. Fue aprobado en las Cortes de Castilla-La Mancha en Pleno celebrado el 13 de abril de 2000, con el apoyo de todos los Grupos Parlamentarios.

Como marco conceptual y organizativo para su desarrollo, se siguieron las directrices descritas en el Plan Regional de Salud Mental de Castilla-La Mancha de 1993 y en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de abril de 1985.

Iniciado su desarrollo en un momento pretransferencial, fueron varios los Organismos (INSALUD, Diputaciones Provinciales, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha) que tuvieron una implicación directa en la ejecución de las actuaciones, con el fin de conseguir la integración de la asistencia a la salud mental en el Sistema Público de Salud, así como una adecuada prestación de servicios sociales a personas con trastornos psiquiátricos.

El Plan se estructuró en cinco Objetivos Generales y catorce Objetivos Específicos, para cuya consecución se establecieron once **Líneas de Acción**.

Respecto al cumplimiento de las mismas, a continuación se exponen las actuaciones llevadas a cabo:

Se han cumplido de forma total las **Líneas de Acción 1 y 2**, respecto a la creación y funcionamiento del Comité de Dirección así como de la Comisión Consultiva a lo largo de los cinco años de vigencia del Plan. En la última reunión de 2004 se expuso la intención de elaborar un nuevo Plan con el consenso y participación de profesionales y usuarios; los responsables del Plan de las distintas Áreas de Salud fueron propuestos como coordinadores de los grupos de trabajo para la elaboración del nuevo Plan de Salud Mental 2005-2010.



A comienzos de 2005 se presentaron en ambos comités los objetivos y líneas de acción del borrador del nuevo Plan de Salud Mental, así como la evaluación del Plan de Salud Mental 2000-2004, considerándose terminada la misión de éstos.

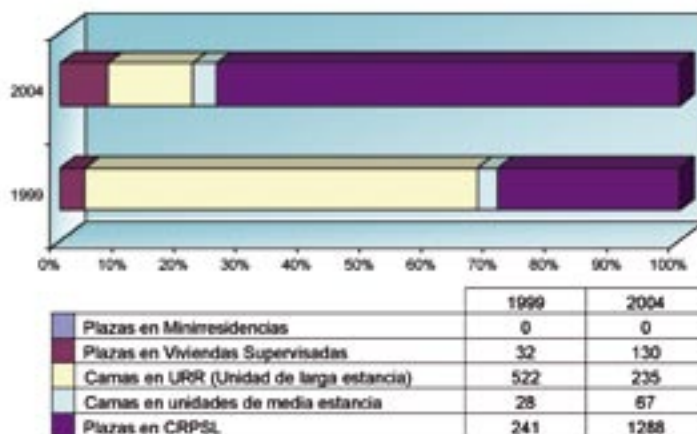
Línea de Acción 3. Cartera de Servicios de Salud Mental. Aún habiéndose producido la implementación y el desarrollo de diferentes programas asistenciales como el de Trastorno Mental Grave del Adulto y la Atención Domiciliaria, el Programa de Trastornos de la Conducta Alimentaria, y el Programa de Rehabilitación Psicosocial, persiste la necesidad de elaborar una cartera de servicios que defina las prestaciones y programas de salud mental que deben ser ofertados a través de la Red de Salud Mental de Castilla-La Mancha.

Línea de acción 4. Red Regional de Dispositivos para la Atención a la Salud Mental. Se está trabajando en el desarrollo de una normativa específica para dispositivos de salud mental, con la confección posterior de un directorio de centros y servicios autorizados.

Es destacable el importante avance conseguido en cuanto a la puesta en marcha de recursos asistenciales, rehabilitadores y residenciales dentro de la red de atención a la salud mental, incrementado considerablemente los ya existentes en el año 1999.

La situación actual con respecto a la red de dispositivos para la atención a la salud mental se expone a continuación.

Gráfico 3. Evolución del número de plazas de rehabilitación y residenciales. Castilla-La Mancha 1999-2004.





- Unidades de Salud Mental Infanto-Juveniles (USMIJ).

Se han consolidado como dispositivos especializados de asistencia a los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia, quedando adscritos al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) desde mayo de 2003 mediante el Decreto 86/03 que además facilita la integración orgánica de su personal.

Todas las áreas disponen de USMIJ desde finales de los años 80, siendo Castilla-La Mancha la primera comunidad autónoma en implantar una red especializada en salud mental infanto-juvenil, con 7 dispositivos. La plantilla se ha incrementado y actualmente la componen 56 trabajadores, la mitad de los cuales son personal facultativo (12 psiquiatras y 16 psicólogos clínicos).

Desarrollan actividades preventivas, asistenciales y rehabilitadoras. La interrelación con instituciones y dispositivos vinculados con la infancia y adolescencia es constante (centros educativos, servicios de protección de menores, fiscalía y juzgados de menores, además de servicios sanitarios como pediatría).

La actividad asistencial directa se ha estabilizado en los últimos años, con unas 3.000 primeras consultas y alrededor de 25.000 revisiones anuales.

- Unidades de Salud Mental (USM).

Se han conformado como el eje asistencial de la red de dispositivos específicos tal como diseñó el Plan de Salud Mental; ya que aunque durante los dos primeros años de vigencia del Plan los efectivos de las USM mermaron de manos del extinto INSALUD, desde la asunción de las competencias de gestión sanitaria por la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, las incorporaciones han sido de 50 profesionales durante 2002, 50 durante 2003 y 30 durante 2004; lo que supone el 10% de todo el crecimiento de personal del SESCAM y casi haber duplicado la plantilla existente en este tipo de dispositivos.

Se han completado los equipos de las dieciocho USM existentes y se han creado tres nuevas, previendo nuevas aperturas con las inauguraciones de los correspondientes Centros de Especialidades de Diagnóstico y Tratamiento.

Las nuevas plazas de especialista en psiquiatría (18 en 2002, 19 en 2003 y 7 en 2004) todavía no han podido ser cubiertas en su totalidad por carencia de estos profesionales. Actualmente se cuenta con una plantilla de 71 psiquiatras y 42 psicólogos.



La actividad asistencial de estos profesionales en las USM alcanzaba en torno a 20.000 primeras consultas y casi 60.000 revisiones durante 2002, duplicándose la actividad en 2004 (25.000 primeras consultas y 116.000 revisiones).

- Equipos de Atención a Drogodependientes (EAD).

Con nueve dispositivos en la región, también han incrementado sus plantillas de profesionales especializados en el tratamiento integral de las personas con problemas adictivos, 2 psiquiatras, 10 médicos y 14 psicólogos. Además se ha creado un nuevo centro de tratamiento con internamiento en Alcázar de San Juan.

Se ha trabajado por la integración funcional de estos equipos con los de las USM en las respectivas Áreas de Salud, planteándose ahora la integración orgánica de los mismos en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Mantienen un ascenso anual del 20% en la actividad (2.500 inicios de tratamiento en 2004) con notable modificación del perfil de los usuarios según la droga principal de abuso, con incremento de alcohol y cocaína y franco descenso de heroína.

- Unidades de Hospitalización Breve (UHB).

Seis unidades integradas en los hospitales generales del SESCAM, pudiendo beneficiarse los enfermos que lo precisen de la totalidad de recursos del hospital. Cuentan con 19 psiquiatras y 4 psicólogos.

Únicamente el Área multiprovincial de La Mancha-Centro carece de UHB, que conjuntamente con el Hospital de Día serán abiertos en el Hospital de La Mancha-Centro (situado en Alcázar de San Juan) cuando finalicen las obras de ampliación del mismo, actualmente en ejecución. Se mantiene la ratio de camas propuesta (8 camas/100.000 habitantes, más 2 para desintoxicación).

- Hospitales de Día (HD).

Se definen como un recurso que posibilita el tratamiento intensivo mediante la hospitalización parcial, evitando el internamiento y potencial desarraigo del enfermo de su entorno.

Actualmente hay cuatro HD en la comunidad autónoma, habiéndose triplicado las plazas. Está pendiente la apertura de tres nuevos HD, en Albacete, en Cuenca y en Alcázar de San Juan, ligada ésta a la realización de obras de ampliación.



- Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.

En el Plan de Salud Mental 2000-2004 se marca un objetivo de especial relevancia social, la cooperación regulada con el movimiento asociativo, con una singular tradición y reconocimiento institucional en la región, creando en 2001 la Fundación FISLEM. Durante este periodo se crea y consolida la red de dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial e inserción laboral (CRPSL). Se han cubierto las expectativas previstas, se incorporan progresivamente más de 100 profesionales, asistiendo a más de 1.000 usuarios en los 17 centros en funcionamiento.

- Unidades de Media Estancia (UME).

A nivel hospitalario, como unidades de tratamiento intensivo rehabilitador para enfermos graves y/o con escaso soporte social han recibido un impulso definitivo. Castilla-La Mancha cuenta con tres UMEs.

Las correspondientes Diputaciones Provinciales con la colaboración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, procedieron respectivamente a la apertura de la UME de Guadalajara durante julio de 2003 y de Toledo en junio de 2004. Está prevista la apertura de las UMEs restantes (Albacete y Cuenca) a lo largo de 2005.

- Alternativas residenciales.

Se han triplicado en los últimos cuatro años, disponiendo de 130 plazas en viviendas supervisadas.

Se ha creado una Miniresidencia en Camarena (Toledo), habiéndose inaugurado en el segundo trimestre de 2005.

- Finalmente, las plazas de **integración laboral** están recibiendo una especial dedicación de recursos que posibilitan el que más de 400 enfermos accedan a actividades prelaborales o laborales.

Los dispositivos que en su día se comprometieron en el Plan y que no llegaron a desarrollarse constituyen uno de los principales objetivos del nuevo Plan de Salud Mental 2005-2010.

Línea de Acción 5. Gestión integrada de los recursos públicos de atención a la salud mental. Se constituyeron como Órgano Técnico de Coordinación, las Comisiones Técnicas de cada Área de Salud, cumpliendo así con su objetivo.



Línea de Acción 6. Para medir la actividad asistencial en salud mental, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha ha contado con el Sistema de Información en Atención Especializada (SIAE), el registro de Pacientes en Lista de Espera (RPLE) y el Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios (CMBD). En el momento actual, y encontrándonos aún en un proceso de transformación de la asistencia en salud mental en nuestra región es necesario mejorar el sistema regional de información en salud mental, constituyendo uno de los objetivos del nuevo Plan.

Línea de Acción 7. Programa de investigación en salud mental. El número de proyectos de investigación aprobados así como su dotación económica han aumentado durante el periodo de vigencia del Plan, especialmente en los dos últimos años; a pesar de ello, es necesario seguir impulsando el desarrollo de la investigación para la mejora de la salud mental en la región.

Línea de Acción 8. Programa de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales. Dentro del ámbito de la atención a la población infanto-juvenil, se está llevando a cabo el programa *“tal como eres”*, para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, iniciado en el año 2000. Además, se ha editado y distribuido la *“Guía para el manejo en Atención Primaria de los trastornos de la conducta alimentaria”*

Para la población adulta se ha editado la *“Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia. Manual para el cuidador”*.

Línea de Acción 9. Programa de prevención de discapacidades en salud mental, desarrollado tanto en pacientes institucionalizados como en no institucionalizados.

Las Unidades Residenciales y Rehabilitadoras (URR) se establecieron como centros de internamiento para pacientes que precisaban atención y cuidados durante largos periodos de tiempo. Con el fin de luchar contra la exclusión social y la institucionalización de éstos, se ha ido derivando a los pacientes, de forma individualizada, a otros recursos más rehabilitadores y que cubran sus necesidades residenciales. En el año 2004 se produjo el cierre de la URR de Toledo.

En pacientes no institucionalizados, el programa de prevención de discapacidades, se ha cumplido respecto a la atención específica a enfermos mentales crónicos, siendo necesario continuar con la mejora continua de calidad, así como fomentar el programa de atención domiciliaria.



También se ha dado un importante impulso en lo que respecta al fomento, apoyo y financiación de las asociaciones de familiares y enfermos mentales.

Se ha hecho un gran esfuerzo en cuanto a la creación y puesta en marcha de los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral. Actualmente existen 17 centros que prestan atención a más de 1.000 pacientes. También se han puesto en marcha otros recursos para la integración laboral, como cursos de formación profesional, talleres prelaborales y centros especiales de empleo.

Línea de acción 10. Programa de Calidad Asistencial. Se elaboró la *“Guía de Recursos de Salud Mental de Castilla-La Mancha”*, en colaboración con el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y la Federación de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales de Castilla-La Mancha.

Con el fin de introducir la metodología de garantía de calidad en el modelo de gestión de los dispositivos asistenciales, se realizó un estudio piloto de implantación de un programa de calidad total en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Alcázar de San Juan.

Por otro lado, se ha conseguido facilitar el acceso a los servicios y prestaciones sociales a toda la población con trastorno mental a través de la Fundación Sociosanitaria para la Integración Social y Laboral del Enfermo Mental.

Línea de Acción 11. Programa de formación en salud mental. Se han realizado un total de 110 cursos de formación continuada en salud mental y drogodependencias a lo largo del periodo 2000-2004. Han participado 2.942 alumnos de todas las categorías profesionales. Estos cursos fueron organizados por el Instituto de Ciencias de la Salud y las Delegaciones Provinciales de la Consejería de Sanidad.

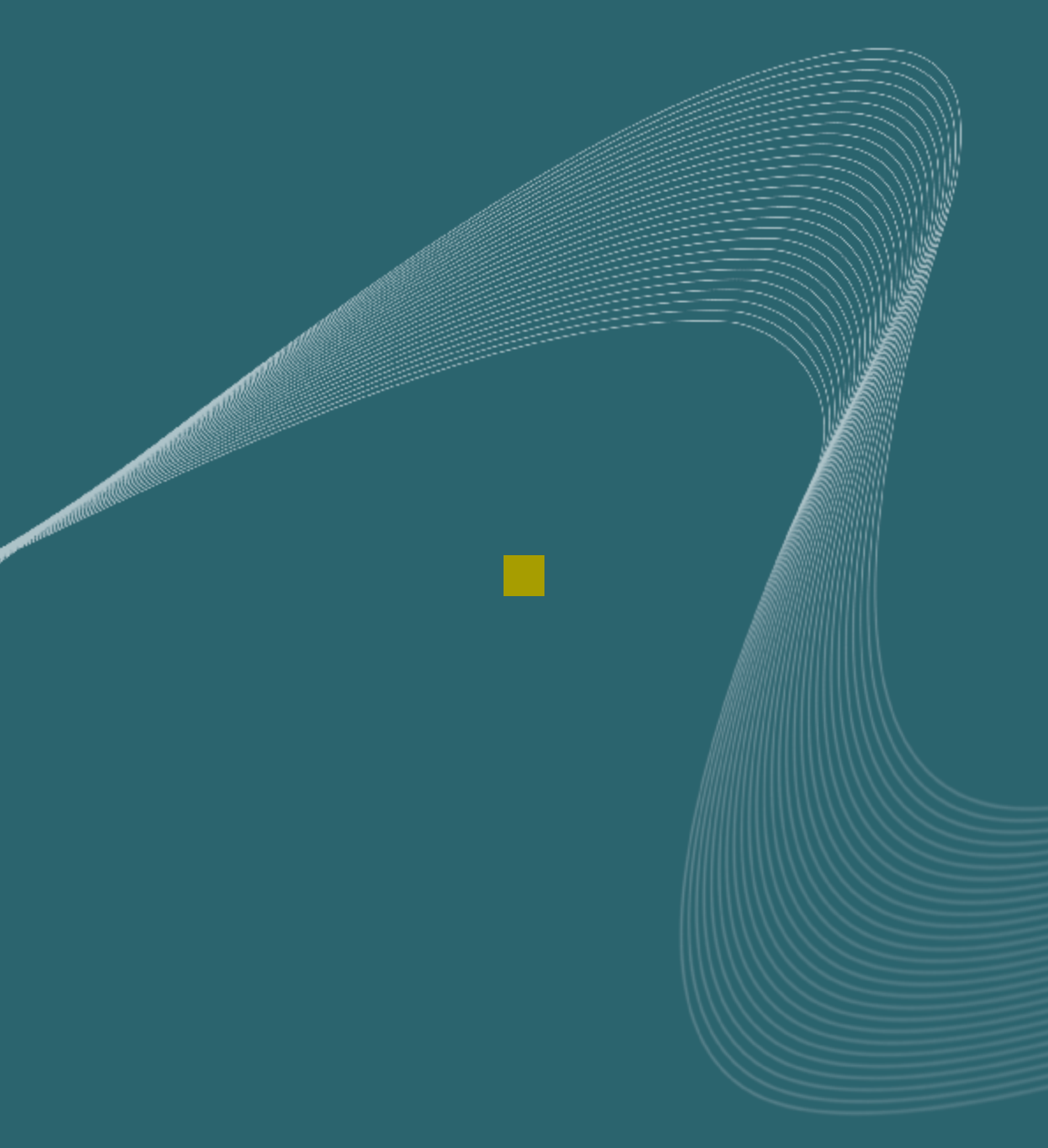
Igualmente se llevaron a cabo las *“Jornadas de Unidades de Media Estancia para Enfermos Mentales”* con el fin de unificar criterios para su funcionamiento, así como las *“Jornadas sobre Drogodependencias y Salud Mental”* cuyo objetivo era iniciar la unificación de ambas redes asistenciales.

Como resumen se puede decir que durante el periodo de vigencia del Plan de Salud Mental 2000-2004, se han puesto en marcha casi todos los dispositivos recomendados para la atención a la enfermedad mental, convirtiéndose las Unidades de Salud Mental en el eje asistencial, aunque precisando del esfuerzo y apoyo continuado de la Administración para mantenerlas como centro de la red de recursos para la atención al enfermo mental y a su familia.



Por otro lado se han completado los a priori casi inalcanzables objetivos en lo que respecta a la creación y dotación de recursos de los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral, Unidades de Media Estancia y Viviendas Supervisadas.

Aun así, es necesario proseguir con la apertura de los recursos planificados que faltan, fundamentalmente los Hospitales de Día, concluir la puesta en marcha de los recursos rehabilitadores (tanto comunitarios como con internamiento, CRPSL y UME respectivamente) y completar la disponibilidad de plazas residenciales y de integración laboral. Todo ello, asegurando la armonización del extraordinario despliegue de recursos existentes y favoreciendo su óptimo funcionamiento a través de una apuesta por la calidad. ■ ■ ■



CAPÍTULO CUATRO



METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PLAN



4_METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PLAN

El proceso de elaboración de un plan sigue una lógica interna que se inicia con la identificación de un problema de salud relevante (prioridad); el análisis de la situación de los factores determinantes en un territorio y ámbito de actuación concreto (diagnóstico de situación); la definición y ejecución de intervenciones pertinentes y recomendaciones basadas en pruebas (formulación de objetivos y acciones a desarrollar). Así como la previsión de la asignación de recursos (humanos, financieros y tecnológicos) en el periodo de ejecución previsto, y la propuesta de indicadores de seguimiento y evaluación de las mismas.

El Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010 se ha elaborado en cinco fases:

- Primera fase. Análisis de situación. Identificación de necesidades y prioridades.

Se constituyó un Comité de elaboración del Plan al que se le asignó la tarea de elevar un diagnóstico de situación. Desde un punto de vista epidemiológico, de organización de la atención y gestión de los recursos, y a partir de la información disponible, se realizó una descripción de la evolución y tendencias de los principales indicadores en salud mental (morbilidad, actividad de los servicios, mapa de recursos, profesionales, procesos de atención, movimiento asociativo, etc.).

Posteriormente, se procedió a la identificación de las necesidades y demandas de cuidados desde la perspectiva de las personas con trastorno mental y sus cuidadores. Se desarrolló un estudio cualitativo usando como técnica el grupo de discusión. Se realizaron ocho grupos: cuatro en ámbito rural y cuatro en ámbito urbano, que aportaron información especialmente relevante sobre la situación actual, los retos y las oportunidades de mejora a introducir en el Plan.



- Segunda fase. Formulación y priorización de las acciones.

Se formaron siete grupos de trabajo y estudio. La estructura y composición interna de los grupos se definió de acuerdo a los siguientes criterios: representación territorial, perfiles profesionales e interinstitucionalidad, de forma que cada grupo quedara integrado con representantes de las distintas áreas de salud; diferentes dispositivos de atención sanitaria y social; e instituciones con competencias vinculadas a la salud mental.

Han participado un total de 97 expertos: profesionales sanitarios, profesionales de la salud mental, profesionales adscritos a instituciones y programas de gobierno (Consejería de Educación; Consejería de Trabajo, Consejería de Bienestar Social, Instituto de la Mujer, Instituto de la Juventud, entre otras, tal y como queda reflejado en el Anexo I).

Grupos de trabajo y estudio:

- Promoción y prevención en salud mental.
- Trastorno mental crónico.
- Salud mental de adultos.
- Salud mental infanto-juvenil.
- Participación social y atención al usuario.
- Formación e investigación en salud mental.
- Trastornos adictivos.

Se seleccionaron previamente las siguientes áreas de intervención a las que todos los grupos tenían que dar respuesta formulando acciones a desarrollar e indicadores de seguimiento y evaluación.

- Promoción y prevención en salud mental.
- Mejora continua de la calidad de la atención.
- Participación social y atención al usuario.
- Formación y desarrollo profesional.
- Investigación en salud mental.
- Sistemas de información.
- Evaluación y seguimiento.



La metodología de trabajo de los grupos se estructuró en cinco sesiones, que se desarrollaron en el último trimestre del año 2004:

- Sesión de apertura. Presentación de las coordenadas estratégicas: principios y valores. Objetivos del Plan. Metodología. Objetivos de los grupos de trabajo. Agenda.
- Sesiones de trabajo de grupos. En tres sesiones de trabajo de una jornada diaria, los grupos aportaron información al análisis de situación y formularon acciones para cada una de las áreas de intervención previstas.
- Sesión de discusión y consenso. En una sesión conjunta, entre los coordinadores de los grupos de trabajo y estudio y el comité de elaboración del Plan, se discutieron e integraron las propuestas de acción elaboradas a ejecutar en el periodo de vigencia del Plan.

- Tercera fase. Elaboración del documento marco.

Finalizada la segunda fase y a partir de la información generada por los grupos de trabajo y estudio, el comité de elaboración del Plan inició la fase de priorización y consenso de las acciones propuestas. Para ello se utilizaron básicamente tres técnicas de producción y análisis de información:

- a) Sistematización de la información producida por los grupos.
- b) Triangulación de la información emitida por las diversas fuentes utilizadas y actores implicados en la elaboración del Plan (profesionales, usuarios y cuidadores, gestores de servicios y decisores políticos).
- c) Revisión de documentos marco de políticas de salud mental: informes de la OMS, Declaración Europea de Salud Mental de Helsinki, 2005, y Planes de Salud Mental en vigor de otras Comunidades Autónomas.

El producto final de esta fase fue la elaboración del documento borrador del Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010, que una vez autorizado por el Director del mismo, sirvió de documento base para las instituciones y expertos invitados a participar en la siguiente fase de participación y consenso.



- Cuarta fase. Foro social de participación y consenso.

La salud mental es un componente esencial de la cohesión social, contribuyendo al desarrollo económico y al capital social de la región. Como se viene señalando desde la introducción de este Plan, el abordaje de los problemas salud mental, requiere fortalecer el compromiso de intersectorialidad y solidaridad entre las instituciones de gobierno de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, de los agentes sociales y de la sociedad civil.

Como cierre de este proceso de elaboración del Plan se llevó a cabo un foro social de participación y consenso, en el que participaron un total de 90 personas como profesionales de la salud mental, representantes de instituciones y programas transversales a las intervenciones en salud mental (educación, bienestar, trabajo, jóvenes, mujer, mayores), sociedades profesionales, agentes sociales, ciudadanos y organizaciones de enfermos y familiares.

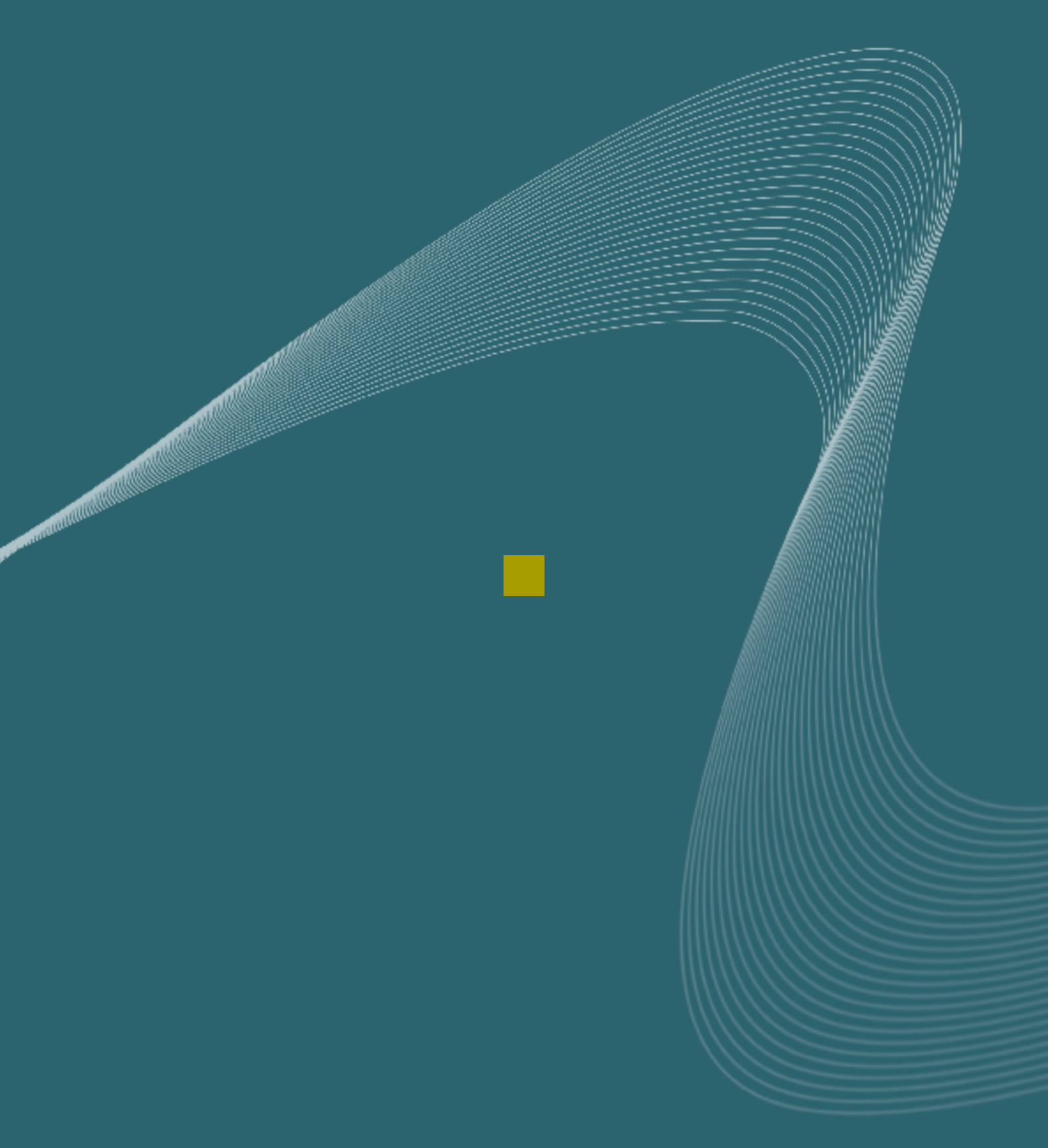
El propósito de este foro fue generar un espacio de diálogo social y consulta, para recoger sensibilidades y recomendaciones de las personas e instituciones participantes; fortalecer vínculos y generar compromisos entre todos los sectores y actores sociales implicados en la atención a la salud mental y la mejora de la calidad de vida de los enfermos y sus familias.

La jornada se estructuró en cinco paneles de trabajo, siguiendo la estructura de los objetivos y líneas de acción del Plan. Se inició con una presentación institucional sobre las coordenadas estratégicas del Plan y el análisis de situación. Después cada grupo revisó las propuestas de acción, aportando sugerencias y observaciones a introducir en el documento final.

- Quinta fase. Redacción final del documento.

Finalizadas las cuatro fases anteriores, se procedió a la redacción del texto definitivo del documento del Plan y su posterior aprobación por el Consejo de Gobierno de Castilla-La Mancha.

El Plan se estructura en siete objetivos y catorce líneas de acción a desarrollar en el periodo 2005-2010, de cuyo cumplimiento se encargará de velar una comisión de seguimiento creada para proponer objetivos finalistas que se desarrollarán a lo largo del periodo de ejecución del Plan. Para ello ha definido una estructura de dirección y gestión del Plan, así como una propuesta de evaluación intermedia y final. De esta forma se pretende generar procesos y mecanismos de coordinación y control que posibiliten que el Plan no se convierta en un proyecto estático y cerrado, sino dinámico y que genere un marco de trabajo flexible para facilitar la toma de decisiones e incorporar las recomendaciones que se estimen oportunas desde las instituciones vinculadas. ■ ■ ■



CAPÍTULO CINCO



ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN CASTILLA-LA MANCHA



5_ ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN CASTILLA-LA MANCHA

5.1. Castilla-La Mancha.

La Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha está constituida por las provincias de Albacete, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara y Toledo; tiene una extensión de 79.461 kilómetros cuadrados, lo que representa el 15,7% del territorio nacional. Según la revisión del Padrón Municipal de habitantes de 1 de enero de 2004, Castilla-La Mancha tiene una población de 1.848.881 habitantes, ello supone el 4,8% de la población española.

Es la Comunidad Autónoma española con menor densidad de población (menos de 22 habitantes por kilómetro cuadrado). El 96,7% de los municipios tiene menos de 10.000 habitantes y en ellos vive el 49,2% de la población.

La estructura de asentamientos poblacionales tiene un carácter marcadamente rural. Casi el 55% de los municipios tiene menos de 500 habitantes. De tal forma que a la baja densidad de población se añade un componente de gran dispersión geográfica.

En los últimos años se observa una tendencia progresiva a aumentar el porcentaje de población residente en los núcleos urbanos.



Tabla I. Distribución de la población de Castilla-La Mancha por tamaño de los municipios de residencia.

ESTRATOS DE POBLACIÓN	MUNICIPIOS			HABITANTES		
	Nº	%	% acumulado	Nº	%	% acumulado
0-100	186	20,2	20,2	10.361	0,6	0,6
101-500	314	34,2	54,4	75.457	4,1	4,6
501-1.000	132	14,4	68,8	93.119	5,0	9,7
1.001-2.000	114	12,4	81,2	162.602	8,8	18,5
2.001-5.000	107	11,6	92,8	322.678	17,5	35,9
5.001-10.000	36	3,9	96,7	244.796	13,2	49,2
10.001-20.000	16	1,7	98,5	203.818	11	60,2
20.001-50.000	9	1,0	99,5	286.578	15,5	75,7
50.001-100.000	4	0,4	99,9	293.006	15,8	91,5
Más de 100.000	1	0,1	100,0	156.466	8,5	100,0
Total	919	100,0	--	1.848.881	100,0	--

Fuente: Instituto de Estadística de Castilla-La Mancha. Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2004.

La población de Castilla-La Mancha es una de las más envejecidas de España (el 20,2% de la población tiene 65 o más años). La distribución de la población es desigual en las distintas provincias, de tal forma que aproximadamente seis de cada diez castellano-manchegos reside en dos provincias (Toledo y Ciudad Real), mientras que solo dos de cada diez habitantes residen en otras dos (Cuenca y Guadalajara).



Tabla II. Población por Área de Salud y grandes grupos de edad en Castilla-La Mancha. 2004.

ÁREA DE SALUD	GRUPO DE EDAD				Total	GRUPO DE EDAD	
	0 - 14	15 - 64	De 65 +	De 75 +		0-17	18 +
Albacete	63.441	265.881	72.974	34.015	402.296	79.007	323.289
Ciudad Real	40.595	163.917	51.076	24.481	255.588	50.979	204.609
Cuenca	21.011	98.825	41.698	20.676	161.534	26.397	135.137
Guadalajara	28.672	128.697	36.121	18.588	193.490	34.546	158.944
Puertollano	10.828	51.140	16.925	7.868	78.903	14.026	64.877
La Mancha-Centro	37.685	156.288	44.655	21.327	238.628	47.063	191.565
Talavera Reina	21.404	93.840	32.255	15.401	147.499	26.408	121.091
Toledo	59.002	248.393	63.348	31.246	370.943	72.528	298.415
Castilla-La Mancha	282.638	1.206.981	359.262	173.602	1.848.881	350.942	1.497.939

Fuente: Instituto de Estadística de Castilla-La Mancha. Padrón Municipal de habitantes a 1 de enero de 2004.



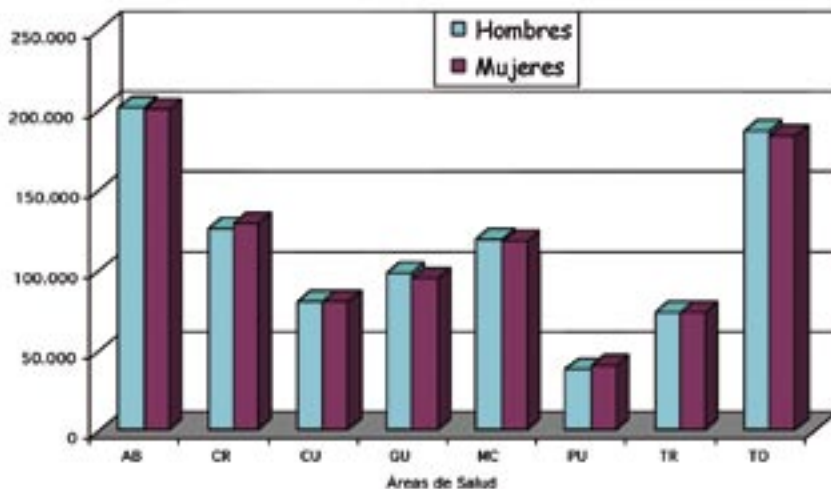
Tabla III. Población por Área de Salud y grandes grupos de edad en Castilla-La Mancha. 2004. Porcentajes.

ÁREA DE SALUD	GRUPO DE EDAD				Total	GRUPO DE EDAD	
	0 - 14	15 - 64	De 65 +	De 75 +		0-17	18 +
Albacete	15,80%	66,10%	18,10%	8,50%	100%	19,63%	80,37%
Ciudad Real	15,90%	64,10%	20%	9,60%	100%	19,94%	80,06%
Cuenca	13%	61,20%	25,80%	12,80%	100%	16,34%	83,66%
Guadalajara	14,80%	66,50%	18,70%	9,60%	100%	17,85%	82,15%
Puertollano	13,70%	64,80%	21,50%	9,90%	100%	17,77%	82,23%
La Mancha-Centro	15,80%	65,50%	18,70%	8,90%	100%	19,72%	80,28%
Talavera de la Reina	14,50%	63,60%	21,90%	10,40%	100%	17,90%	82,10%
Toledo	15,90%	67%	17,10%	8,40%	100%	19,55%	80,45%
Castilla-La Mancha	14,90%	64,80%	20,2%	9,7%	100%	18,98%	81,02%

Fuente: Instituto de Estadística de Castilla-La Mancha. Padrón Municipal de habitantes a 1 de enero de 2004.



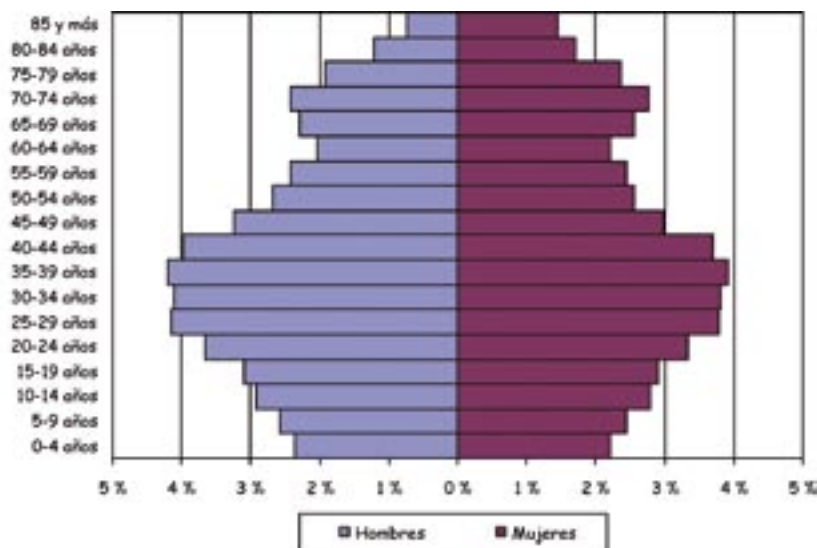
Gráfico 4. Población de Castilla-La Mancha por sexo y por Área de Salud. 2004.



AB: Albacete,
 CR: Ciudad Real,
 CU: Cuenca,
 GU: Guadalajara,
 MC: La Mancha-Centro,
 PU: Puertollano,
 TR: Talavera de la Reina,
 TO: Toledo.

Fuente: Instituto de Estadística de Castilla- La Mancha. Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2004.

Gráfico 5. Pirámide de población de Castilla-La Mancha. 2004.



Fuente: Instituto de Estadística de Castilla- La Mancha. Padrón municipal a 1 de enero de 2004.



Las características más importantes de la pirámide de población de Castilla-La Mancha en 2004 son:

- Mantenimiento de la base estrecha, debido a la disminución de la fecundidad observada en los últimos 20 años y la estabilización de la natalidad en las cifras actuales.
- Amplia hendidura central, más acusada en hombres.
- Un vértice ancho que refleja el elevado envejecimiento poblacional, como consecuencia de la disminución de la fecundidad, el descenso de la mortalidad y el progresivo aumento de la esperanza de vida.

La razón de dependencia global en Castilla-La Mancha se ha mantenido estabilizada en los últimos años. No obstante, los cambios en la estructura por edad de la población hacen que disminuya en los últimos años la razón de dependencia de jóvenes (que ha pasado de 0,27 a 0,23), manteniéndose constante en ancianos (0,29).

Tabla IV. Razones de dependencia por Áreas de Salud en Castilla-La Mancha. 2004.

GRUPO DE EDAD	ÁREAS DE SALUD								CASTILLA-LA MANCHA
	AB	CR	CU	GU	MC	PU	TR	TO	
Jóvenes	0,23	0,24	0,21	0,22	0,24	0,21	0,22	0,23	0,23
Ancianos	0,27	0,31	0,42	0,28	0,28	0,33	0,34	0,25	0,29
Global	0,51	0,55	0,63	0,50	0,52	0,54	0,57	0,49	0,53

Fuente: Consejería de Sanidad. Padrón a 1 de enero de 2004.



Tabla V. Tasas de población e índice de envejecimiento por Áreas de Salud en Castilla-La Mancha. 2004.

ÁREAS DE SALUD	TASA DE POBLACIÓN		ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO*
	0-14 años	15-64 años	
Albacete	15,8	66,1	46,6
Ciudad Real	15,9	64,1	47,9
Cuenca	13,0	61,2	49,6
Guadalajara	14,8	66,5	51,5
La Mancha-Centro	15,8	65,5	47,8
Puertollano	13,7	64,8	46,5
Talavera de la Reina	14,5	63,6	47,7
Toledo	15,9	67,0	49,2
Castilla-La Mancha	15,2	65,2	48,3

*Índice de envejecimiento: población mayor de 74 años/ población mayor de 64 años X 100.
Fuente: Instituto de Estadística de Castilla-La Mancha. Padrón a 1 de enero de 2004.

5.2. El Trastorno Mental en Castilla-La Mancha.

5.2.1. Prevalencia del Trastorno Mental.

La magnitud del problema ya ha sido identificada en la introducción, no sólo por el número de personas que están afectadas por algún trastorno mental a lo largo de su vida (la cuarta parte de la población) sino también por la discapacidad y carga que generan.

Según la Encuesta de Salud de Castilla-La Mancha realizada en 2002, un 42,8 % de la población adulta castellano manchega declara padecer alguna enfermedad crónica diagnosticada por su médico, citando la depresión el 7,4% y la enfermedad mental un 1,6% de la población encuestada.



En la tabla VI se exponen las cifras de prevalencia más recientemente obtenidas mediante el Estudio Europeo de Epidemiología de los Trastornos Mentales (ESEMeD), mostrando la frecuencia de presentación por periodo evaluado, género y trastornos más prevalentes en la población europea.

Tabla VI. Prevalencia de trastorno mental en población general en Europa.

TIPO DE TRASTORNO	PREVALENCIA-VIDA %			PREVALENCIA-AÑO %		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
MENTAL (cualquiera)	25.0	21.6	28.1	9.6	7.1	12.0
APECTIVO	14.0	9.5	18.2	4.2	2.8	5.6
DE ANSIEDAD	13.6	9.5	17.5	6.4	3.8	8.7
POR USO DE ALCOHOL	5.2	9.3	1.4	1.0	1.7	0.3

Fuente: European Study of Epidemiology of Mental Disorder (ESEMED). Acta Psychiatrica Scandinavica. 2004.

En cuanto a la morbilidad psíquica en población general en España durante el año inmediatamente anterior a la evaluación, según el mismo estudio, se estimó en el 9.2 % para España, esto es, casi una de cada 10 personas sufre algún trastorno mental en el periodo.

Además valoraron el uso de los servicios asistenciales con el resultado que se refleja en la tabla VII, de tal modo que a mayor gravedad más posibilidades de estar en tratamiento, si bien 'no están todos los que son ni son todos los que están'.



Tabla VII. Prevalencia-año de trastorno mental en población general en España. Porcentaje en tratamiento según gravedad.

	ALGÚN TRASTORNO MENTAL				SIN TRASTORNO MENTAL
	GRAVE	MODERADO	LEVE	Todos	
PREVALENCIA-AÑO	1,0	2,9	5,3	9,2	80,8
% EN TRATAMIENTO	64,5	37,9	35,2	--	4,0

Fuente: OMS. European Study of Epidemiology of Mental Disorder (ESEMED) en España. JAMA 2004
 Población igual o mayor de 18 años. Tamaño muestral en España N = 5.473.

Basándonos en los resultados de este estudio, y extrapolando sus resultados a la población de Castilla-La Mancha, alrededor de 133.000 personas padecerían algún trastorno mental, de los cuales 14.500 serían trastornos mentales graves.

5.2.2. Morbilidad atendida por los Dispositivos de Salud Mental en Castilla-La Mancha.

Los datos de actividad asistencial en salud mental provienen del Sistema de Información en Atención Especializada (SIAE), del Registro de Pacientes en Lista de Espera (RPLE) y del Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalario (CMBD), reflejándose en las siguientes tablas.

En las Unidades de Salud Mental, anualmente es evaluada por primera vez más del 1% de la población, así, de media, cada mes y cada mil habitantes, una persona es derivada por su médico de Atención Primaria a una Unidad de Salud Mental, siendo cada vez mayor el número de personas valoradas.



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

CONSULTAS SALUD MENTAL	2001	2002	2003	2004
Primeras consultas (1C)	13.725	18.457	20.050	25.326
1C/1.000 habitantes	8,0	11,7	11,6	14,2
1C solicitadas A. Primaria/1.000 h	6,2	9	9,9	11,6
Consultas sucesivas o revisiones	55.653	71.223	87.445	112.949
Índice sucesivas/primeras consultas	4,5	3,9	4,4	4,5
Nº tratamientos en H. de día	6.364	8.737	9.353	9.175

Fuente: SESCAM. SIAE y RPLE. 2004

Del total de primeras consultas, el 3% son de salud mental (de cada 35 primeras evaluaciones en atención especializada, una lo es en salud mental).

Por cada primera consulta se realizan de 4 a 5 revisiones. Del total de consultas sucesivas, más del 6% son de salud mental (de cada 15 pacientes que acuden a revisión en Atención Especializada, una lo hace en una Unidad de Salud Mental).

En las Unidades de Hospitalización Breve, considerando el periodo 2001-2003, casi la mitad de los ingresos corresponden a trastornos psicóticos (47,3%), seguido de reacciones de adaptación aguda y trastornos de disfunción psicosocial (13,6%), junto a neurosis depresivas (11,2%).

El grupo de 18 a 45 años aglutina más de 2/3 partes de los ingresos, siendo la mitad reingresos por contar al menos con un internamiento previo. Más de la mitad de los pacientes son varones y la media de edad se sitúa en 43 años.

La evolución del número de altas hospitalarias en las Unidades de Hospitalización Breve ha ido aumentando a la largo de los últimos años, reflejándose en la siguiente tabla.



Tabla IX. Evolución de las altas en las Unidades de Hospitalización Breve en Castilla-La Mancha. 2001-2004.

PROVINCIA	2001	2002	2003	2004
Albacete	No codificado	440	619	587
Ciudad Real	705	725	668	708
Cuenca	266	365	382	369
Guadalajara	274	393	368	380
Talavera de la Reina	448	430	480	535
Toledo	606	750	767	809
Castilla-La Mancha	2.299	3.103	3.284	3.338

Fuente: SESCAM. 2004

La morbilidad atendida en las Unidades de Hospitalización Breve se expresa en términos de GRD (Grupos Relacionados con el Diagnóstico), sistema de clasificación estadounidense de uso generalizado en los hospitales españoles, que agrupa a los pacientes de una misma clase con consumo similar de recursos, en base a la información que suministra el CMBDH (Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios). Aun siendo insuficiente para explicar las variaciones en el grupo, permite comparar la actividad entre dispositivos.

Cada GRD tiene asignado un peso relativo que mide la complejidad relativa del mismo en términos de coste. Si el peso del GRD es mayor de 1, la casuística del GRD es de mayor complejidad, en términos de coste, que la del estándar.

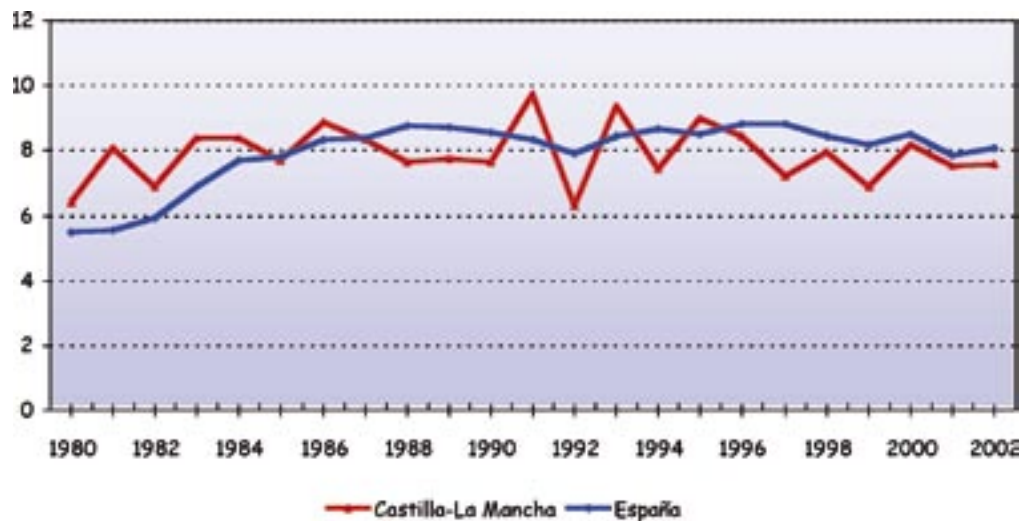
En el Anexo de tablas se muestra la evolución de las altas hospitalarias y la estancia media de ingreso durante el periodo 2001-2004, así como la distribución de los trastornos mentales por sexo y edad atendiendo a la clasificación de GRDs.



5.2.3. El suicidio en Castilla-La Mancha.

El principal indicador de resultado disponible es el número de suicidios. En los últimos años, la tasa de mortalidad por suicidio en Castilla-La Mancha se sitúa ligeramente por debajo de la media nacional.

Gráfico 6. Tasas ajustadas de suicidio en ambos sexos España y Castilla-La Mancha. 1980- 2002.



Fuente: Consejería de Sanidad. Servicio de Epidemiología.

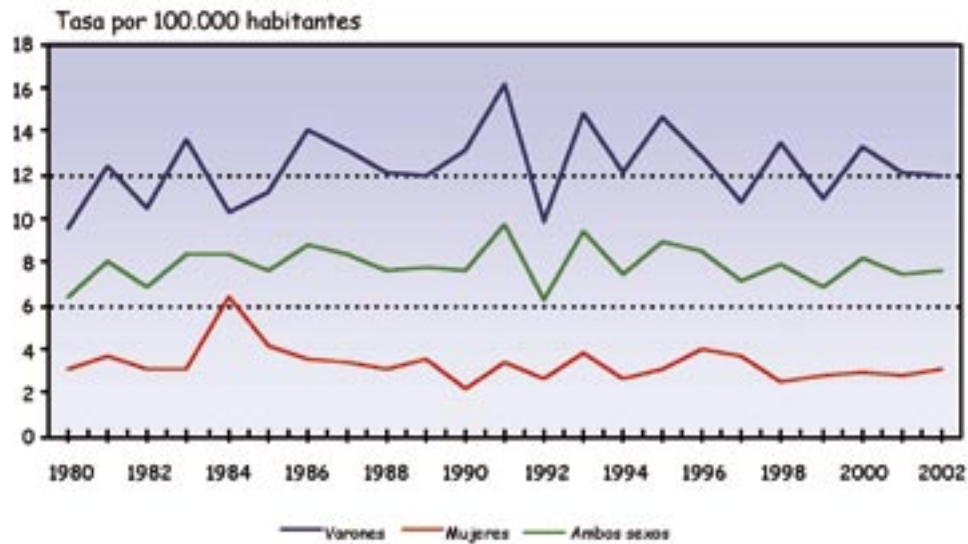
En cuanto al sexo, los hombres presentan tasas más altas de suicidio que las mujeres, llegando casi a cuadruplicar las mismas.

Durante las dos últimas décadas se produjeron 2.921 suicidios en Castilla-La Mancha. De éstos, 2.301 (78,8%) ocurrieron en hombres, mientras que en mujeres fueron 620 (21,2%).

La provincia con mayor número de muertes por suicidio es Ciudad Real, con un 36,7%, siendo sin duda la que presenta la mayor tasa bruta de mortalidad (9,72 por 100.000 habitantes), seguida de Albacete, Cuenca, Toledo y Guadalajara.



Gráfico 7. Tasas ajustadas de suicidio según sexo en Castilla-La Mancha. 1980-2002.



Fuente: Consejería de Sanidad. Servicio de Epidemiología.

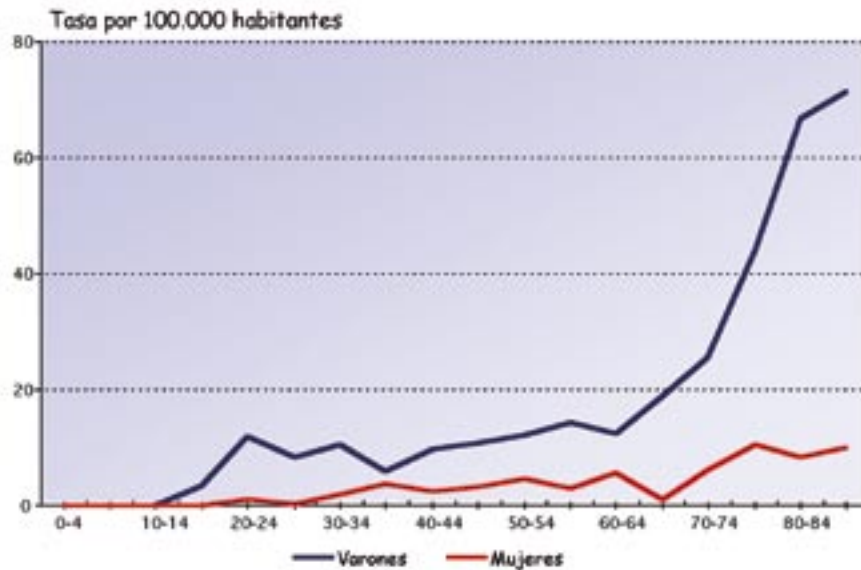
Por otra parte, la tasa de mortalidad específica por grupo de edad, sufre un claro ascenso conforme aumenta la edad, incrementándose de forma progresiva a partir de los 64 años, y de manera muy especial en los hombres, lo que podría deberse a problemas sociales, psicológicos y de salud propios de esta etapa.

En el periodo 1999-2002 se registraron tasas de mortalidad por suicidio del 71 por 100.000 habitantes en hombres mayores de 85 años.

Por otro lado, y en el otro extremo de la vida, en este mismo periodo se aprecia una mayor incidencia de suicidio en el grupo de edad de 20 a 24 años, que posteriormente se estabiliza y aumenta a partir de los 40-44 años.



Gráfico 8. Tasas de mortalidad por suicidio según sexo y edad en Castilla-La Mancha. 1999-2002.



Fuente: Consejería de Sanidad. Servicio de Epidemiología.

5.2.4. Incapacidad temporal por trastorno mental.

En Castilla-La Mancha las incapacidades temporales debidas a trastornos mentales suponen el 5% del total. Si consideramos el tiempo de baja laboral, contado en días, supone el doble de cualquier otro proceso causante de incapacidad, con una media por proceso de casi tres meses y medio (102 días).

En los últimos diez años la tendencia de las incapacidades temporales por trastorno mental es creciente. Actualmente una de cada veinte incapacidades temporales es debida a trastorno mental, alcanzando al 1% de la población activa.



Según datos del Área de Inspección del Servicio Regional de Salud de Castilla-La Mancha, en 2003 se registraron 699.315 jornadas de incapacidad temporal debidas a trastorno mental.

5.2.5. Atención a la Salud Mental infanto-juvenil.

Las Unidades de Salud Mental Infanto-Juveniles (USM-IJ) se han consolidado como dispositivos especializados de asistencia a los problemas de salud mental en la infancia-adolescencia, quedando definitivamente adscritos al SESCAM mediante el Decreto 86/2003, de 20 de mayo.

Todas las áreas disponen de USM-IJ desde finales de los años 80, siendo Castilla-La Mancha la primera región española en implantar una red especializada en salud mental infantil. La plantilla se ha incrementado y actualmente la componen más de 60 trabajadores, la mitad de los cuales son personal facultativo (14 psiquiatras y 16 psicólogos clínicos).

En las USM-IJ se desarrollan actividades preventivas, asistenciales y rehabilitadoras. La interrelación con instituciones y dispositivos vinculados con la infancia y la adolescencia es constante (centros educativos, servicios de protección de menores, fiscalía y juzgados de menores, además de servicios sanitarios como pediatría).

La actividad asistencial directa se ha estabilizado en los últimos años, con unas 3.000 primeras consultas y alrededor de 25.000 revisiones anuales. Desde 1992 se mantiene el Hospital de Día a tiempo parcial en el Área de Salud de La Mancha-Centro, organizado asistencialmente en tres subgrupos etarios con capacidad asistencial para 20 menores.

5.2.6. Atención a las drogodependencias.

La prevalencia de consumo de sustancias en la población de 16 y más años según el Plan Regional de Drogas vigente es de 33% en consumo diario de tabaco, 15% en consumo diario de alcohol, 4% en consumo mensual de cannabis, 1% en consumo mensual de cocaína y 2% en consumo de psicotrópicos sin receta durante el año previo a la entrevista.

Durante 2001, 2002 y 2003, en torno al 11% de las altas hospitalarias de centros del SESCAM recibieron el diagnóstico principal o comórbido de abuso o dependencia de sustancias, siendo la tercera parte de los mismos efectuada por los correspondientes servicios de medicina interna.



A continuación, se referencia la evolución del número de inicios de tratamiento en los equipos de atención a drogodependientes de la región según año y sustancia principal.

Tabla X. Evolución de los inicios de tratamiento en los equipos de atención a drogodependientes. 2004

	Opiáceos	Cocaína	Alcohol	Otras	TOTAL
1996	795	34	384	79	1.292
1999	974	199	568	52	1.793
2002	719	275	731	132	1.857
2003	587	547	759	158	2.051
2004	635	748	906	186	2.475

Fuente: SESCAM. Plan Regional de Drogas.

5.2.7. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

La mayoría de los casos de anorexia nerviosa se inician entre los 12 y los 18 años, con un comienzo algo más tardío en el caso de la bulimia nerviosa. Se calcula que, en el rango de edad comprendido entre los 10 y los 30 años, la incidencia es de 17-19/100.000 para la anorexia y de 50/100.000 para la bulimia. Pero si se tienen en cuenta los llamados "síndromes parciales", en los que falta alguno de los criterios diagnósticos, los TCA podrían afectar al 4,7% de las mujeres y al 0,9% de los hombres.

El programa de prevención primaria y secundaria de TCA 'Tal como eres' desarrollado por la Consejería de Sanidad y la Consejería de Educación y Ciencia, aporta un 2,2% de prevalencia en la población escolar matriculada en segundo curso de educación secundaria obligatoria, fundamentalmente en niñas y con cuadros de TCA no especificados.



En el último lustro se han implantado protocolos de tratamiento de TCA intra e interniveles con desigual repercusión asistencial. Actualmente, las áreas sanitarias de Ciudad Real y de Albacete disponen de programas y recursos específicos de tratamiento de los TCA tal como se detalla a continuación.

Tabla XI. Programas y recursos para la atención del TCA en las áreas sanitarias de Ciudad Real y Albacete.

	CIUDAD REAL	ALBACETE
PERSONAL ESPECÍFICO		
Psiquiatra	1	1
Endocrinólogo/a	0,5	0,5
Psicólogo/a	1	1,5
Enfermero/a	2	2
Terapeuta Ocupacional	--	1
Nutricionista	--	0,5
Auxiliar de enfermería	6	5
Otros	--	docentes del aula hospitalaria
SERVICIOS INTEGRADOS		
Hospitalización (H)	H. total: UHB-TA	H. total: UHB-TA
H. parcial: HD-TA		
Consultas	USM-TA específicas	USM-TA específicas
Plazas	4 camas	UHB: 5 camas
HD: 10 plazas		
Acceso a UHB-TA desde	USM-TA y U. Nutrición	USM-TA, U. Nutrición y HD-TA
Acceso a USM-TA desde	USM, USM-IJ y U. Nutrición	AP, USM, USM-IJ y U. Nutrición
Acceso a HD-TA desde	--	USM-TA, U. Nutrición y UHB-TA

Fuente: SESCAM.



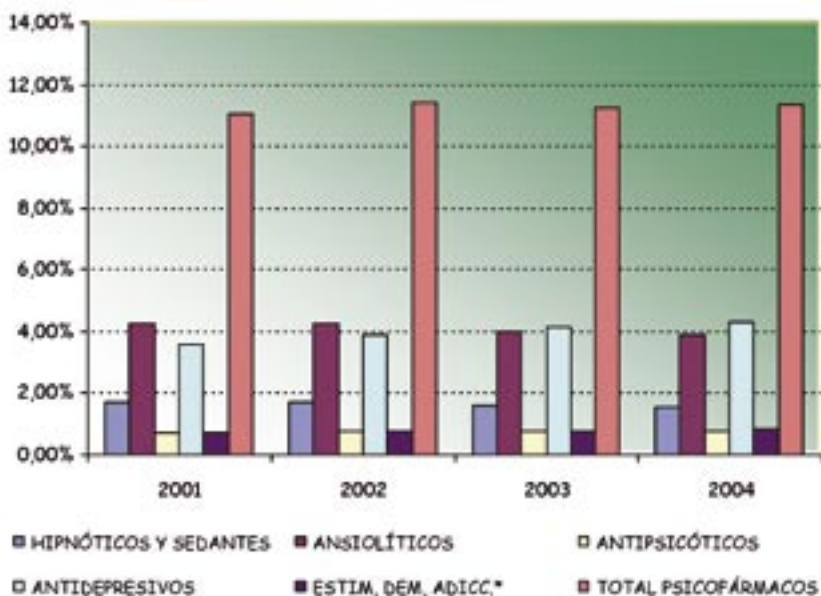
5.2.8. Prescripción y consumo de psicofármacos.

Al valorar la evolución del consumo de psicofármacos en relación al consumo total de medicamentos en Castilla-La Mancha durante el periodo 2001-2004 se aprecia una tendencia ascendente de algunos grupos terapéuticos (antidepresivos y antipsicóticos) y descendente de otros (antidemencia, estimulantes, e incluso ansiolíticos).

El consumo en dosis diarias definidas de psicofármacos supone aproximadamente el 11 % del total de fármacos que se prescriben mediante receta en Castilla-La Mancha. De éstos, destacan los ansiolíticos, con más del 4 % del total y los antidepresivos, el 3,9 %.

La prescripción de psicofármacos supone en 2004 el 13,9% del importe farmacéutico facturado a Sescam, ascendiendo a casi 58 millones de euros, siendo los antidepresivos los medicamentos que más gasto ocasionan, superando el 6 %, seguidos de los antipsicóticos, con el 3,9 % del coste total.

Gráfico 9. Evolución del consumo de psicofármacos por grupo terapéutico en Castilla-La Mancha. 2001-2004.



*Fármacos estimulantes, fármacos para las demencias y adicciones.

Fuente: Digitalis. SESCAM. 2004



5.3. Necesidades y demandas de las personas con trastorno mental y de sus cuidadores.

Las opiniones expresadas por las personas con trastorno mental y cuidadores/familiares consultados en el estudio cualitativo realizado, reflejan un mosaico de necesidades sentidas y demandas sociales y de cuidados de salud, "representadas" a través del discurso de los grupos de discusión realizados en tres centros (CPRSL). De sus opiniones, vivencias y palabras nos apropiamos para estructurar en este apartado los principales avances y retos a asumir en el actual Plan.

Es de destacar, como los informantes clave (enfermos mentales crónicos y cuidadores de estas personas) reconocen los principales elementos motivadores e impulsores de la reforma psiquiátrica en España y en Castilla-La Mancha que, precisamente ahora, cumple veinte años y como, al mismo tiempo, lo relacionan con los logros consolidados en la atención a la salud mental en la región.

La sociedad española ha avanzado y se ha reducido el estigma y la discriminación asociada a la enfermedad mental, a los enfermos y a sus familias, aunque los informantes concluyen que se deben seguir haciendo esfuerzos en esta dirección, y se reflexiona sobre la insistencia y el abuso de mensajes sobre hechos dramáticos llevados a cabo por personas con trastorno mental, que no son facilitadores de actitudes más constructivas hacia las personas que padecen estos problemas de salud.

Se observa un cambio muy significativo en las personas con trastorno mental y los cuidadores en tres ejes fundamentales:

- el concepto de salud mental como una enfermedad crónica que es susceptible de prevenir y paliar sus consecuencias a través de intervenciones sociales y sanitarias.
- un mayor grado de información y conocimiento sobre la enfermedad mental.
- el pacto con las familias y la comunidad para el abordaje de la rehabilitación e inserción de los enfermos mentales; así como la mayor sensibilidad de los servicios y actitud de los profesionales de la red de atención a la salud mental.

Planteados los reconocimientos al esfuerzo realizado por todos (organizaciones sociales y políticas, profesionales y pacientes) en mejorar la atención a la salud mental y la calidad de vida de las personas que conviven con estos problemas, los informantes consultados también plantean oportunidades y retos de futuro a la atención a la salud mental en la región.



En relación a las necesidades y cuidados de salud.

Manifiestan la necesidad de mejora en lo que respecta a la orientación, información, comprensión y estrategias de afrontamiento de la enfermedad mental, por parte del sistema social y sanitario, de los servicios y de los profesionales.

Evidencian la necesidad de prestación de una atención continuada e integral que permita tratamientos que superen los farmacológicos con el seguimiento de los pacientes en la comunidad, especialmente importante, en personas con trastornos mentales graves. Seguimiento que tiene que ver con el tiempo que se les puede dedicar en consulta y con la frecuencia de consultas al año, o con el seguimiento domiciliario.

Los familiares echan en falta un apoyo especializado para la atención de las crisis que permita dar una respuesta eficaz, así como, evitar los ingresos, el deterioro de la persona, y en consecuencia, la cronicidad. La demanda es más contundente cuando se habla de pacientes con trastorno mental grave, debido a que las crisis producen un efecto de angustia y tensión en el entorno familiar.

Se reclama una mayor y mejor coordinación como oportunidad de mejora de la continuidad en el proceso de atención, así como la búsqueda de fórmulas que faciliten las interconsultas, las consultas telefónicas y la información. Se hace la propuesta concreta de rotación y seguimiento de los profesionales de las unidades de psiquiatría en los centros de inserción sociolaboral.

Otra demanda es la necesidad de reforzar la atención a los pacientes con trastornos mentales graves. El desarrollo de recursos de media y larga estancia y centros de alta supervisión para los crónicos con alta sintomatología positiva.

Se hace especial mención a desarrollar y extender los recursos y servicios reduciendo las desigualdades territoriales de acceso, si bien, se reconoce el esfuerzo realizado en los últimos diez años.

Un reto consensuado es el del trabajo con las familias, el apoyo a los cuidadores, el seguimiento del apoyo informal y comunitario del enfermo; así como, el reforzamiento y relevo temporal o definitivo en el rol y tareas de los cuidadores, que permitan afrontar la sobrecarga y el estrés que supone el cuidado de estas personas.

Se expresa la alta prevalencia del maltrato psicológico y físico de los enfermos hacia sus cuidadores familiares en momentos de crisis y descontrol de la persona con trastorno mental, así como malos tratos de los familiares al enfermo mental, demandando intervenciones de detección precoz y de intervención en estas situaciones.



En relación a las necesidades sociales y la atención social.

Existe la opinión clara entre los informantes sobre que la reconstrucción de la identidad social del enfermo mental está centrada en su formación y capacitación, consiguiendo la integración social a través de la inserción laboral. Además, consideran indispensable fortalecer el trabajo de rehabilitación desde el inicio de la enfermedad.

Por otro lado, demandan más recursos residenciales (viviendas supervisadas y minirresidencias) y consideran necesario potenciar el movimiento asociativo de enfermos y familiares, consolidando el ya existente, así como promover la coordinación con grupos de voluntariado que ofrezcan cuidados complementarios a los de la red pública de atención sociosanitaria.

Por último, formulan una demanda concreta dirigida a las instituciones vinculantes, desarrollar los aspectos legislativos referentes a la protección de los derechos civiles, como la necesidad de una vivienda tutelada o protegida, la mejora de los instrumentos de valoración de la discapacidad y de la incapacidad, las fórmulas de curatela y tutela, los problemas de transmisión y administración de los bienes, y la sustitución de la familia por el estado para sus cuidados cuando no exista soporte de cuidador familiar.

En definitiva, los enfermos mentales y sus familias están reclamando instrumentos eficaces para hacer efectivos sus derechos como ciudadanos, y otros derechos sociales. ■ ■ ■

CAPÍTULO SEIS



DISPOSITIVOS Y RECURSOS PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN CASTILLA-LA MANCHA



6 DISPOSITIVOS Y RECURSOS PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN CASTILLA-LA MANCHA

6.1. Ordenación territorial sanitaria.

La ordenación territorial de los dispositivos de atención a la salud mental se establece en el mapa sanitario de Castilla-La Mancha, integrado por las Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud con sus correspondientes Municipios y Entidades Singulares de Población.

Tal y como se muestra en el gráfico siguiente son ocho las Áreas de Salud que componen la ordenación territorial sanitaria de Castilla-La Mancha: Albacete, Cuenca, Ciudad Real, Guadalajara, Toledo, La Mancha-Centro, Talavera de la Reina y Puertollano.



Gráfico 10. Áreas de Salud de Castilla-La Mancha.

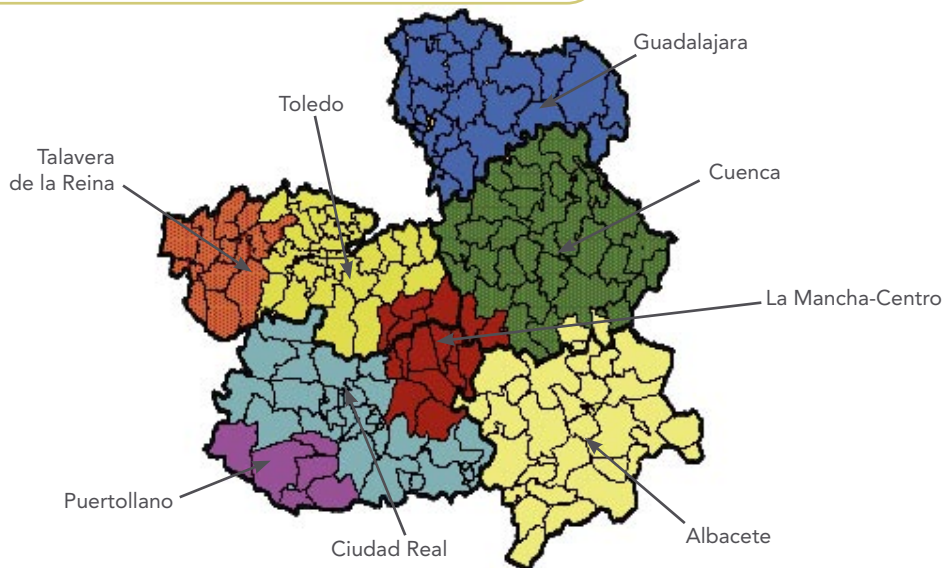


Tabla XII. Distribución de Zonas Básicas de Salud en las Áreas de Salud de Castilla-La Mancha.

Talavera de la Reina	Toledo	Guadalajara	La Mancha-Centro	Puertollano
Municipios: 78	Municipios: 116	Municipios: 287	Municipios: 35	Municipios: 16
Zonas básicas: 16	Zonas básicas: 30	Zonas básicas: 29	Zonas básicas: 21	Zonas básicas: 8
Hospitales públicos: 2	Hospitales públicos: 5	Hospitales públicos: 3	Hospitales públicos: 2	Hospitales públicos: 1
Hospitales privados: 1	Hospitales privados: 2	Hospitales privados: 2	Hospitales privados: 0	Hospitales privados: 0
Centros de salud: 16	Centros de salud: 32	Centros de salud: 27	Centros de salud: 9	Centros de salud: 8
Consultorios locales: 92	Consultorios locales: 105	Consultorios locales: 372	Consultorios locales: 5	Consultorios locales: 23
Ciudad Real	Cuenca	Albacete	Castilla-La Mancha	
Municipios: 67	Municipios: 222	Municipios: 98	Municipios: 919	
Zonas básicas: 27	Zonas básicas: 32	Zonas básicas: 39	Zonas básicas: 202	
Hospitales públicos: 4	Hospitales públicos: 1	Hospitales públicos: 4	Hospitales públicos: 22	
Hospitales privados: 2	Hospitales privados: 1	Hospitales privados: 3	Hospitales privados: 11	
Centros de salud: 27	Centros de salud: 37	Centros de salud: 33	Centros de salud: 189	
Consultorios locales: 52	Consultorios locales: 267	Consultorios locales: 153	Consultorios locales: 1,138	

Fuente: Consejería de Sanidad y SESCOAM. 2004



6.2. Modelo de red integral para la atención a la salud mental.

Desde el año 2000 la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha se propuso dotar de dispositivos y programas que ofrecieran una atención integral a las personas con enfermedad mental. Durante estos últimos años se ha producido un desarrollo de este compromiso político, que se ha plasmado en la actualidad, en una red de recursos y programas interconectados que a pesar de no estar completa, ha supuesto el poder contar con un modelo de atención y unos dispositivos que son de referencia para la atención de las personas con trastorno mental y sus familiares y que aseguran la continuidad de cuidados y los itinerarios personalizados de integración psico social y laboral.

Hoy, se puede hablar del desarrollo de un modelo de atención global a la salud mental, que desde una perspectiva comunitaria pretende ofrecer todo el abanico de posibilidades de intervención sobre este colectivo, pero que todavía necesita de un mayor desarrollo y estructura, de forma que, tome cuerpo dentro de todo el conjunto de actuaciones sanitarias y sociales.

La organización de una adecuada atención comunitaria a esta población requiere de la actuación complementaria y coordinada de los servicios de salud mental, los servicios sanitarios generales, los servicios sociales y los recursos comunitarios, que permita evitar el deterioro y compensar las discapacidades de forma que se asegure para estas personas la mejor calidad de vida posible y la mayor adaptación a su entorno.

Las puertas de entrada al sistema sanitario de atención a la salud mental son los equipos de Atención Primaria y los Servicios de Urgencias. El eje del sistema es la Unidad de Salud Mental, con sus interrelaciones entre el Hospital de Día, la Unidad de Hospitalización Breve y la Unidad de Media Estancia, según la gravedad y las necesidades del paciente.

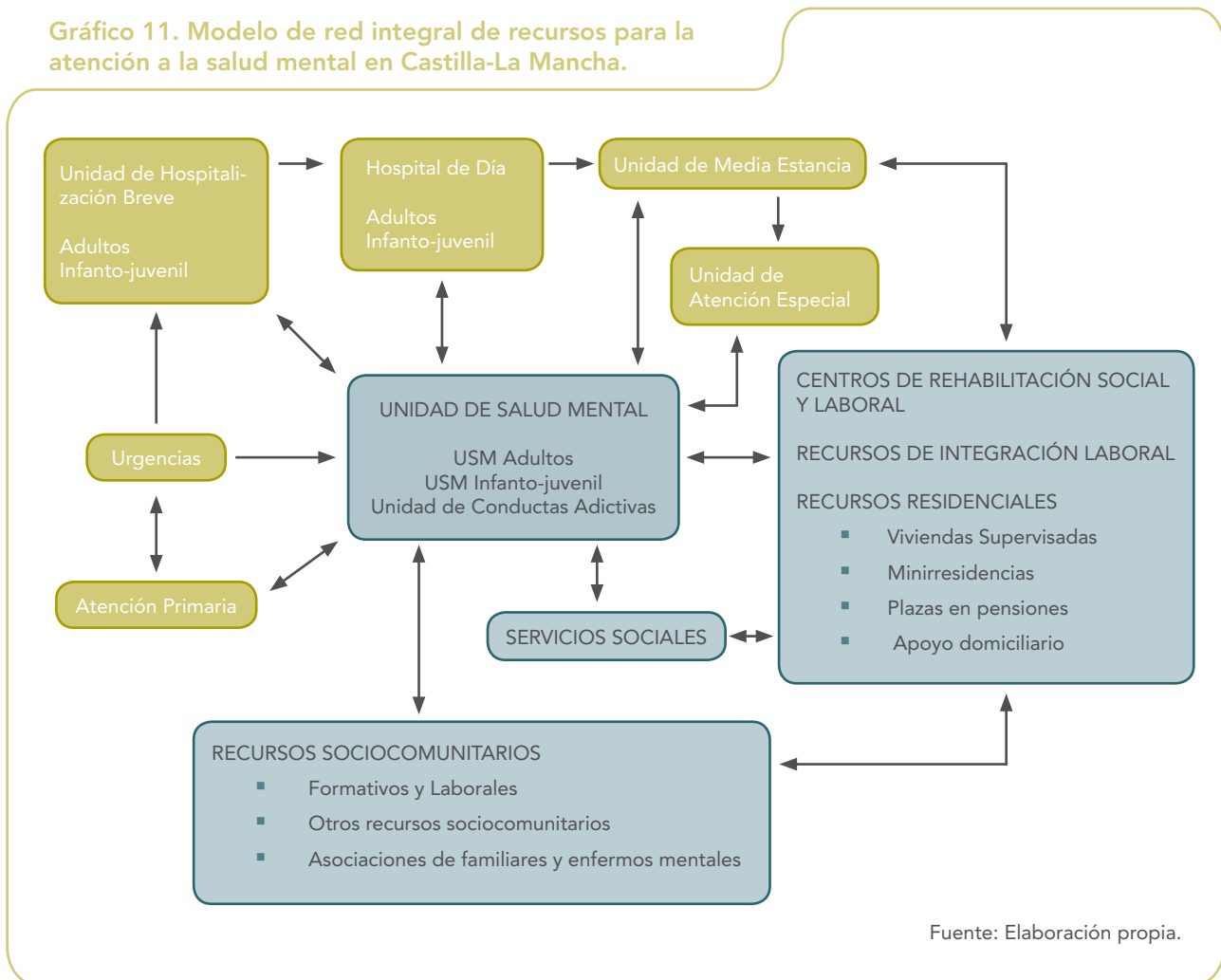
Si el trastorno es debido a consumo de sustancias la atención se centra en las nuevas Unidades de Conductas Adictivas (UCA), anteriormente llamadas Equipo de Atención a Drogodependencias (EAD), y que amplía su ámbito de actuación a otras conductas adictivas no ocasionadas por consumo de sustancias, y que también generan dependencia.

Para garantizar estas acciones la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha a través de FISLEM y junto con las asociaciones de familiares y enfermos mentales y otras entidades ha constituido y desarrollado una red diversificada de programas y servicios dirigidos a tal fin, como son los programas de rehabilitación psicosocial y laboral, de alternativas residenciales, integración social (atención comunitaria, prevención, pro-



moción, ocio y participación), integración laboral y actividades formativas tanto a profesionales de los diferentes servicios implicados como a población general. Dichos programas tienen como objetivo atender a las necesidades psicosociales específicas, posibilitando la integración efectiva de este colectivo de personas con enfermedad mental.

Gráfico 11. Modelo de red integral de recursos para la atención a la salud mental en Castilla-La Mancha.



Fuente: Elaboración propia.



6.3. Dispositivos para la atención a la salud mental.

Se contemplan las siguientes características estructurales, funcionales y de dotación de recursos para los centros y servicios de salud mental en Castilla-La Mancha.

6.3.1. Dispositivos de salud mental infanto-juvenil.

Mediante el Decreto 53/1985 de 16 de abril, de la Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, los Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica pasaron a denominarse Unidades de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil.

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J).

Es el dispositivo ambulatorio de referencia para la evaluación y el tratamiento de menores de edad, de 0 a 17 años con problemas de salud mental. Desarrolla actuaciones preventivas y de interrelación con otros recursos sanitarios, sociales y educativos.

Hay, al menos, una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil por cada Área de Salud, con la excepción de Puertollano al ser un Área de nueva creación en 2004.

Hospital de Día Infanto-Juvenil (HDI-J).

Es el dispositivo asistencial específico para el tratamiento ambulatorio intensivo de niños y adolescentes con trastornos mentales severos, que no precisan hospitalización completa. Para el desarrollo de las actividades terapéuticas dispone de personal propio, compartido con la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil y el apoyo de profesionales del sistema educativo.

Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil de ámbito regional.

Se crean como un dispositivo asistencial específico para el tratamiento intensivo de niños y adolescentes que precisan hospitalización completa.



Tabla XIII. Dispositivos de Salud Mental Infanto-Juvenil.

ÁREA DE SALUD	Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil	Hospital de Día Infanto-Juvenil
Albacete	1	--
Ciudad Real	1	--
Cuenca	1	--
Guadalajara	1	--
Toledo	1	--
La Mancha-Centro	1	1
Talavera de la Reina	1	--
Puertollano	--	--
Castilla-La Mancha	7	1

Fuente: SESCAM. 2004.

6.3.2. Dispositivos de salud mental para el adulto y el anciano.

Unidad de Salud Mental (USM).

La Unidad de Salud Mental es el dispositivo central ambulatorio de la red asistencial de salud mental, que viene funcionando como unidad operativa en un área sanitaria. En ella se llevan a cabo las actuaciones de prevención y asistencia ambulatoria, incluyendo también, la atención al enfermo mental crónico. Se interrelacionan con los centros de salud de la zona, con los dispositivos hospitalarios y con otros dispositivos especializados como los centros de rehabilitación psicosocial y laboral, unidades residenciales y unidades de media estancia. En este sentido, las USM son la base de la atención especializada a la salud mental.



Unidad de Hospitalización Breve (UHB).

Es el dispositivo hospitalario para tratamiento psiquiátrico en régimen de internamiento de corta duración (inferior a un mes), ubicado en hospitales generales. La hospitalización se indica para el tratamiento de procesos agudos, reagudización de procesos crónicos o realización de tratamientos o procedimientos diagnósticos que así lo aconsejen, así como para tratamientos de desintoxicación de sustancias adictivas.

Unidad de Media Estancia (UME).

La Unidad de Media Estancia es un dispositivo sanitario para la asistencia en régimen de ingreso completo, para aquellos pacientes cuya patología sobrepasa el marco de actuación de la UHB; orientado a dar respuesta a las necesidades de los pacientes que precisan de entornos estructurados residenciales, con abordajes de tipo rehabilitador y asistencial sanitario. La estancia no debe superar el año de duración, evitando con ello la institucionalización.

La UME está integrada en la red de recursos de Salud Mental del Área de Salud, coordinada con el resto de dispositivos y trabaja en estrecha relación con el CRPSL.

Unidad Residencial Rehabilitadora (URR).

Las Unidades Residenciales y Rehabilitadoras se establecieron como centros de internamiento de larga estancia. Se hallan en periodo de transformación para su posterior cierre. Tras valorar las necesidades de cada paciente se está procediendo a su traslado a las Unidades de Media Estancia, Minirresidencias, Viviendas Supervisadas y Residencias de Mayores.

Unidad de Atención Especial.

La Unidad de Atención Especial ubicada en Alcohete (Guadalajara) se dirigirá a la atención de adultos con trastornos mentales graves que requieran intervenciones específicas y/o de más larga duración.

Hospital de Día (HD).

Es un dispositivo ambulatorio de tratamiento intensivo de la enfermedad mental, que sirve como alternativa a la hospitalización completa y como complemento al tratamiento ambulatorio de la USM en los casos mas graves.



Unidad de Conductas Adictivas (UCA).

Anteriormente llamada Equipo de Atención a Drogodependientes (EAD). Es el dispositivo de referencia para el tratamiento ambulatorio de los trastornos adictivos. Atienden a todo tipo de consumidores de drogas, incluido alcohol y tabaco, y conductas adictivas sin sustancias. Existe una UCA en cada área de salud, coordinada con el resto de dispositivos sanitarios y sociales.

Tabla XIV. Dispositivos de salud mental para el adulto.

ÁREA DE SALUD	USM	UHB	UME	URR	HD	UCA
Albacete	4	1	--	1	1	2
Ciudad Real	2	1	1	1	1	1
Cuenca	2	1	--	1	--	1
Guadalajara	1	1	1	2	1	1
Toledo	6	1	1	--	1	1
La Mancha-Centro	4	--	--	--	--	1
Talavera de la Reina	1	1	--	--	1	1
Puertollano	1	--	--	--	--	1
Castilla-La Mancha	21 *	6	3	5	5	9

*Además de las USM existen 8 consultas de salud mental ubicadas 4 en Albacete, 1 en Cuenca, 1 en Puertollano y 2 en Toledo.
Fuente: SESCAM. 2004.

Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL).

El CRPSL es un dispositivo ambulatorio de atención al enfermo mental crónico centrado en los principios de la rehabilitación psicosocial. En él se realizan programas individualizados de rehabilitación de las habilidades psicosociales, laborales y de psicoeducación, así como actividades de apoyo a la integración comunitaria. También ofrecen apoyo y psicoeducación a las familias.

Los principales beneficiarios de los CRPSL son las personas con trastornos esquizofrénicos y otras psicosis, seguidos de graves trastornos del estado del ánimo y de la personalidad.



Cada CRPSL cuenta con una media de 40-45 plazas asistenciales a tiempo completo, pudiendo ser mayor el número de usuarios que asiste a tiempo parcial, en función de cada Plan Individualizado de Rehabilitación.

Los CRPSL funcionan en estrecha coordinación con las Unidades de Salud Mental y los Servicios Sociales para realizar una intervención integral a la población de enfermos mentales graves. También se coordinan con los recursos destinados a la integración laboral para favorecer la reinserción laboral de los pacientes que estén preparados para ello.

En colaboración con la Consejería de Bienestar Social, y a través de los Equipos del Programa de Integración Social (PRIS), los CRPSL complementan sus actuaciones con un trabajo de apoyo en el propio entorno que asegura la continuidad de cuidados en el medio, evitando la desvinculación de la red de los pacientes más graves.

Sobre la base de los mayores consensos alcanzados en el ámbito nacional sobre estándares de plazas en los centros (AEN, 2000; 2002), las estimaciones del anterior Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha (2000-2004), y los datos de atención recogidos durante los dos últimos años por los CRPSL, se han establecido unos objetivos de cobertura a través de unas ratios de plazas por 100.000 habitantes que aparecen en las tablas siguientes.

Tabla XV. Resumen de estándares de plazas idóneas en los CRPSL de Castilla-La Mancha según Área Sanitaria.

ÁREA SANITARIA	ESTIMACIÓN DE RATIO (plazas por 100.000 habitantes)		SITUACIÓN ACTUAL
	Mínimo	Óptimo	
Albacete	90	190	245
La Mancha-Centro	60	115	110
Ciudad Real	70	150	115
Cuenca	50	95	120
Guadalajara	50	90	60
Talavera de la Reina	40	60	60
Toledo	70	145	190
TOTAL	430	845	900

Calculado sobre censo 2003: 1.815.781 habitantes en Castilla-La Mancha.
Fuente: FISLEM. 2004



Como se puede observar, se llega a los óptimos establecidos como guía de planificación para los CRPSL. Aún así, hay que seguir haciendo un esfuerzo para lograr un reparto de plazas equitativo en todas las áreas sanitarias.

La situación de usuarios atendidos durante 2004 por los CRPSL se detalla en la siguiente tabla.

Tabla XVI. Número de CRPSL y usuarios atendidos durante 2004.

ÁREA SANITARIA	Nº CRPSL	USUARIOS ATENDIDOS
Albacete	5	450
La Mancha-Centro	2	159
Ciudad Real	1	91
Cuenca	2	146
Guadalajara	1	105
Talavera de la Reina	1	87
Toledo	4	195
Puertollano	1	62
TOTAL	17	1.295

Fuente: FISLEM. 2004

Programas de integración laboral.

La integración laboral es un elemento de primer orden para facilitar la autonomía, la independencia y la integración social del enfermo mental. Los programas de reinserción socio-laboral que se inician en los CRPSL tienen su continuación en centros y talleres de formación que abarcan desde los programas prelaborales hasta la plena integración en el mercado laboral ordinario y/o protegido.



Los programas de integración laboral incluyen:

- Centros de Formación y Empleo.

Son dispositivos de transición dirigidos a favorecer la integración laboral de las personas con enfermedad mental.

En ellos se desarrollarán actividades de información, orientación, formación y práctica laboral programadas, individualizadas y estructuradas que permitan a los usuarios los conocimientos, hábitos y habilidades necesarias para su acceso al mercado de trabajo ordinario y/o protegido.

Dentro de estas actividades se realizarán:

- a) Los Cursos de Formación Profesional, orientados a ampliar las capacidades y la proyección de empleo de los usuarios adecuándose a las necesidades e itinerarios individualizados.
- b) Los Talleres Ocupacionales y Prelaborales, suponen un paso intermedio en el proceso de rehabilitación y orientación laboral, facilitando los conocimientos y las habilidades laborales necesarias para el acceso al empleo y/o formación profesional, y reproduciendo ambientes laborales semejantes al mercado de trabajo ordinario.

- Centros Especiales de empleo.

Son recursos de empleo protegido, cuyo objetivo es realizar un trabajo productivo, asegurando un empleo remunerado adaptado a cada situación personal y contando con un programa de apoyo que permita un adecuado ajuste personal y social del usuario.

- Empleo normalizado con apoyo.

Programa que supone la inserción plena en un entorno laboral normalizado, con apoyo individualizado a las necesidades y seguimiento del usuario.



Tabla XVII. Plazas ofertadas en programas y recursos de inserción laboral en el 2004.

PROGRAMAS	Nº plazas
Cursos de Formación Profesional	150
Talleres prelaborales	220
Centros especiales de Empleo	32
Total	402

Fuente: FISLEM. 2004

Alternativas residenciales.

Muchas personas con enfermedad mental tienen dificultades para atender autónomamente sus necesidades de alojamiento, convivencia y soporte, así como dificultades en el acceso y mantenimiento de una vivienda adecuada a sus necesidades.

El Programa residencial es un conjunto de actividades y recursos orientados a favorecer la permanencia y participación activa en la vida social y comunitaria, de personas con discapacidades derivadas del padecimiento de enfermedades mentales, a través de la cobertura de un conjunto de necesidades básicas de la vida cotidiana.

Estas alternativas son:

- Viviendas supervisadas.

Son alternativas residenciales normalizadas para personas con enfermedad mental grave que tienen dificultades para cubrir de modo independiente sus necesidades de alojamiento y soporte social, concebidas como un recurso comunitario ubicado en pisos o viviendas y con una supervisión ajustada a las necesidades de los pacientes (alta o baja supervisión, y transición a alternativas más autónomas).



Tabla XVIII. Alternativas Residenciales. Plazas en el 2004.

ÁREA DE SALUD	VIVIENDAS SUPERVISADAS*	
	Nº	Plazas
Albacete	5	26
Ciudad Real	2	8
Cuenca	5	28
Guadalajara	5	26
Toledo	3	16
La Mancha-Centro	2	12
Talavera de la Reina	3	14
Puertollano *	--	--
Castilla-La Mancha	25	130

* Los dispositivos de salud mental del Área de Salud de Puertollano están integrados en el Área de Salud de Ciudad Real.

Fuente: FISLEM 2004

- Minirresidencias.

Es un servicio residencial, abierto y flexible, con el objetivo de evitar situaciones de institucionalización, minimizar la carga familiar y favorecer la autonomía y el mantenimiento en la comunidad de las personas con enfermedad mental que no cuenten con el alojamiento o soporte necesario. Cuenta con mayor supervisión y apoyo a los residentes que una vivienda supervisada. Tiene entre 20 y 30 plazas.

Las minirresidencias pueden acoger tres tipos de estancias, según sus funciones:

a) Estancia corta: Entre un fin de semana y un mes aproximadamente. Para atender urgencias familiares o sociales, como separación preventiva del ambiente familiar y evitar situaciones de abandono.



b) Estancia transitoria: De un mes a un año aproximadamente. Como preparación para reinserción familiar o paso intermedio a opciones más autónomas.

c) Estancia indefinida: Más de un año. Con ella se evitarían situaciones de hospitalización prolongada o exclusión social, asegurando un adecuado nivel de autonomía y calidad de vida.

- Apoyo residencial externo.

Son intervenciones que se realizan con usuarios que no residen en recursos residenciales específicos a través del apoyo al mantenimiento en el propio domicilio o en otras fórmulas normalizadas de alojamiento como el mantenimiento en la propia vivienda o en el domicilio familiar, en pensiones con plazas concertadas, pisos compartidos, etc.

Gracias a la creación y desarrollo de la red de recursos residenciales y rehabilitadores se ha permitido avanzar en la atención dentro del entorno comunitario de este colectivo, evitando situaciones de marginación e institucionalización que permitan una adecuada integración social en la comunidad.

6.4. Asociaciones de familiares y enfermos mentales.

La participación de los familiares de enfermos mentales en la organización de los servicios de salud mental de Castilla-La Mancha es cada vez más importante, consiguiendo con ello una participación real y efectiva de los miembros de la comunidad, potenciando las redes de apoyo social y familiar, con el fin último de defender los derechos y satisfacer las necesidades de los enfermos mentales.

En la actualidad existen 13 asociaciones de familiares y amigos de enfermos mentales en la región, agrupadas en la federación regional FEAFES y 2 fundaciones tutelares para personas con enfermedad mental.

Para su gestión cuentan con subvenciones de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y otras entidades, además del apoyo de la Fundación FISLEM.



Tabla XIX. Distribución de Asociaciones de Familiares y Enfermos Mentales en Castilla- La Mancha y otras asociaciones relacionadas.

PROVINCIA	FEAFES	FAPAT	FARCAM	No federadas	De Alzheimer y otras demencias	Otras asociaciones	Total
Albacete	4	6	11	2	8	11	42
Ciudad Real	2	7	6	2	4	10	31
Cuenca	2	2	2	2	2	2	12
Guadalajara	2	2	1	--	1	3	9
Toledo	3	3	4	2	4	4	20
Castilla-La Mancha	13	20	24	8	19	30	114

FEAFES: Federación Regional de Asociaciones de Familiares y Amigos de Enfermos Mentales. FAPAT: Federación de Asociaciones para Ayuda al Toxicómano. FARCAM: Federación de Alcohólicos Rehabilitados de Castilla- La Mancha. Otras asociaciones incluyen asociaciones de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, autismo, ludopatía, agorafobia, fibromialgia, etc.

Fuente: FISLEM Y Consejería de Sanidad. 2004.

CAPÍTULO SIETE



PREVISIÓN DE DOTACIÓN DE RECURSOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL



7_PREVISIÓN DE DOTACIÓN DE RECURSOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

A continuación se refleja la evolución en la dotación de recursos de salud mental en Castilla-La Mancha durante los últimos años.

7.1. Red de dispositivos de salud mental.

Tabla XX. Dispositivos de salud mental en Castilla-La Mancha por áreas de salud y previsión del Plan para 2010.

DISPOSITIVOS	ÁREAS DE SALUD																	
	ALBACETE		CIUDAD REAL		CUENCA		GUADALAJARA		TOLEDO		LA MANCHA -CENTRO		TALAVERA DE LA REINA		PUERTOLLANO		CASTILLA-LA MANCHA	
	2004	2010	2004	2010	2004	2010	2004	2010	2004	2010	2004	2010	2004	2010	2004	2010	2004	2010
USM Infanto-juvenil	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	--	--	7	7
Hospital de Día Infanto-Juvenil	--	1	--	1	--	1	--	1	--	1	1	1	--	1	--	--	1	7
USM adultos	4	4	2	2	2	2	1	1	6	6	4	4	1	1	1	1	21	21
UHB	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	--	1	1	1	--	--	6	7
Nº camas	30*	30*	34**	34**	15	15	16	21	31	31	--	20	25	20	--	--	151	171
Unidad de Conductas Adictivas (antes EAD)	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	9
Hospital de Día adultos	--	1	1	1	--	1	1	1	1	1	--	1	1	1	--	--	4	7
Unidades de Media Estancia	--	1	1	1	--	1	1	1	1	1	--	--	--	--	--	--	3	5
Nº de camas	--	32	32	32	--	25	15	27	10	20	--	--	--	--	--	--	57	136
URR #	1	--	1	--	1	--	2	1	--	--	--	--	--	--	--	--	5	1
Nº de camas	46	--	32	--	47	--	187	120	--	--	--	--	--	--	--	--	312	120
CRPSL	5	5	1	3	2	2	1	2	4	5	2	2	1	1	1	1	17	21
Nº Plazas	250	250	60	110	120	120	60	120	195	235	110	110	60	60	55	55	910	1060
Miniresidencias.	--	1	--	1	--	1	--	1	-	1	--	1	--	1	--	--	--	7
Nº de plazas.	--	25	--	25	--	25	--	25	--	26	--	25	--	25	--	--	--	176
Viviendas Supervisadas	5	7	2	5	5	5	5	5	3	6	2	3	3	3	--	--	25	34
Nº de plazas	26	36	10	45	28	28	26	26	15	25	10	15	15	15	--	--	130	190
Centros de Formación y Empleo	4	4	1	3	1	2	2	2	2	5	1	2	1	1	--	1	12	20
Nº de plazas	62	80	15	60	10	40	60	60	40	80	15	40	8	20	--	20	210	400
Centros Especiales de Empleo	1	1	--	1	--	1	1	1	2	2	--	1	--	1	--	1	4	9
Nº de plazas	13	25	--	25	--	25	8	25	11	25	--	25	--	25	--	25	32	200

* 4 de ellas corresponden a la Unidad de Trastorno de Conducta Alimentaria (UTA). ** 6 de ellas corresponden a la UTA.
 # Tras valorar las necesidades de cada paciente se está procediendo a su traslado a las UME, MR, VVSS y Residencias de Mayores. Durante el periodo de vigencia del Plan la URR de Guadalajara se transformará en la Unidad de Atención Especial a enfermos mentales.
 Fuente: SESCOAM, FISLEM. 2004



7.2. Recursos humanos.

A continuación se refleja la dotación de recursos humanos de atención a la salud mental por Áreas de salud y tipo de dispositivos. En la tabla III del anexo 4 se especifica el número de profesionales por dispositivo y Área de Salud.

Tabla XXI. Recursos Humanos por Áreas de Salud. 2004.

RECURSOS HUMANOS	ÁREAS DE SALUD								
	AB	CR	CU	GU	TO	LMC	TR	PU	CLM
MÉDICOS	3	2	1	1	1	1	1	--	10
PSIQUIATRAS	24	18	13	16	26	9	11	3	120
PSICÓLOGOS	23	15,5	13	11,5	19	14	8	4	108
TRAB. SOCIALES	12,5	8,5	6	8	10	7	4	2	58
ENFERMERÍA	27,5	29,5	29	22	32	8	14	3	165
T. OCUPACIONALES	6	2	3	6	7	2	4	1	31
AUX. CLÍNICA	78	74	43	56	55	2	23	--	331
MONIT./EDUCADORES	29	4	19	7	9	22	10	1	101
AUX. ADMINISTRAT.	10,5	8,5	9	8	10	6	7	3	62
TOTAL	213,5	162	136	135,5	169	71	82	17	986

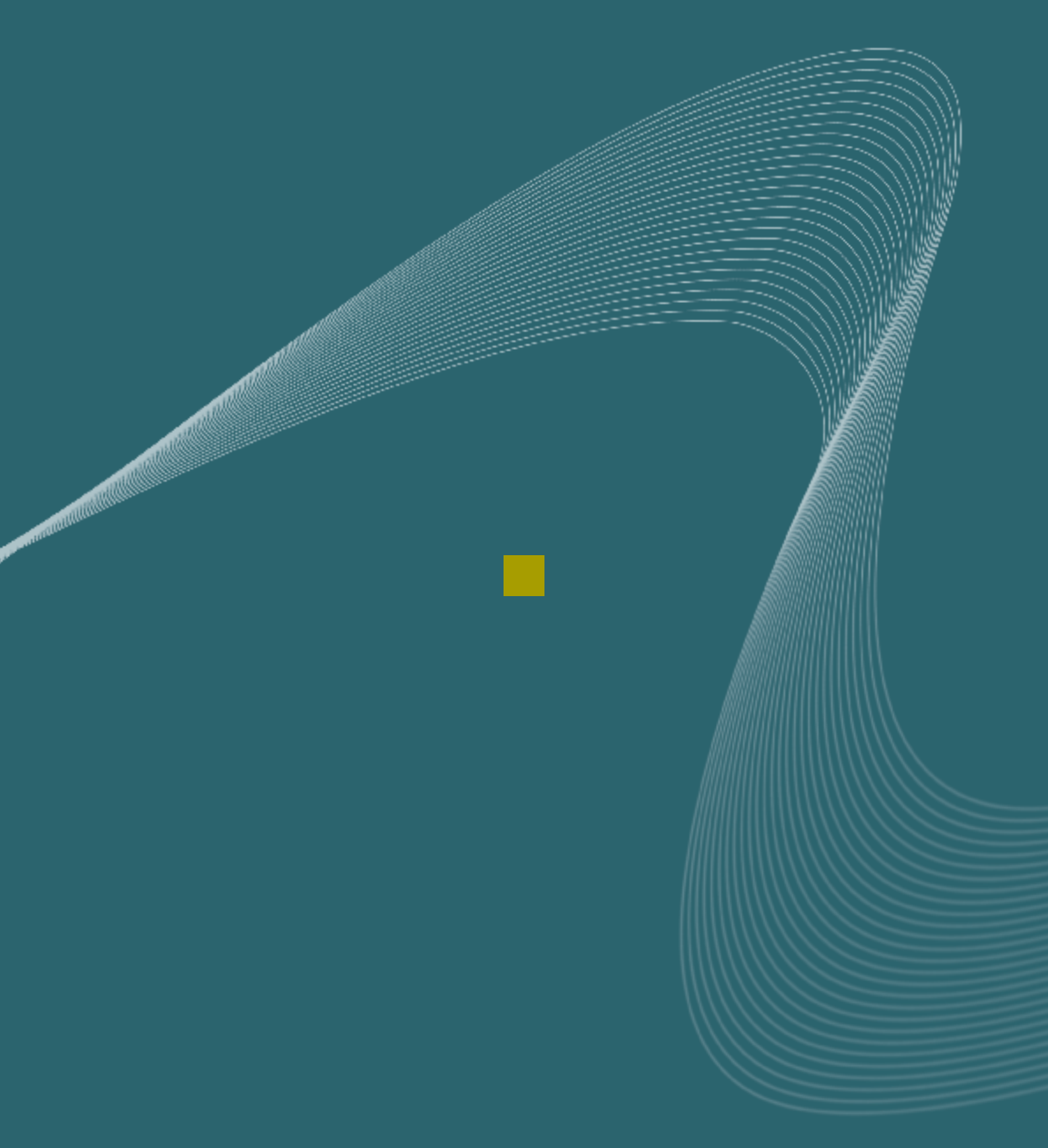
AB: Albacete, CR: Ciudad Real, CU: Cuenca; GU: Guadalajara, TO: Toledo, LMC: La Mancha-Centro, TR: Talavera de la Reina, PU: Puertollano, CLM: Castilla-La Mancha.



Tabla XXII. Recursos Humanos por Dispositivos y Áreas de Salud. 2004.

DISPOSITIVOS	ÁREAS DE SALUD								
	AB	CR	CU	GU	TO	LMC	TR	PU	CLM
USM-IJ	12	7	6	6	9	11	5	--	56
USM ADULTOS	36	20	21	18	38	18	17	7	175
UHB	42	36	22	17	51	--	35,5	--	203,5
UCA	12,5	8	6	5	10	21	4	5	71,5
HD	--	5	--	6,5	7	--	5,5	--	24
CRPSL	38	6	14	7	21	15	8	5	114
UME	--	35	--	17	29	--	--	--	81
URR	61	43	53	55	--	--	--	--	212
VVSS	12	2	14	4	4	6	7	--	49
TOTAL	213,5	162	136	135,5	169	71	82	17	986

AB: Albacete, CR: Ciudad Real, CU: Cuenca; GU: Guadalajara, TO: Toledo, LMC: La Mancha-Centro, TR: Talavera de la Reina, PU: Puertollano, CLM: Castilla-La Mancha.



CAPÍTULO OCHO



OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN



8 OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN

El Plan de Salud Mental 2005-2010 se estructura en siete objetivos y su consecución se realiza mediante catorce líneas de acción (LA) prioritarias.

OBJETIVO 1. Consolidar la red de atención integral a la salud mental.

LA 1. Desarrollar la red regional de recursos de salud mental.

OBJETIVO 2. Promover el bienestar mental de los ciudadanos y potenciar la prevención de los trastornos mentales.

LA 2. Elaborar estrategias globales para la promoción de la salud mental en todas las etapas de la vida.

LA 3. Prevenir los trastornos mentales en la población general y en grupos especiales de riesgo.



OBJETIVO 3. Mejorar los procesos de atención a las personas con trastorno mental y a sus familias.

LA 4. Diseñar la Cartera de Servicios de Salud Mental.

LA 5. Desarrollar Programas de Salud Mental.

LA 6. Fomentar la calidad de la atención al cuidador informal.

OBJETIVO 4. Fomentar la cultura de la calidad en los servicios de salud mental.

LA 7. Elaborar el Plan de Calidad de Salud Mental.

LA 8. Implicar a los profesionales.

LA 9. Comprometer a los usuarios y al movimiento asociativo.

OBJETIVO 5. Diseñar e implantar el sistema de información en salud mental.

LA 10. Definir el sistema de información en salud mental.

OBJETIVO 6. Potenciar la integración social de las personas con trastorno mental.

LA 11. Facilitar la integración social y laboral.

LA 12. Fomentar las redes sociales de apoyo a familiares y cuidadores.

OBJETIVO 7. Impulsar la formación e investigación en salud mental.

LA 13. Elaborar y ejecutar la agenda de formación en salud mental.

LA 14. Elaborar y ejecutar la agenda de investigación en salud mental.



8.1. OBJETIVO 1. Consolidar la red de atención integral a la salud mental.

Desde que se inició el Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2000-2004, el desarrollo de la red de dispositivos para la atención a la salud mental en nuestra región ha sido cuantitativa y cualitativamente muy importante. En estos años se ha avanzado en la puesta en marcha de recursos asistenciales y residenciales, incrementando de forma importante los dispositivos existentes.

El presente Plan fija como objetivo prioritario completar y consolidar la red regional de recursos sociales y asistenciales prevista en el Plan de Salud Mental 2000-2004, con el fin de mejorar la atención integral a la salud mental, prevaleciendo el enfoque comunitario y el abordaje biopsicosocial del trastorno mental, en consonancia con el concepto de salud que promulga la OMS y tal y como apostaba el modelo de reforma psiquiátrica en España iniciado en el año 1985.

LÍNEA DE ACCIÓN 1. DESARROLLAR LA RED REGIONAL DE RECURSOS DE SALUD MENTAL.

- Desarrollar el modelo de red integral de recursos para la atención a la salud mental, considerando el área de salud como ámbito territorial y de actuación.
- Crear y dotar los siguientes dispositivos previstos en el Plan de Salud Mental 2000-2004.

Tabla XXIII. Dispositivos previstos.

PROVINCIA	DISPOSITIVOS								
	H. día adulto	H. día I-J	UHB *	UME	CRPSL	MR	VVSS	UAE	UHB I-J
ALBACETE	1	1	---	1	---	1	2		
CIUDAD REAL	1	---	1	---	---	1	1		
▪ A.S. Mancha-Centro	---	1	---	---	2	1	3		
▪ A.S. Ciudad Real**									
CUENCA	1	1	---	1	---	1	---		
GUADALAJARA	---	1	---	---	1	1	---		
TOLEDO									
▪ A.S. Toledo	---	1	---	---	1	1	3		
▪ A.S. Talavera de la Reina	---	1	---	---	---	1	---		
TOTAL	3	6	1	2	4	7	9		
DISPOSITIVOS REGIONALES								1	1

* La Unidad de Hospitalización Breve del área de salud La Mancha-Centro, estará ubicada en el nuevo hospital de Alcázar de San Juan.

** Los dispositivos de salud mental del área de salud de Puertollano están integrados en el área de salud de Ciudad Real.

El personal integrante de los dispositivos de salud mental infanto-juvenil se ajustará a la ratio de profesionales por habitante previstos para los dispositivos de adultos y ancianos que se contemplaban en el plan de salud mental 2000-2004. Además, de forma progresiva y teniendo en cuenta las necesidades de cada área de salud se pondrán en marcha los hospitales de día infanto-juveniles.

Además de los dispositivos provinciales se crearán a nivel regional las siguientes unidades:

- **Unidad de Atención Especial**, ubicada en Alcohete (Guadalajara). Esta unidad se dirigirá a la atención de adultos con trastornos mentales graves que requieran intervenciones específicas y/o de más larga duración.



- **Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil.** Esta unidad atenderá a niños y adolescentes que requieran intervenciones específicas, con atención continuada y estancia breve.

A lo largo del periodo de vigencia del Plan, se irán creando dispositivos residenciales (minirresidencias y viviendas supervisadas) en todas las áreas de salud, adecuándose a las necesidades de la población. Así como los dispositivos de rehabilitación (CRPSL y UME) contemplados en el plan anterior.

- Elaborar y desarrollar la normativa específica que defina las características estructurales y los requerimientos técnicos para la autorización de cada uno de los dispositivos asistenciales de salud mental en el ámbito autonómico.
- Elaborar y desarrollar un decreto de organización y funcionamiento de los dispositivos de salud mental que permita homogeneizar normas técnicas, criterios, procedimientos y resultados.



8.2. OBJETIVO 2. Promover el bienestar mental de los ciudadanos y potenciar la prevención de los trastornos mentales.

En la Conferencia Ministerial Europea de la OMS sobre Salud Mental, celebrada en Helsinki en enero de 2005, se establece como objetivo prioritario para mejorar la salud mental y alcanzar el bienestar de la población, promover la salud mental de los ciudadanos y potenciar la prevención de los trastornos mentales.

Los desencadenantes sociales de los problemas de salud mental son múltiples, pudiendo originarse y/o agravarse en el hogar, en el lugar de trabajo, en el entorno educativo, y en las instituciones psiquiátricas.

Grupos especialmente vulnerables y marginados, como refugiados e inmigrantes, desempleados, presidiarios y expresidiarios, personas con discapacidades físicas o sensoriales y personas con problemas de salud mental, pueden presentar un riesgo particularmente elevado.

La promoción de la salud es una estrategia fundamental que consiste en capacitar a los ciudadanos y a las comunidades para poder elegir las opciones más favorables para su salud y evitar así el desarrollo de la enfermedad.

A través de la educación sanitaria y la participación comunitaria se persigue proporcionar al individuo, a la familia y a la comunidad, herramientas que les permitan adoptar prácticas de comportamiento y estilos de vida saludables.

La mejora de las condiciones de vida de la población y la identificación de los factores predisponentes susceptibles de ser modificados constituye la primera actuación en relación con la prevención primaria de los trastornos mentales.

Otro aspecto a considerar en el ámbito de la prevención de los trastornos mentales, es su detección temprana en familias de riesgo, para con ello mejorar las estrategias de educación de los niños, modificar comportamientos no saludables y favorecer el diálogo entre padres e hijos.

Se hace por tanto necesario poner en marcha, en colaboración con otras instituciones, programas dirigidos a preservar la salud mental y a prevenir los trastornos mentales en la población general, incidiendo especialmente en niños y jóvenes, haciéndoles partícipes de ello.

En el marco de la promoción de la salud mental y de la prevención de la enfermedad, el Plan de Salud Mental 2005-2010, establece las siguientes líneas de acción.



LÍNEA DE ACCIÓN 2. ELABORAR ESTRATEGIAS GLOBALES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN TODAS LAS ETAPAS DE LA VIDA.

- Crear una unidad de coordinación interinstitucional y de seguimiento de las actuaciones regionales en materia de promoción del bienestar mental y prevención del trastorno mental.
- Desarrollar una guía específica de información y orientación para el bienestar mental de niños y adolescentes dirigidos a educadores y padres en los centros educativos, que les ayude a comprender los factores de riesgo y de protección de los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia.
- Potenciar acciones transversales de educación en salud mental desde los planes de acción tutorial en centros de educación primaria y secundaria dirigidos a alumnos, padres y docentes.
- Elaborar un programa de protección y promoción del bienestar mental en niños y adolescentes que conviven con personas con trastorno mental y/o conductas adictivas.
- Desarrollar un programa de promoción del bienestar mental en el entorno laboral a través de convenios con los agentes sociales (sindicatos y empresarios) con especial énfasis en prevención de conductas adictivas, violencia de género y gestión del estrés laboral. Así como la prevención específica del "burn out" entre los profesionales de salud mental mediante estrategias preventivas.
- Promover la salud mental en las personas en situación de especial riesgo de exclusión social y vulnerabilidad ante la enfermedad mental a través de estrategias de atención y cooperación con entidades locales, asociaciones y organizaciones no gubernamentales.
- Promover campañas divulgativas dirigidas a reducir el estigma y mejorar la imagen de las personas con trastorno mental, implicando a todas las instituciones.
- Elaborar una agenda con los medios de comunicación para informar a la población general sobre los riesgos para la salud mental y contribuir a mejorar la imagen del enfermo mental.



LÍNEA DE ACCIÓN 3. PREVENIR LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN GENERAL Y EN GRUPOS ESPECIALES DE RIESGO.

- Elaborar un programa de detección e identificación de los trastornos mentales más prevalentes en la infancia y adolescencia que integre y coordine a todos los servicios y profesionales implicados (equipos de atención temprana, de neonatología y pediatría, de orientación psicopedagógicos...). Se mantendrán los ya existentes.
- Diseñar una estrategia de detección precoz e identificación de los trastornos mentales y la prevención del suicidio en personas mayores, en el marco del programa de psicogeriatría previsto a desarrollar en este Plan.
- Mejorar las estrategias de captación de colectivos en riesgo de exclusión social con posibilidad de sufrir trastorno mental (inmigrantes, "sin techo", ...) con el fin de mejorar su accesibilidad a la red asistencial.



8.3. OBJETIVO 3. Mejorar los procesos de atención a las personas con trastorno mental y a sus familias.

Mejorar los procesos de atención a la salud mental en la población de Castilla-La Mancha a través de la red asistencial y social comunitaria es uno de los objetivos prioritarios del Plan de Salud Mental 2005-2010, que bajo los criterios de efectividad, eficiencia, calidad y satisfacción, ofrezcan una atención integral al enfermo y su familia y respondan simultáneamente a las necesidades de salud de la población general a través de un enfoque multisectorial e integrador.

Es importante potenciar a través de programas, protocolos y guías clínicas la atención a pacientes y familiares, así como la calidad de la misma, disminuyendo la variabilidad clínica y aumentando la equidad en la asistencia.

Los cuidadores no profesionales tienen similitudes en cuanto a su implicación y destino, ya que su vida está dominada por el hecho de haber adquirido la responsabilidad de asistir a los miembros de su familia mentalmente enfermos, soportando importantes cargas psicológicas de estrés.

El funcionamiento socialmente asignado a los cuidadores es el de ser los principales agentes de la asistencia en la comunidad a los enfermos mentales crónicos graves, cuyo papel, no está socialmente reconocido ni confirmado con las ventajas habituales de un oficio, y la recompensa denegada incluye la negación del reconocimiento de su ocupación como trabajadores de salud mental de primera línea.



LÍNEA DE ACCIÓN 4. DISEÑAR LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL.

Una de las actuaciones prioritarias del presente Plan será establecer por consenso el catálogo de prestaciones de servicios de cada dispositivo de salud mental que permita ofrecer una asistencia de calidad.

- Diseñar la cartera de servicios de la red integral de atención a la salud mental, estableciendo, de acuerdo a las prioridades de la política sanitaria y criterios científico-técnicos, la relación de programas y actuaciones a desarrollar, especificando normas técnicas e indicadores de cobertura y de seguimiento y evaluación del cumplimiento de la misma.



LÍNEA DE ACCIÓN 5. DESARROLLAR PROGRAMAS DE SALUD MENTAL.

Se considera fundamental para la mejora en la calidad de los servicios así como en la atención continuada de los pacientes, el establecimiento de una serie de programas y su desarrollo a través de protocolos y guías clínicas de actuación.

Para ello se crearán grupos de trabajo que se encargarán de su elaboración, homogeneizando criterios basados en la experiencia clínica de los profesionales y en la evidencia científica.

Se tendrán en cuenta las vías de acceso a los distintos dispositivos, el abordaje terapéutico una vez realizada la evaluación y el diagnóstico, así como la continuidad asistencial y el seguimiento del paciente que incluirá la atención y el apoyo domiciliario.

Para asegurar su implantación y consecución, existirá una estrecha colaboración y coordinación entre las unidades de salud mental y los equipos de atención primaria, los servicios sociales comunitarios, los dispositivos residenciales y la red de dispositivos de rehabilitación y reinserción socio-laboral. Además, se contemplarán indicadores de seguimiento y de evaluación de los resultados.

La red integral de atención a la salud mental prestará los siguientes programas asistenciales:

- Programa de salud mental infanto-juvenil.

Dada su historia y evolución en la región, las unidades de salud mental infanto-juvenil son unidades con especificidad y un buen desarrollo, que se incardinan dentro de la asistencia psiquiátrica general.

Es necesario desarrollar protocolos unificados respecto a la patología infanto-juvenil más prevalente, y de los dispositivos que delimitan el circuito asistencial preciso para atender las necesidades y demandas de esta población etaria, en el que se incluirán la unidad de hospitalización breve y los hospitales de día infanto-juveniles.

Dentro de estos protocolos se contemplarán:

- Trastorno mental grave infanto-juvenil.
- Trastorno de la conducta alimentaria.
- Trastorno por conductas adictivas y patología dual en adolescentes
- Patología conductual y violenta del adolescente.
- Hospitalización breve en niños y adolescentes.



- Programa de salud mental del adulto.

El Programa de Trastorno Mental Grave y la Atención a Domicilio se contempla como uno de los programas clave dentro de la atención a la salud mental del adulto. Ya inició su andadura durante el pasado Plan, pero precisa de una implementación conjunta en todas las áreas de salud.

Para ello, un psiquiatra se encargará de coordinar el programa con los profesionales de enfermería y trabajadores sociales, quienes serán a su vez los gestores de los casos y los encargados del contacto con el paciente, la familia, el equipo de atención primaria y otros agentes comunitarios, manteniendo la continuidad de cuidados y el apoyo a los familiares y cuidadores a través de la atención domiciliaria con especial énfasis para aquellas personas que tengan dificultades de accesibilidad a la red.

Además, dentro del programa de salud mental del adulto, se elaborarán los siguientes protocolos de actuación:

- Trastorno de la conducta alimentaria.
- Atención en crisis, urgencias psiquiátricas y traslado de pacientes para ingreso involuntario; elaborando procedimientos de atención a las urgencias psiquiátricas con involuntariedad, mediante un acuerdo interinstitucional entre el Servicio Regional de Salud, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y Justicia.
- Trastorno por conductas adictivas.
- Hospitalización breve.
- Cuidados de enfermería en salud mental.
- Trastornos emergentes: trastornos de personalidad, duelo patológico, estrés laboral.
- Actuaciones con otros colectivos vulnerables o en riesgo de exclusión (reclusos, sin techo, etc.).

- Programa de psicogeriatría.

El programa de Psicogeriatría se desarrolla como un programa específico de las unidades de salud mental, que contando con un psiquiatra-coordinador, psicólogo y diplomado en enfermería, atiende las necesidades de la población mayor de 65 años, apoyando tanto al equipo de atención primaria, como al personal sanitario de centros residenciales para mayores; utilizando métodos telemáticos cuando la distancia dificulte la colaboración entre los profesionales.



Se establecerán protocolos de:

- Identificación precoz de deterioro cognitivo y demencia.
- Patología afectiva y suicidio.
- Trastornos adictivos con o sin sustancia, fundamentalmente alcohol, tabaquismo y ludopatías.
- Deterioro cognitivo en pacientes geriátricos hospitalizados.
- Trastornos de conducta.

- Programa de Psiquiatría de Interconsulta y enlace.

Dentro del marco de la atención hospitalaria, la psiquiatría de interconsulta y enlace se interesa por el diagnóstico, estudio, tratamiento y prevención de la morbilidad psiquiátrica en el enfermo somático, los pacientes "problema" (aquellos con síntomas sugestivos de enfermedad física que no se corresponden con hallazgos objetivos), y por los factores psicológicos que afectan a la génesis o evolución de condiciones físicas.

Se establecerán protocolos de enlace según patologías y servicios hospitalarios.

- Programa de atención a drogodependencias y otros trastornos adictivos.

Dada la existencia de una red específica de Unidades de Atención a Drogodependientes y sus correspondientes equipos desde 1993, es objetivo del presente Plan conseguir una total integración de estas unidades en la red de dispositivos de atención a la salud mental.

Será prioritaria la elaboración de los siguientes protocolos:

- Patología dual (trastornos adictivos y comorbilidad psiquiátrica).
- Conductas adictivas sin sustancia.
- Desintoxicación alcohólica y de otras sustancias, de aplicación en las unidades de hospitalización breve.

- Programa de colaboración entre equipos de atención primaria y salud mental.

Es de destacar la gran importancia de esta colaboración en los sistemas comunitarios, que debe ser preferentemente a través de modelos de atención compartida y a través del desarrollo de estrategias de enlace. Las unidades de salud mental deben garantizar el manejo rápido y eficiente de las demandas de apoyo asistencial y adecuados niveles de comunicación y supervisión.



Será necesario:

- Designar en las unidades de salud mental a un profesional clave para cada centro de atención primaria, que actúe como figura de enlace para facilitar la comunicación entre ambos equipos, ayude a la formulación y desarrollo de programas terapéuticos y los problemas que las enfermedades mentales plantean.
- Diseñar e implantar los programas y protocolos en cada área de salud para organizar el tratamiento y el seguimiento terapéutico de los pacientes atendidos desde atención primaria (conductas adictivas, trastornos de la conducta alimentaria...) fortaleciendo el trabajo de rehabilitación y las habilidades de funcionamiento social desde su inicio. La elaboración de los programas y protocolos asistenciales se realizarán atendiendo a las patologías más prevalentes.
- Diseñar estrategias efectivas de comunicación y cooperación entre los profesionales de atención primaria y salud mental mediante los métodos tradicionales (informes escritos, vía telefónica,...) y los basados en las nuevas tecnologías (videoconferencia y páginas Web), favoreciendo el establecimiento de la interconsulta asistencial docente y las sesiones clínicas para la derivación de casos.



LÍNEA DE ACCIÓN 6. FOMENTAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL CUIDADOR INFORMAL.

Es importante destacar el importante papel socializador de la familia y promover estrategias destinadas a reforzar la capacidad familiar de integración social del enfermo mental, reconociendo explícitamente el papel del cuidador en la asistencia comunitaria y, prestándole el apoyo y la atención necesaria cuando así lo requiera.

- Elaborar un programa de formación en salud mental dirigido a las familias de personas con trastornos mentales para el control de síntomas, abordaje de crisis, control del estrés y ansiedad, etc.
- Impulsar y apoyar los programas gestionados por asociaciones de autoayuda y ONGs dirigidos a la mejora de la salud y la calidad de vida de los cuidadores (programas de descanso del familiar, voluntariado social, etc.).
- Elaborar materiales de información y guías dirigidas a personas con trastornos mentales y familiares.
- Elaborar un programa de detección precoz de patología en cuidadores informales del enfermo mental.
- Difundir y fomentar el servicio de asesoría jurídica y social a usuarios, profesionales y familiares.



8.4. OBJETIVO 4. Fomentar la cultura de la calidad en los servicios de salud mental.

La calidad total se puede definir como un sistema de gestión a través del cual se satisface las necesidades y expectativas de sus pacientes, sus profesionales, de los políticos sanitarios y de la comunidad en general, utilizando los recursos de que dispone: personas, materiales y tecnología.

Para realizar mejoras en la atención a la salud mental es necesario tener en cuenta los principales protagonistas del medio sanitario.

El usuario demanda accesibilidad, libre elección, atención personalizada y seguridad; los profesionales el poder desarrollarse y mejorar, interactuando con la organización para la que trabajan; y el marco institucional o la dirección de esa organización, el cumplimiento de la normativa, de los acuerdos y un alto grado de eficiencia.

Es necesario contar con un marco global de gestión y desarrollarlo mediante un conjunto de herramientas prácticas, a fin de satisfacer las necesidades de todas las personas implicadas, y mejorar la calidad de la atención a la salud mental.

Desde esta perspectiva, el nuevo Plan de Salud Mental establece como líneas de acción:

LÍNEA DE ACCIÓN 7. ELABORAR EL PLAN DE CALIDAD DE SALUD MENTAL.

- Diseñar el plan de calidad de salud mental en el marco de la mejora de la calidad asistencial del SESCAM para el primer semestre de 2006.
- Lograr la implantación de la cultura de evaluación y mejora continua entre los profesionales y trabajadores de salud mental.

LÍNEA DE ACCIÓN 8. IMPLICAR A LOS PROFESIONALES.

- Lograr la participación de los profesionales en la mejora continua de la atención que prestan.
- Realizar encuestas periódicas entre los profesionales para conocer su grado de satisfacción, necesidades y propuesta de mejora.



- Favorecer intercambios de experiencias entre profesionales de la región que trabajen en las mismas áreas de conocimientos, establecidas de forma programada y en periodos anuales según áreas determinadas con antelación, por su mayor relevancia.
- Impulsar la participación de los profesionales de salud mental en los comités de ética e investigación de sus áreas de salud.
- Facilitar y potenciar encuentros interdisciplinarios entre profesionales de salud mental y justicia para consensuar marcos de actuación en referencia a tratamientos ambulatorios involuntarios, evaluación de la competencia de los pacientes y otras situaciones problemáticas.
- Fomentar encuentros interdisciplinarios con profesionales de medios de comunicación, educación, bienestar social etc.

LÍNEA DE ACCIÓN 9. COMPROMETER A LOS USUARIOS Y AL MOVIMIENTO ASOCIATIVO.

La opinión y decisión del enfermo es clave en el modelo participativo perseguido en salud mental, siendo necesario aumentar la educación e información de la población general y de los usuarios de los servicios sanitarios de la red regional.

Con el fin de difundir la información, haciendo partícipe al usuario en la toma de decisiones, el presente Plan de Salud Mental propone:

- Revisar y homogeneizar los criterios de consentimiento informado en clínica e investigación, a fin de mejorar el proceso de consentimiento informado.
- Elaborar documentos de consentimiento informado que sean de aplicación regional.
- Elaborar documentos informativos sobre procesos y procedimientos terapéuticos.
- Realizar encuestas de opinión y satisfacción a usuarios y familiares e identificar áreas de mejora en el funcionamiento de los servicios.



- Elaboración de una Carta de Derechos y Deberes del Enfermo Mental como usuario de la red regional de recursos de salud mental.
- Potenciar las experiencias de participación informal a través de grupos de ayuda mutua y otras asociaciones que fomentan actividades de promoción de la salud mental en la comunidad.
- Activar la participación de las asociaciones de pacientes y familiares en los órganos dispuestos para tal fin en el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha.



8.5. OBJETIVO 5. Diseñar e implantar el sistema de información en salud mental.

Los sistemas de información son el pilar básico en la implantación y desarrollo de los programas de salud, proporcionando la información necesaria para la planificación y la organización de los servicios, su seguimiento y evaluación, además de un instrumento esencial para la asistencia y la investigación.

El nuevo Plan de Salud Mental 2005-2010 establece como línea prioritaria la consecución de la mejora del sistema regional de información que facilite el conocimiento de las necesidades de los usuarios y que permita la evaluación de los servicios para favorecer la gestión clínica y garantizar la calidad de sus prestaciones.

LÍNEA DE ACCIÓN 10. DEFINIR EL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL

- Dotar a todos los dispositivos de la red de infraestructuras y equipos informáticos.
- Definir e implementar el módulo de historia clínica electrónica para salud mental.
- Establecer y desarrollar un sistema de información, registro y evaluación de la actividad y los recursos de salud mental que integre a todos los sectores y dispositivos implicados en la promoción de la salud mental y la prevención, asistencia y rehabilitación de las personas con trastorno mental.
- Definir un sistema de indicadores de seguimiento y evaluación de las acciones previstas en el Plan.



8.6. OBJETIVO 6. Potenciar la integración social de las personas con trastorno mental.

La adecuada atención comunitaria a la población con enfermedades mentales exige la organización de una amplia red de servicios y recursos que atiendan las necesidades y favorezcan la rehabilitación psicosocial y la integración social y laboral de las personas con trastornos mentales crónicos, así como el apoyo a sus familias.

Desde que en 1985 se iniciara en nuestro país la reforma psiquiátrica, se ha ido produciendo una progresiva mejora de la asistencia en la salud mental, dándose un giro desde la atención asilar al enfermo hacia una plena integración dentro del sistema sanitario y hacia el reconocimiento del enfermo mental como persona discapacitada, susceptible de rehabilitación y de reintegración a la vida social con garantía plena de sus derechos.

Caminando en esta línea y tratando de prevenir la marginación y la desadaptación de cualquier persona con trastorno mental grave causante de una incapacidad personal y social, así como de apoyar su integración psicosocial y laboral, surgieron en un primer momento las asociaciones de familiares y amigos de personas con enfermedad mental que supusieron una gran aportación y un avance importante en la lucha por la integración de estas personas.

Inspirada en estos valores y con el apoyo del movimiento asociativo, en mayo de 2001 el Gobierno Regional de Castilla-La Mancha aprobó la creación de la Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Sociolaboral del Enfermo Mental (FISLEM).

A través de la disponibilidad de recursos de rehabilitación psicosocial e inserción sociolaboral, se pretende garantizar el apoyo social que haga posible el mantenimiento o integración del paciente en su familia y medio habitual. La integración laboral es un elemento de primer orden para facilitar la autonomía, la independencia y la integración social del enfermo mental.

Las redes sociales de apoyo constituyen un componente fundamental para la integración social de las personas con trastorno mental y, en definitiva, para la mejora en su calidad de vida.

Ante la evidencia del beneficio de los cuidados informales en la atención a la salud de las personas con trastornos mentales graves, el sistema de salud (servicios sanitarios y sociales) está obligado a considerar las necesidades de los mismos, y mejorar la atención a las redes de apoyo naturales y organizadas que se transforman en un eje esencial dentro del proceso salud-enfermedad de toda persona.

Y en estas líneas de acción el nuevo plan de salud mental se compromete a potenciar la integración social y laboral de las personas que padecen un trastorno mental.



LÍNEA DE ACCIÓN 11. FACILITAR LA INTEGRACIÓN SOCIAL Y LABORAL.

- Reforzar mecanismos que faciliten el acceso a las acciones formativas laborales existentes, así como potenciar el desarrollo de itinerarios formativos específicos ajustados a las necesidades y posibilidades de las personas con enfermedad mental:

Para el año 2010 habrá 20 Centros de Formación y Empleo cuya ubicación vendrá determinada por la presencia de los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral, con 400 plazas.

- Impulsar la creación de Centros Especiales de Empleo y fórmulas de Empresa Social en las que se puedan integrar enfermos mentales mediante su contratación laboral, adquiriendo el rol de trabajador a todos los efectos:

Para el año 2010 habrá 9 Centros Especiales de Empleo con 200 puestos de trabajo creados.

- Desarrollar el programa regional de empleo con apoyo para el acceso y mantenimiento en puestos de trabajo dentro del mercado laboral normalizado. Para ello se buscarán entre otros la implicación de los Ayuntamientos y del tejido empresarial.

LÍNEA DE ACCIÓN 12. FOMENTAR LAS REDES SOCIALES DE APOYO A FAMILIARES Y CUIDADORES.

- Publicar una guía de apoyo e información a cuidadores y distribución en todos los centros de servicios sociales y centros sanitarios de atención primaria y especializada.
- Potenciar e incrementar las líneas de apoyo al movimiento asociativo para el desarrollo de actividades de ocio, programas de viajes y vacaciones. Al igual que la participación e inclusión de los pacientes en programas de ocio y tiempo libre realizados desde diferentes ámbitos.
- Atención y apoyo a las familias de enfermos mentales graves alejadas de la red y en situación de aislamiento mediante el desarrollo de un programa de tele-asistencia que potencie la atención domiciliaria.



8.7. OBJETIVO 7. Impulsar la formación e investigación en salud mental.

La formación debe responder a las necesidades específicas de mantenimiento y actualización de los conocimientos y habilidades de los profesionales para contribuir a la consecución de los objetivos y directrices del Plan de Salud Mental teniendo siempre presente la mejora constante de la calidad y la perspectiva y necesidades de los ciudadanos y de los profesionales.

La investigación en salud mental es una actividad necesaria para conseguir los objetivos de las políticas de salud, debiendo ir dirigida a la mejora de la calidad asistencial, creando y desarrollando estructuras y unidades de apoyo a la formación en investigación en salud mental.

LÍNEA DE ACCIÓN 13. ELABORAR LA AGENDA DE FORMACIÓN EN SALUD MENTAL.

La formación continuada es un proceso de aprendizaje activo y permanente destinado a mejorar y actualizar la capacitación y competencia de los profesionales, que actúa como factor incentivador y elemento de cohesión, que debe evolucionar constantemente para responder a necesidades cambiantes de la demanda asistencial y que debe ser planificada y con presupuesto específico.

Es necesario actualizar y capacitar a los profesionales de atención primaria y atención especializada para que respondan a las demandas sanitarias de la población con alteraciones de salud mental.

Los diferentes profesionales implicados deben recibir una formación específica y adecuada a la tarea que desempeñan, analizando sus demandas formativas y efectuando su programación correspondiente, debiendo figurar en la organización interna de cada unidad con un tiempo de dedicación específico.

Dentro de esta línea de acción, se establecen actuaciones tanto para profesionales de salud mental, de atención primaria y servicios sociales, como para otros profesionales y sectores de la población.

Formación Continuada.

- Elaborar para el primer semestre de 2006 un Plan Regional de Formación en Salud Mental 2005-2010 a fin de potenciar el desarrollo profesional.



Profesionales de salud mental, atención primaria y agentes comunitarios.

- Favorecer la formación continuada de los profesionales de salud mental: psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.

Para ello se establecerán áreas de formación específicas tales como:

- Psicoterapia.
 - Trastornos adictivos-trastornos mentales.
 - Atención a la salud mental basada en la evidencia.
 - Actualización clínica y psicofarmacológica.
 - Gestión de servicios.
 - Metodología de la investigación.
 - Revisiones sistemáticas de documentación clínica.
 - Calidad asistencial.
- Incrementar la competencia clínico-asistencial de los profesionales de salud mental respecto a los problemas definidos como más relevantes, prevalentes y emergentes:
 - Detección y tratamiento del primer episodio psicótico.
 - Rehabilitación psicosocial.
 - Salud mental comunitaria: intervenciones psicosociales y familiares.
 - Programas comunitarios-assertivos de seguimiento del trastorno mental grave en la comunidad.
 - Psicopatología y terapéutica de la infancia y la adolescencia.
 - Psicogeriatría.
 - Alcoholismo y drogodependencias.
 - Trabajo en equipo, liderazgo y estrategias de comunicación.
 - Bases celulares-moleculares y genéticas de las enfermedades de salud mental.
 - Formación de formadores en salud mental.
 - Violencia y maltrato familiar.
 - Formación y asesoramiento legal de psiquiatras y psicólogos en temas jurídico-penales.



- Potenciar la formación en el conocimiento respecto a la ley de autonomía del paciente, protección de datos, acceso a la historia clínica y consentimiento informado.
- El plan de formación continuada en salud mental incluirá también y especialmente a los equipos de atención primaria, favoreciendo la actualización y capacitación de los mismos. Las actividades formativas irán dirigidas a:
 - Capacitar al profesional en técnicas de aproximación al paciente.
 - Adquisición de conocimientos y habilidades en diagnóstico, tratamiento y seguimiento de patologías mentales “menos graves” de alta prevalencia y demanda.
 - Detección de trastornos de la conducta alimentaria.
 - Urgencias psiquiátricas.
 - Abordaje inicial de las drogodependencias.

Los programas habrán de estar dirigidos preferentemente a transmitir habilidades más específicas cuya necesidad haya sido evidenciada por la experiencia clínica y a propiciar en los médicos en ejercicio el interés por identificar sus propias necesidades de formación.

El desarrollo adecuado de los programas de formación en atención primaria se basará en la elaboración conjunta por parte de los servicios de salud mental y de atención primaria de programas que satisfagan las necesidades concretas de ambos profesionales, ajustándose a ellas en sus contenidos y técnicas docentes.

- Formación en técnicas de intervención y comunicación en salud mental a agentes comunitarios (cuerpos y fuerzas de seguridad del estado, agentes de protección civil, bomberos, medios de comunicación, etc.).

Actividades Formativas dirigidas a la población general, usuarios y familiares.

- Otras acciones formativas dirigidas a la población:
 - Informar sobre tratamientos eficaces disponibles para enfermedades mentales, la red de servicios de salud mental, cartera de servicios, etc.
 - Acciones formativas dirigidas a las familias, cuidadores informales y movimiento asociativo sobre enfermedad mental grave.



- Programas de apoyo social.
- Grupos psicoeducativos.
- Grupos de apoyo a familiares de pacientes.

LÍNEA DE ACCIÓN 14. ELABORAR Y EJECUTAR LA AGENDA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL.

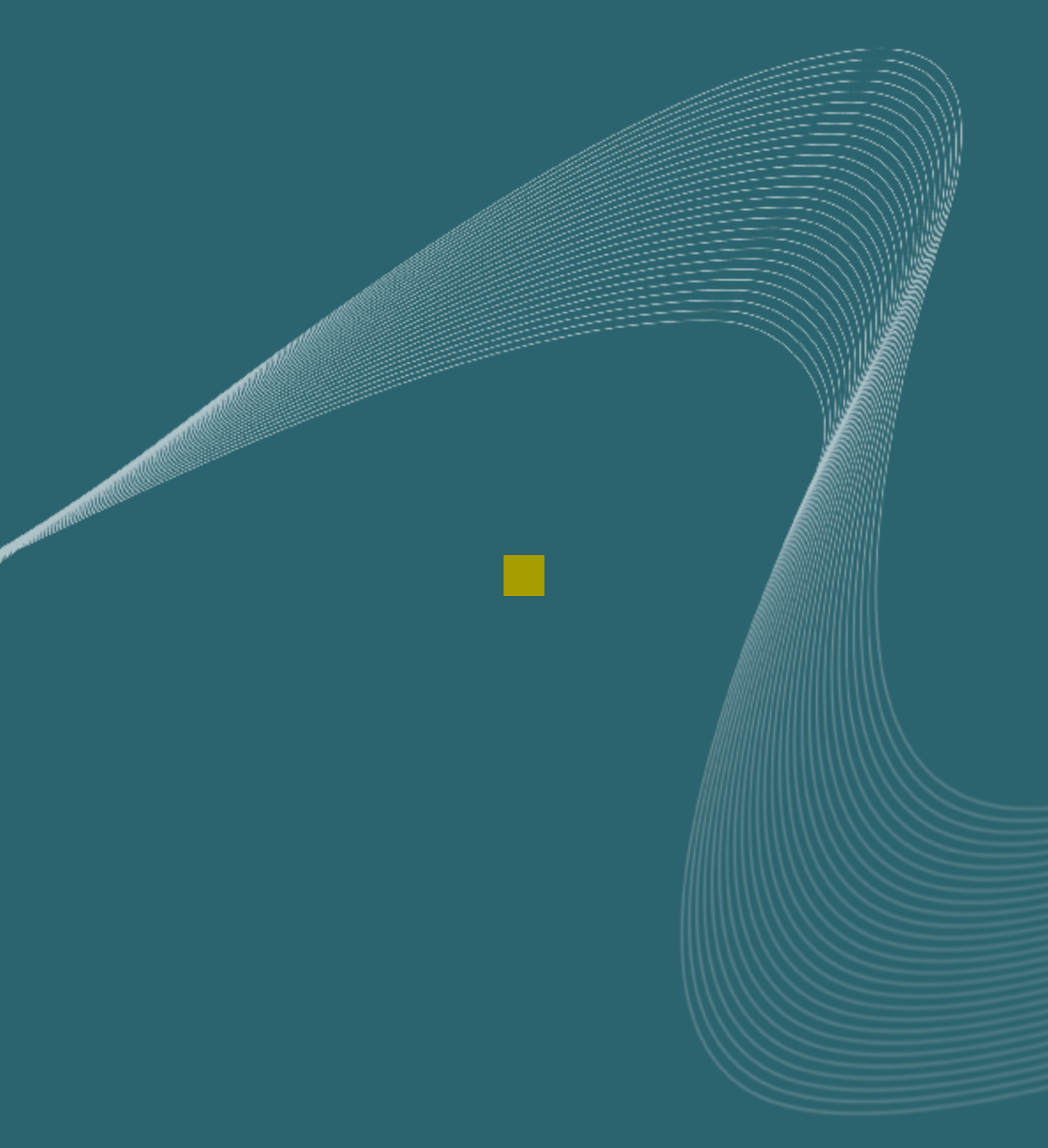
A través del trabajo de investigación aumentamos nuestro conocimiento sobre la salud mental, sus factores de riesgo y las intervenciones efectivas para el control de los trastornos y sus complicaciones. Su potenciación garantiza el avance hacia la mejora del tratamiento de la enfermedad mental, así como para su prevención y la mejora continua de la calidad asistencial.

Las acciones se concretan en:

- Elaborar la Agenda de Investigación en salud mental, que deberá incluir líneas de investigación, recursos, fuentes de financiación y estructuras de apoyo a la investigación. Debiendo elaborarse para el primer semestre de 2006.
- Potenciar los grupos de investigación y estudios multicéntricos incrementando la accesibilidad a las nuevas tecnologías y la formación en metodología apropiada.
- Impulsar el desarrollo de líneas de investigación innovadoras en relación a:
 - Prevención, detección precoz e intervención en el enfermo con trastorno mental y el soporte a la familia.
 - Fomentar la investigación sobre necesidades, expectativas y calidad de vida de las personas con trastornos mentales y familiares.
 - Evaluación de intervenciones y programas de salud mental.
 - Factores relacionados con la adherencia al tratamiento.
 - Factores relacionados con los trastornos psicogerítricos.
 - Detección de factores de riesgo/protección de psicopatologías así como en psicopatologías emergentes y cambios sociales.



- Promover estudios epidemiológicos de trastornos mentales fundamentalmente en personas mayores, contemplando el trastorno mental grave y persistente como área prioritaria de investigación, a fin de conocer mejor la magnitud del problema.
- Promover proyectos de investigación que incorporen una perspectiva de género. ■ ■ ■



CAPÍTULO NUEVE



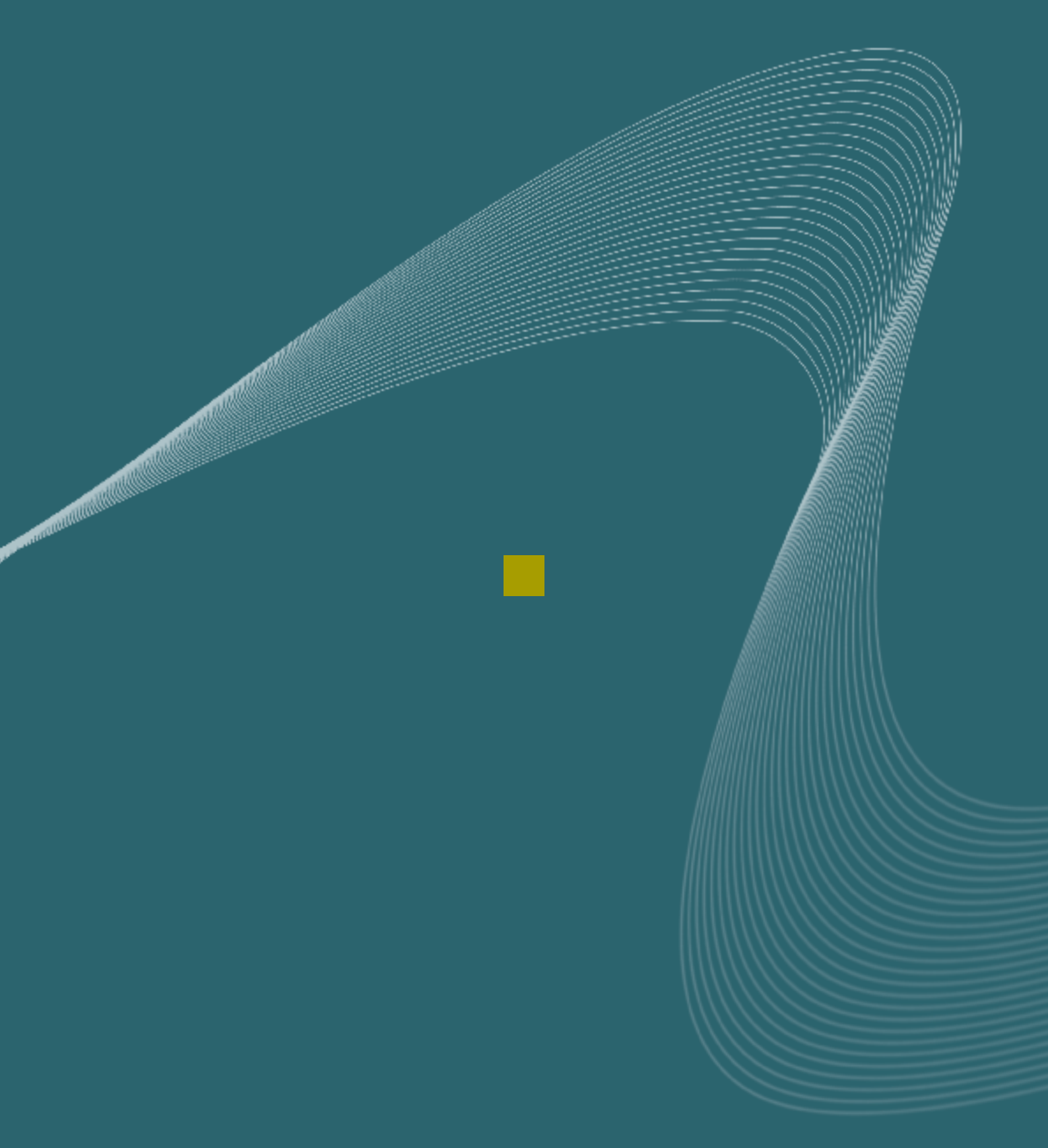
CRONOGRAMA DE ACTUACIONES PLAN DE SALUD MENTAL 2005-2010



9_CRONOGRAMA DE ACTUACIONES PLAN DE SALUD MENTAL 2005-2010



LÍNEAS DE ACCIÓN	2005	2006		2007		2008		2009		2010	
	9-12	1-6	7-12	1-6	7-12	1-6	7-12	1-6	7-12	1-6	7-12
Constituir el órgano de coordinación y seguimiento del PSM 2005-10											
Completar la red regional de dispositivos de SM en la región.											
Desarrollar los programas y actividades dirigidas a la promoción de la SM en todas las etapas de la vida.											
Desarrollar las actividades dirigidas a la prevención de los trastornos mentales.											
Establecer la cartera de servicios de SM.											
Fomentar la cooperación entre profesionales de AP y las USM.											
Desarrollar programas de SM unificados a nivel regional.											
Implantar protocolos y guías clínicas de actuación en SM.											
Fomentar la calidad de vida del cuidador informal.											
Elaborar el Plan de Calidad de SM.											
Fomentar y apoyar la participación social.											
Implantar el sistema regional de información en SM.											
Favorecer la integración social y laboral de las personas con trastorno mental.											
Potenciar las redes sociales de apoyo.											
Elaborar el Plan Regional de formación y la Agenda de Investigación en SM.											
Desarrollar los programas de formación e investigación en Salud Mental											
Realizar la evaluación global del PSM.											



CAPÍTULO DIEZ



DIRECCIÓN, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE SALUD MENTAL



10_DIRECCIÓN, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE SALUD MENTAL

La evaluación constituye una herramienta fundamental e indispensable para conocer la efectividad y eficiencia de todos los objetivos y líneas de actuación propuestas, para ello, se constituyen: la Comisión de Seguimiento del Plan, los Responsables Técnicos de Área Sanitaria, la Comisión Técnica Regional de Coordinación y las Comisiones Técnicas de Área Sanitaria.

- Dirección del Plan de Salud Mental 2005-2010

La dirección del Plan de Salud Mental corresponde al titular de la Consejería de Sanidad que a través de la Dirección General de Planificación y Atención Sociosanitaria canalizará el cumplimiento de los objetivos del mismo.

- Comisión de seguimiento del Plan de Salud Mental

Velará por el cumplimiento del mismo haciendo un seguimiento semestral. Estará formado por:



- Presidente: Consejero de Sanidad
- Vicepresidente: Director General de Planificación y Atención Sociosanitaria
- Secretario: Jefe de Servicio de Planificación
- Vocales:
 - Director General de Atención a Personas Mayores y Discapacitadas de la Consejería de Bienestar Social.
 - Director General de la Familia de la Consejería de Bienestar Social.
 - Secretario General del Servicio Público de Empleo de Castilla-La Mancha (SEPECAM).
 - Director General de Igualdad y Calidad de la Enseñanza de la Consejería de Educación y Ciencia.
 - Delegados/as provinciales de la Consejería de Sanidad de Albacete, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara y Toledo.
 - Directora del Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha.
 - Director General de Atención Sanitaria del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).
 - Diputados/as Provinciales de Sanidad.
 - Director General de Trabajo e Inmigración de la Consejería de Trabajo y Empleo.
 - Jefe de Servicio de Salud Mental del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).
 - Director Gerente de la Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (FISLEM).
 - Presidente de la Federación Regional de Asociaciones de Familiares y Amigos de Enfermos Mentales (FEAFES).
 - Un representante de fundaciones tutelares de enfermos mentales de Castilla-La Mancha.
 - Un representante de sociedades científicas de profesionales de salud mental en Castilla-La Mancha.

- Responsable técnico del Plan de Salud Mental

En cada área sanitaria se crea la figura del Responsable Técnico del Plan de Salud Mental, que deberá coincidir en la medida de lo posible con el Jefe de Servicio de Salud Mental, de la Gerencia de Atención Especializada del Área de referencia, y que deberá velar por el desarrollo de los programas y la coordinación de los dispositivos existentes para conseguir una atención integral a las personas con trastorno mental.



- Comisión técnica regional de coordinación

Se crea la Comisión Técnica Regional de Coordinación, compuesta por el Jefe de Servicio de Salud Mental del SESCAM, los responsables técnicos del Plan de Salud Mental de cada área y el Director Gerente de la Fundación FISLEM; cuya misión será la elaboración de informes sobre el funcionamiento asistencial de la red, que serán remitidos a la Dirección del Plan de Salud Mental para su comunicación a la Comisión de Seguimiento, con carácter semestral, donde se incluirán las propuestas que estimen oportunas para el mejor funcionamiento de la misma.

- Comisiones técnicas de coordinación de área

Se crean las Comisiones Técnicas de Coordinación de Área dirigidas por el Responsable Técnico del Plan de Salud Mental, y los responsables técnicos de los diferentes servicios y recursos existentes en cada una de las áreas. También estarán representadas técnicamente las Delegaciones Provinciales de la Consejería de Sanidad. Las Comisiones se reunirán al menos trimestralmente.

Esta Comisión velará por el adecuado funcionamiento y coordinación de los Servicios y programas existentes en el Área de Salud.



INDICADORES DE SEGUIMIENTO Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PLAN DE SALUD MENTAL



11_INDICADORES DE SEGUIMIENTO Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PLAN DE SALUD MENTAL

Pautas para su cumplimentación:

- Se marcará el año de realización cuando se haya cumplido la actuación.
- Se especificará, cuando sea posible, cuales han sido las acciones realizadas.
- En caso de publicación en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha se citará la fecha de publicación.



OBJETIVO 1: Consolidar la red de atención integral a la salud mental.

Línea de Acción 1. Desarrollar la red regional de recursos de salud mental.

INDICADORES:

Nº de recursos integrados en el Servicio de Salud de Castilla- La Mancha.
Integración de todos los dispositivos de salud mental en una única red, a fin de desarrollar el modelo de red integral.

INDICADORES:

Dispositivos en funcionamiento del Plan de Salud Mental, en áreas de salud:

- Nº de HD adultos.
- Nº de HD Infanto-Juvenil.
- UHB Mancha Centro.
- U M E: Albacete y Cuenca.
- Nº de CRPSL.
- Nº de Miniresidencias.
- Nº de Viviendas Tuteladas.

INDICADORES:

Dispositivos en funcionamiento del Plan de Salud Mental, a nivel regional:

- UHB Infanto-Juvenil regional
- Unidad de Atención Especial regional.

INDICADORES:

Normas publicadas de los dispositivos asistenciales de Salud Mental. Fecha de publicación.

INDICADORES:

Decreto de organización y funcionamiento de los dispositivos de Salud Mental. Fecha de publicación.



OBJETIVO 2: Promover el bienestar mental de los ciudadanos y potenciar la prevención de los trastornos mentales.

Línea de Acción 2. Elaborar estrategias globales para la promoción de la salud mental en todas las etapas de la vida.

INDICADORES:

Creación de la unidad de coordinación institucional y seguimiento de actuaciones en prevención y promoción. Fecha.

INDICADORES:

Edición de la guía de información y orientación para el bienestar mental de niños y adolescentes. Fecha de publicación.

INDICADORES:

Acciones transversales de educación para la salud mental desde los planes de acción tutorial en:

- Centros de educación primaria. Especificar.
- Centros de educación secundaria. Especificar.

INDICADORES:

Elaboración de un programa de protección y promoción del bienestar mental de niños y adolescentes que conviven con personas con trastorno mental y/o conductas adictivas. Fecha de ejecución.

INDICADORES:

Desarrollo de un programa de promoción del bienestar mental en el entorno laboral a través de convenios con agentes sociales. N° de convenios. Fecha de ejecución.

INDICADORES:

N° de acciones de promoción de la salud mental para personas en riesgo de exclusión social y vulnerabilidad ante la enfermedad mental en cooperación con entidades locales, asociaciones y ongs. Especificar.

INDICADORES:

N° de campañas divulgativas dirigidas a reducir el estigma y mejorar la imagen de las personas con trastorno mental.

INDICADORES:

Elaboración de la agenda con medios de comunicación para información a la población general sobre riesgos para el bienestar mental y mejoras de la imagen del enfermo mental.



Línea de Acción 3. Prevenir los trastornos mentales en la población general y en grupos especiales de riesgo.

INDICADORES:

Elaboración del programa de detección de trastornos mentales más prevalentes en la infancia y adolescencia y que integre todos los servicios implicados. Fecha de ejecución.

INDICADORES:

Acciones realizadas para detectar e identificar precozmente trastornos mentales y prevención del suicidio en personas mayores dentro del programa de psicogeriatría. Especificar.

INDICADORES:

Actuaciones realizadas para captación de colectivos de riesgo de exclusión social con posibilidad de sufrir trastorno mental. Especificar.

OBJETIVO 3: Mejorar los procesos de atención a las personas con trastorno mental y a sus familias.

Línea de Acción 4. Cartera de servicios de salud mental.

INDICADORES:

Diseño de la cartera de servicios de la red integral a la Salud Mental. Fecha.



Línea de Acción 5. Programas de salud mental.

INDICADORES:

Elaboración de protocolos de actuación en el programa de salud mental infanto-juvenil:

- Trastorno mental grave infanto-juvenil. Fecha.
- Trastorno de la conducta alimentaria. Fecha.
- Trastornos por conductas adictivas y patología dual. Fecha.
- Patología conductual y violenta. Fecha.
- Hospitalización Breve en niños y adolescentes. Fecha.

INDICADORES:

Elaboración de protocolos de actuación en el programa de salud mental del adulto:

- Trastorno de la conducta alimentaria. Fecha.
- Atención en crisis, urgencias psiquiátricas y traslado de pacientes para ingreso involuntario. Fecha.
- Trastornos por conductas adictivas. Fecha.
- Hospitalización breve. Fecha.
- Cuidados de enfermería en salud mental. Fecha.
- Trastornos emergentes. Fecha.
- Actuaciones con colectivos vulnerables o en riesgo de exclusión. Fecha.

INDICADORES:

Elaboración de protocolos de actuación en el programa de psicogeriatría:

- Identificación precoz de deterioro cognitivo y demencia. Fecha.
- Patología afectiva y suicidio. Fecha.
- Trastornos adictivos. Fecha.
- Deterioro cognitivo en pacientes hospitalizados. Fecha.
- Trastornos de conducta. Fecha.

INDICADORES:

Elaboración de protocolos de actuación en el programa de psiquiatría de interconsulta y enlace, según patologías y servicios hospitalarios. Fecha.

INDICADORES:

Elaboración de protocolos de actuación en el programa de atención a drogodependencias y otros trastornos adictivos:

- Patología dual. Fecha.
- Conductas adictivas sin sustancia. Fecha.
- Desintoxicación alcohólica y de otras sustancias. Fecha.



INDICADORES:

Identificar en cada USM un profesional como figura de enlace con los centros de atención primaria. N° de profesionales designados.

INDICADORES:

Elaboración de programas y protocolos de actuación en cada Área de Salud para organizar el tratamiento y el seguimiento terapéutico de los pacientes atendidos desde atención primaria. Fecha. Especificar.

INDICADORES:

Elaboración de estrategias de comunicación y cooperación entre profesionales de atención primaria y salud mental. Fecha. Especificar.

Línea de Acción 6. Fomentar la calidad de la atención al cuidador informal.

INDICADORES:

Elaboración de un programa de formación en salud mental dirigido a las familias de personas con trastornos mentales. Fecha.

INDICADORES:

N° de programas gestionados por asociaciones de autoayuda y ONG dirigidos al apoyo psicológico y calidad de vida de los cuidadores. Especificar.

INDICADORES:

N° de materiales de información y guías de apoyo dirigidas a personas con trastornos mentales y familiares. Especificar.

INDICADORES:

Elaboración de un programa de detección precoz de patología en cuidadores informales. Fecha.

INDICADORES:

N° de consultas de asesoramiento jurídico y social de usuarios, profesionales y familiares.



OBJETIVO 4: Mejorar de forma continua la calidad de la atención.

Línea de Acción 7. Elaborar el plan de calidad de salud mental en el marco del plan de calidad de SESCAM.

INDICADORES:

Elaboración del plan de calidad de salud mental. Fecha.

Línea de Acción 8. Los profesionales.

INDICADORES:

Realización de encuestas de satisfacción, necesidades y mejoras, entre los profesionales. Especificar.

INDICADORES:

Nº de encuentros y/o jornadas de intercambio de experiencias entre profesionales de la región de las mismas áreas de conocimientos.

INDICADORES:

Nº de reuniones de comités de ética y de investigaciones asistenciales con participación de profesionales de la salud mental.

INDICADORES:

Nº de encuentros interdisciplinarios entre profesionales de salud mental y justicia.

INDICADORES:

Nº de encuentros interdisciplinarios con profesionales de medios de comunicación, educación, bienestar social, etc.



Línea de Acción 9. Usuarios y participación social.

INDICADORES:

Establecimiento de un modelo de consentimiento informado homogéneo a nivel regional. Fecha.

INDICADORES:

Nº de documentos informativos sobre procesos y procedimientos terapéuticos.

INDICADORES:

Realización de encuestas de opinión y satisfacción de usuarios y familiares y áreas de mejora identificadas. Especificar.

INDICADORES:

Elaboración de la Carta de Derechos y deberes del Enfermo Mental. Fecha de publicación.

INDICADORES:

Nº de Grupos de ayuda mutua y otras asociaciones que realizan actividades de promoción de la salud mental.

INDICADORES:

Nº de reuniones de los órganos de participación del sistema sanitario de Castilla-La Mancha con asociaciones de pacientes y familiares de enfermos mentales.

OBJETIVO 5: Implantar el sistema regional de información en salud mental.

Línea de Acción 10. Sistema de información.

INDICADORES:

Nº de dispositivos de la red dotados de infraestructuras y equipos informáticos.

INDICADORES:

Implantación del módulo de historia clínica electrónica. Fecha.



INDICADORES:

Implantación y desarrollo del sistema de información, registro y evaluación de recursos de Salud Mental. Fecha.

INDICADORES:

Elaborar el sistema de indicadores de seguimiento y evaluación de las acciones del Plan. Fecha.

OBJETIVO 6: Potenciar la integración social de las personas con trastorno mental.

Línea de Acción 11. Integración social y laboral.

INDICADORES:

Nº de Centros de Formación y Empleo.
Nº de Plazas.

INDICADORES:

Nº de Centros Especiales de Empleo.
Nº de Puestos de trabajo.

INDICADORES:

Elaboración del programa regional de empleo con apoyo para el mercado laboral normalizado. Fecha.

Línea de Acción 12. Redes sociales: apoyo a familiares, cuidadores y redes informales.

INDICADORES:

Publicación de la guía de apoyo e información a cuidadores distribuidas en centros sanitarios y sociales. Fecha.

INDICADORES:

Nº de acciones de apoyo y orientación a asociaciones de enfermos y familias para desarrollo de actividades de ocio y tiempo libre.



INDICADORES:

Realización de un programa de teleasistencia para familias de enfermos mentales graves alejados de la red. Fecha y n° de terminales.

OBJETIVO 7: Potenciar la formación e investigación en salud mental.

Línea de Acción 13. Formación en salud mental.
Formación continuada .

INDICADORES:

Elaboración del Plan Regional de Formación en Salud Mental 2005-2010. Fecha.

Profesionales de salud mental, atención primaria y agentes
comunitarios.

INDICADORES:

N° de acciones de formación continuada dirigidos a profesionales de la salud mental por áreas de formación específica.

INDICADORES:

N° de acciones de formación continuada, dirigidos a profesionales de la salud mental, respecto a problemas más relevantes, prevalentes y emergentes.

INDICADORES:

N° de acciones formativas y de asesoramiento legal de psiquiatras y psicólogos.

INDICADORES:

N° de acciones formativas en el conocimiento de la ley de autonomía del paciente, protección de datos, acceso a la historia clínica y consentimiento informado.



INDICADORES:

Nº de acciones de formación continuada, dirigidas a equipos de atención primaria.

INDICADORES:

Nº de acciones formativas en técnicas de intervención y comunicación en salud mental a agentes comunitarios.

Actividades formativas dirigidas a la población general, usuarios y familiares.

INDICADORES:

Nº de acciones formativas dirigidas a la población general, usuarios y familiares.

Línea de Acción 14. Investigación e innovación.

INDICADORES:

Elaboración de la Agenda de investigación en salud mental. Fecha.

INDICADORES:

Nº de grupos de investigación.
Nº de estudios multicéntricos.

INDICADORES:

Nº de proyectos de investigación en relación a:

- Prevención, detección precoz e intervención en el enfermo y el soporte a la familia
- Necesidades, expectativas y calidad de vida.
- Evaluación de intervenciones y programas de salud mental.
- Adherencia al tratamiento.
- Trastornos psicogerítricos.
- Detección de factores de riesgo/protección de psicopatologías y psicopatologías emergentes y cambios sociales.

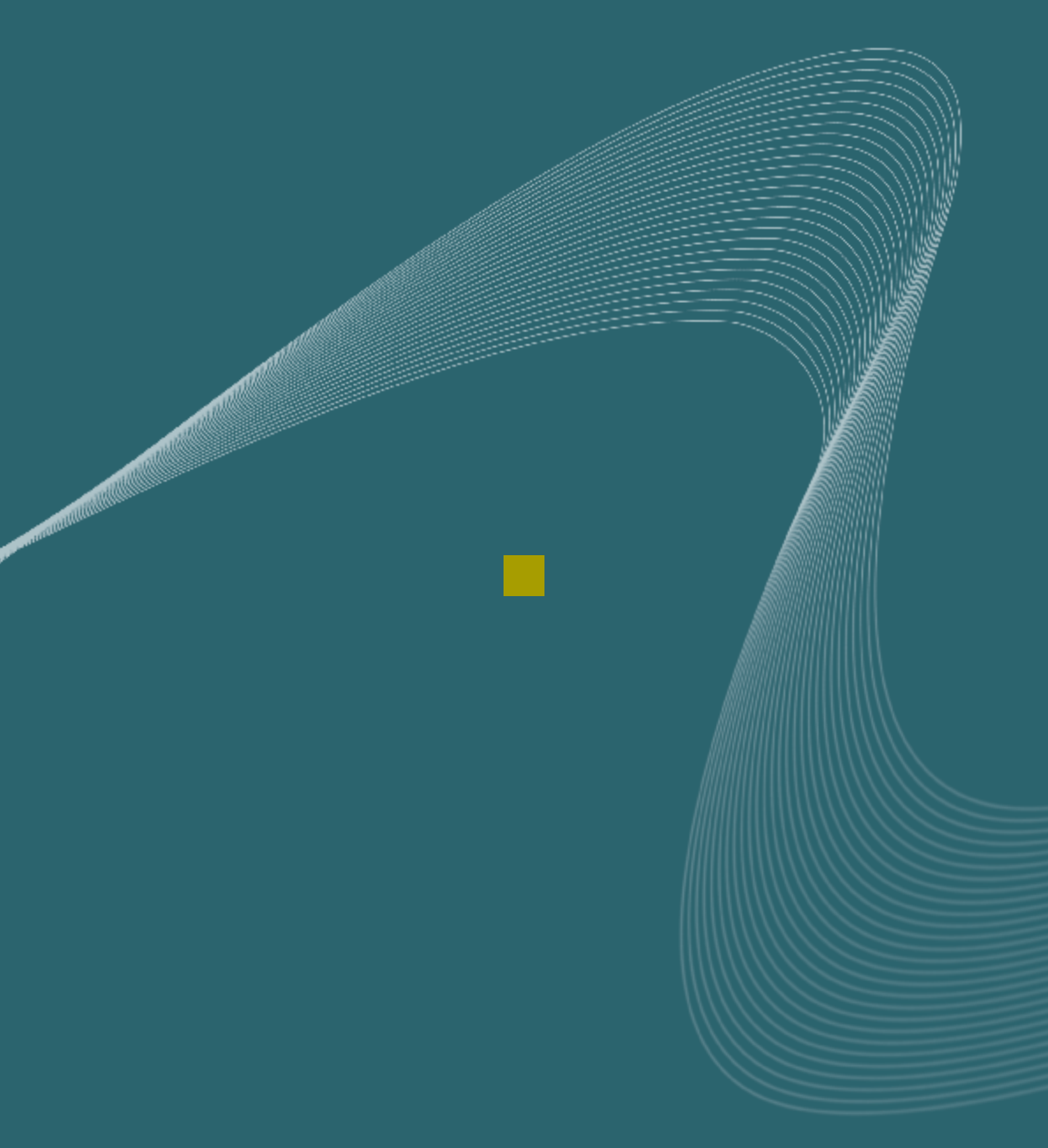


INDICADORES:

N° de estudios epidemiológicos de trastornos mentales.
N° de estudios epidemiológicos en ancianos.
N° de estudios epidemiológicos sobre trastorno mental grave.

INDICADORES:

N° de proyectos de investigación con perspectiva de género.



A N E X O S



ANEXOS

A N E X O
U N O

PLAN DE SALUD MENTAL

DE CASTILLA-LA MANCHA 2005-2010



ANEXO 1

RELACIÓN DE PARTICIPANTES QUE HAN INTERVENIDO EN LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL



A. Relación de los integrantes de los grupos de estudio y trabajo.

GRUPO DE TRABAJO DE SALUD MENTAL DE ADULTOS

Coordinadores:		
Celia Penedo Cobo	Psicóloga Clínica	Diputación Toledo
Lorenzo Chamorro García	Psiquiatra	SESCAM
Miembros:		
Alejandro Navarrete Capena	Médico	SESCAM
Antonio Javier Palacios	Psicólogo Clínico	Diputación de Toledo
Bautista Sánchez Olivares	Vicepresidente FEAFES	FEAFES
Carolina Calvo Martínez	Enfermera	SESCAM
David Larios Risco	Abogado	SESCAM
Isabel Sánchez Ayala	Psiquiatra	SESCAM
Jorge Arenas de la Cruz	Terapeuta Ocupacional	SESCAM
Mar Soler Sánchez	Psiquiatra	SESCAM
María Luisa Alberca Muñoz	Enfermera	SESCAM
Pino Morales Socorro	Psiquiatra	SESCAM



GRUPO DE TRABAJO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y ATENCIÓN AL USUARIO

Coordinador:		
José Antonio Contreras Nieves	Psicólogo	FISLEM
Miembros:		
Alejandro Márquez	Presidente FAPAT	FAPAT
Carmen Pagador González de la Higuera	Psiquiatra	Diputación de Ciudad Real
José Tendero Gómez	Presidente FARCAM	FARCAM
José Alberto Martialay Martínez	Psiquiatra	Diputación de Guadalajara
José Manuel Suárez Carrillo	Médico	SESCAM
Juan Carlos Sánchez Fernández	Psicólogo	Instituto de la Mujer
Luis Martínez Candel	Presidente FEAFES	FEAFES
Rodrigo Gutiérrez Fernández	Médico	SESCAM
Tomás de Haro de la Cruz	Psiquiatra	Diputación Toledo



GRUPO DE TRABAJO DE TRASTORNO MENTAL CRÓNICO

Coordinador:		
José Luis Santos García	Psiquiatra	SESCAM
M ^a Antonia Carrasco Antuña	Psiquiatra	SESCAM
Miembros:		
Basilia Guerra Amador	Psiquiatra	Diputación Ciudad Real
Carmen Cortés García	abogada	Consejería B. Social
Carmen González García	Psicóloga	Consejería B. Social
Eduardo del Valle Calzado	Dir. Gral. de Formación	SESCAM
Eva Sánchez Morla	Psiquiatra	SESCAM
Juan Fernández Martín	Médico	SESCAM
Luis Víctor Blas Fernández	Psiquiatra	SESCAM
M ^a Ángeles Gómez Núñez	Psicóloga	SESCAM
M ^a Luz Fernández Marín	Médica	Diputación de Cuenca
Maribel Rodríguez Montes	Terapeuta Ocupacional	Consejería de Salud
Maxi de La Roja Utrilla	Trabajadora Social	Consejería de Salud
Máximo Almodóvar Alcaide	Psicólogo	SESCAM
Olga Carrasco Ramírez	Psicóloga	FISLEM
Susana García Heras	Trabajadora Social	FISLEM
Camelia Torres Gómez	Terapeuta Ocupacional	Diputación Albacete
Matilde Moncho Bogani	Enfermera	Diputación Albacete



GRUPO DE TRABAJO DE FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL

Coordinador:		
Juan A. Estévez Salinas	Psiquiatra	SESCAM
Miembros:		
Antonio Segura Fragoso	Médico	ICS
Carlos de Cabo de Vega	Biólogo	SESCAM
Clotilde Fernández Olano	Médica	UCLM
Daniel Navarro Bayón	Psicólogo Clínico	FISLEM
Gema Vega González	Médica	SESCAM
José A. Aldaz Armendáriz	Psicólogo Clínico	SESCAM
Luis Beato Fernández	Psiquiatra	SESCAM
Natividad Alarcón Tobarra	Enfermera	SESCAM
Pilar Córcoles Jiménez	Enfermera	SESCAM
Teresa Serrano Palomo	Médica	ICS



GRUPO DE TRABAJO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Coordinadora:		
Ana M ^a Jiménez Pascual	Psiquiatra	SESCAM
Miembros:		
Alicia Ureta Huertos	Pediatra	SESCAM
Carlos Fdez. Fdez.	Psicólogo	APACE
Carmen Romo Barrientos	Psicóloga Clínica	SESCAM
Félix Rozalén Culebras	Prof. Enseñanza 2 ^a	Consejería de Educación
Francisca Castillo Ochando	Pediatra	SESCAM
Gonzalo Cuevas Fernández	Psicólogo	Consejería B. Social
José Antonio Cámara	Psicólogo	Consejería B. Social
M ^a Carmen Romero Fraga	Psicóloga Clínica	SESCAM
Maite Rodríguez Mas	Enfermera	SESCAM
Nuria Bascañana García	Trabajadora Social	SESCAM
Pedro De Bernardo Barrio	Psiquiatra	SESCAM
Virgilio Palacios Pérez	Enfermero	SESCAM



GRUPO DE TRABAJO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Coordinadora:		
Amparo Carrillo del Amo	Psicóloga Clínica	Consejería de Sanidad
Miembros:		
Agustín Sicilia Martín	Psicólogo Clínico	SESCAM
Carmen De La Rosa	Médica	Consejería de Sanidad
Dolores Calvo Cirujano	Trabajadora Social	Consejería B. Social
Francisco Javier Sebastián Delgado	Trabajador Social	Consejería B. Social
Jesús Manuel Tejero González	Psicólogo	SESCAM
José Manuel Morales	Médico	SESCAM
Manuel Espada Largo	Psicólogo Clínico	SESCAM
María Ger Martos	Psicóloga	Consejería B. Social
Paloma San Román	Psiquiatra	SESCAM
Salvador Hernández Gómez	Profesor Enseñanza 2ª	Consejería de Educación



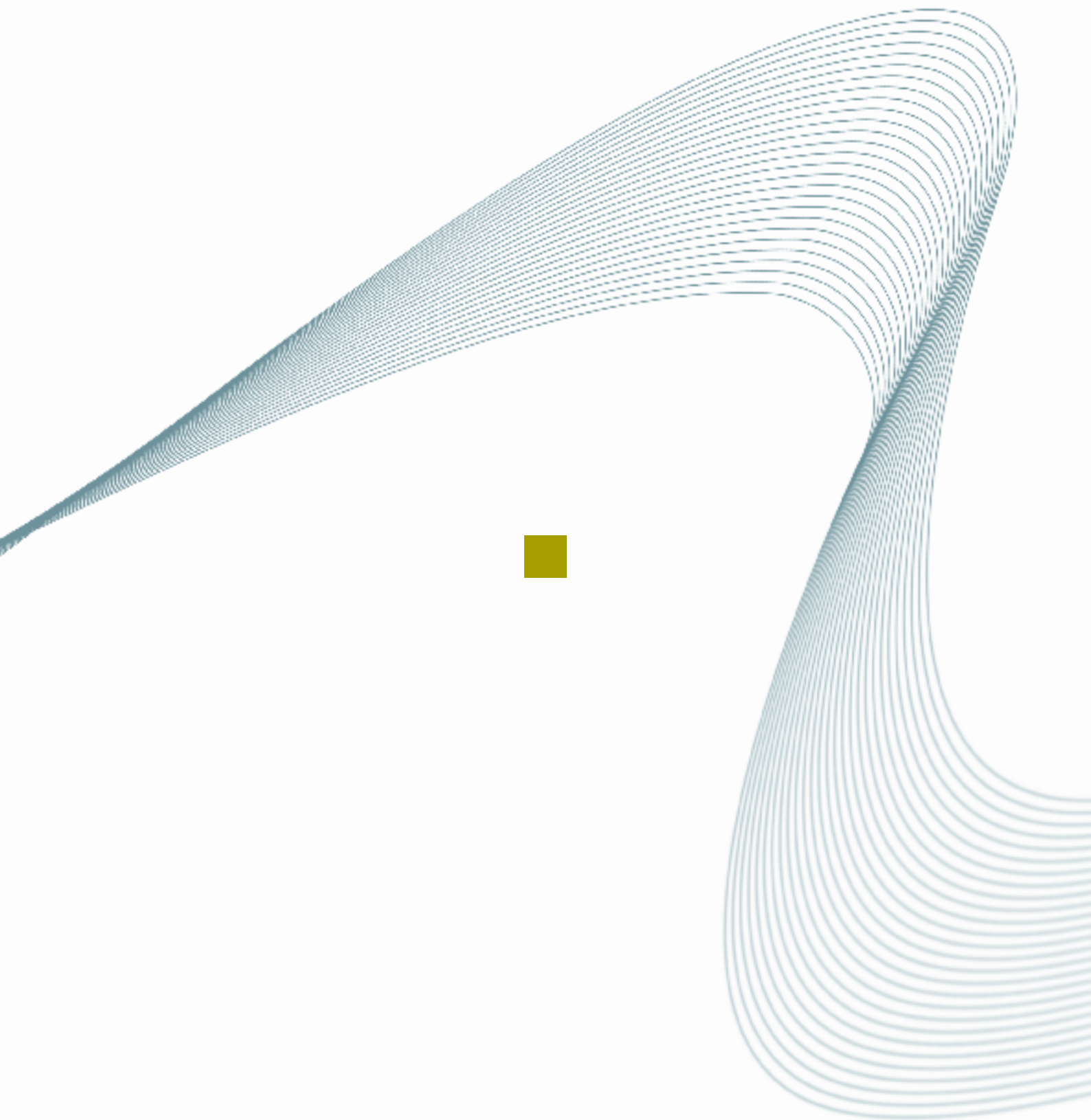
GRUPO DE TRABAJO DE TRASTORNOS ADICTIVOS

Coordinador:		
Lorenzo Castellote Zaurín	Psiquiatra	SESCAM
Miembros:		
Álvaro Sanabria Lamparero	Médico	SESCAM
Ángel Díaz Ruano	Psiquiatra	Diputación de Toledo
Beatriz García Moratalla	Psiquiatra	SESCAM
Carmen Pérez López	Trabajadora Social	CRUZ ROJA
Carmen Romero Rodríguez	Psicóloga Clínica	FAPAT
M ^a Mar Sánchez Fernández	Médica	CRUZ ROJA
María Vicent Zambrana	Psicóloga Clínica	SESCAM
Montse Martín Berruguete	Trabajadora Social	Consejería de Sanidad
Pilar Ventas García	Trabajadora Social	Consejería de Sanidad



B. Instituciones y Entidades colaboradoras.

- Consejería de Sanidad
- Consejería de Bienestar Social
- Consejería de Educación y Ciencia
- Servicio Público de Empleo de Castilla-La Mancha
- Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
- Delegaciones Provinciales de Sanidad
- Diputaciones Provinciales de Albacete, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara y Toledo
- Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental
- Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha
- Instituto de Ciencias de la Salud
- Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha
- Universidad de Castilla-La Mancha
- Federación Regional de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental.
- Federación de Alcohólicos Rehabilitados de Castilla-La Mancha
- Federación de Asociaciones de Prevención y Ayuda al Toxicómano de Castilla-La Mancha
- Asociación Española de Neuropsiquiatría
- Asociación de Profesionales de Atención Temprana en Castilla-La Mancha
- Federación de Municipios y Provincias de Castilla-La Mancha
- Cruz Roja
- Asociación Pro Salud Mental VIVIR
- Asociación de ayuda al síndrome depresivo de Albacete LASSUS.
- Asociación Nueva Luz
- Asociación Desarrollo de Albacete
- Asociación Puertas Abiertas de Tomelloso
- Asociación de Daño Cerebral de Castilla-La Mancha
- Asociación de Familiares y Amigos de Enfermos Mentales Despertar
- Asociación de Familiares y Amigos de Enfermos Mentales de Villarrobledo
- Asociación de Familiares y Amigos de Enfermos Mentales de Almansa
- Asociación de Amigos y Familiares de Enfermos Psíquicos de Albacete
- Fundación Familia
- Confederación Católica Regional de Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos.
- Pacientes con enfermedad mental
- Cuidadores y familiares de enfermos mentales





ANEXO 2

SIGLAS UTILIZADAS

AB: Albacete

AP: Atención Primaria

AE: Atención Especializada

AEN: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

CEE: Centros Especiales de Empleo

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS

CLM: Castilla- La Mancha

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos

CR: Ciudad Real

CRPSL: Centro de Rehabilitación Psicosocial y laboral

CU: Cuenca

DSM: Clasificación Americana de Enfermedades Mentales

EAD: Equipo de Atención a Drogodependientes

FAPAT: Federación de Asociaciones de Prevención y Ayuda al Toxicómano de Castilla- La Mancha

FARCAM: Federación Regional de Alcohólicos Rehabilitados de Castilla- La Mancha

FEAFES-CLM: Federación Regional de Asociaciones de Familiares y Enfermos Mentales

FISCAM: Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla- La Mancha

FISLEM: Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Sociolaboral del Enfermo Mental

GRD: Grupos Relacionados con el Diagnóstico

GU: Guadalajara



HD: Hospital de Día
HD-IJ: Hospital de Día Infanto-Juvenil
ICS: Instituto de Ciencias de la Salud
IJ: Infanto Juvenil
IT: Incapacidad Temporal.
LA: Línea de Acción
MC: La Mancha-Centro
MR: Minirresidencias
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONG: Organización No Gubernamental
PIR: Psicólogo Interno Residente
PRIS: Programa de Integración Social
PSM: Plan de Salud Mental
PU: Puertollano
RPLE: Registro de Pacientes en Lista de Espera
SEPECAM: Servicio Público de Empleo de Castilla- La Mancha
SESCAM: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
SIAE: Sistema de Información en Atención Especializada
SM: Salud Mental
SNS: Sistema Nacional de Salud
TM: Trastorno Mental
TR: Talavera de la Reina
TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria
TCI: Trastorno del Control de Impulsos
TO: Toledo
TMG: Trastorno Mental Grave
UCA: Unidad de Conductas Adictivas
UCLM: Universidad de Castilla-La Mancha
UHB: Unidad de Hospitalización Breve
UME: Unidad de Media Estancia
URR: Unidad Residencial y Rehabilitadora
USM: Unidad de Salud Mental
USM-IJ: Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil
UTA: Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria
VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VVSS: Viviendas Supervisadas



ANEXO 3

RELACIÓN DE TABLAS Y GRÁFICOS QUE APARECEN EN EL PLAN

Tablas

- Tabla I. Distribución de la población de Castilla-La Mancha por tamaño de los municipios de residencia.
- Tabla II. Población por Área de Salud y grandes grupos de edad en Castilla-La Mancha. 2004.
- Tabla III. Población por Área de Salud y grandes grupos de edad en Castilla-La Mancha. 2004. Porcentajes.
- Tabla IV. Razones de dependencia por Áreas de Salud en Castilla-La Mancha. 2004.
- Tabla V. Tasas de población e índice de envejecimiento por Áreas de Salud en Castilla-La Mancha. 2004.
- Tabla VI. Prevalencia de trastorno mental en población general en Europa.
- Tabla VII. Prevalencia-año de trastorno mental en población general en España. Porcentaje en tratamiento según gravedad.
- Tabla VIII. Actividad asistencial en las Unidades de Salud Mental de Castilla-La Mancha. 2001-2004.

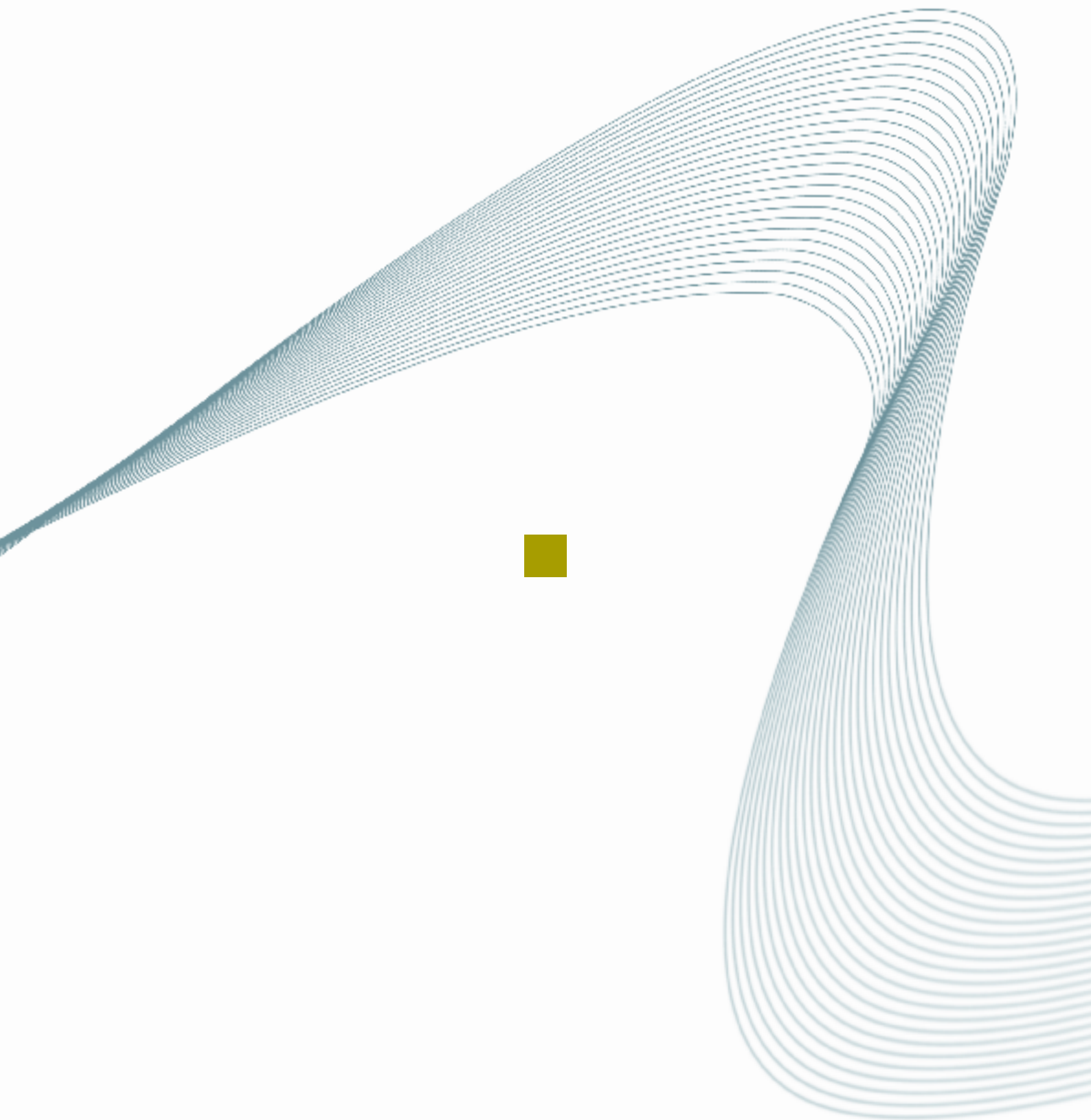


- Tabla IX. Evolución de las altas en las Unidades de Hospitalización Breve en Castilla-La Mancha. 2001-2004.
- Tabla X. Evaluación de los inicios de tratamiento en los EAD. 2004.
- Tabla XI. Programas y recursos para la atención del TCA en las áreas sanitarias de Ciudad Real y Albacete.
- Tabla XII. Distribución de Zonas Básicas de Salud en las Áreas de Salud de Castilla-La Mancha.
- Tabla XIII. Dispositivos de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Tabla XIV. Dispositivos de Salud Mental para el Adulto.
- Tabla XV. Resumen de estándares de plazas idóneas en los CRPSL de Castilla-La Mancha según área sanitaria.
- Tabla XVI. N° de CRPSL y usuarios atendidos durante 2004.
- Tabla XVII. Plazas ofertadas en programas y recursos de inserción laboral en el 2004.
- Tabla XVIII. Alternativas Residenciales. Plazas en el 2004.
- Tabla XIX. Distribución de asociaciones de familiares y enfermos mentales en Castilla-La Mancha y otras asociaciones relacionadas.
- Tabla XX. Dispositivos de Salud Mental en Castilla-La Mancha por Áreas de Salud y previsión del Plan para 2010.
- Tabla XXI. Recursos Humanos por Áreas de Salud. 2004.
- Tabla XXII. Recursos Humanos por Dispositivos y Áreas de Salud. 2004.
- Tabla XXIII. Dispositivos previstos.



Gráficos

- Gráfico 1. Evolución de los dispositivos de salud mental en Castilla-La Mancha. 1983-2004.
- Gráfico 2. Evolución de los recursos humanos de salud mental en Castilla-La Mancha. 1999-2004.
- Gráfico 3. Evolución del número de plazas de rehabilitación y residenciales en Castilla-La Mancha. 1999-2004.
- Gráfico 4. Población de Castilla-La Mancha por sexo y por Área de Salud. 2004.
- Gráfico 5. Pirámide de población de Castilla-La Mancha. 2004.
- Gráfico 6. Tasas ajustadas de suicidio en ambos sexos España y Castilla-La Mancha. 1980- 2002.
- Gráfico 7. Tasas ajustadas de suicidio según sexo en Castilla-La Mancha.1980-2002.
- Gráfico 8. Tasas de mortalidad por suicidio según sexo y edad en Castilla-La Mancha. 1999-2002.
- Gráfico 9. Evolución del consumo de psicofármacos por grupo terapéutico en Castilla-La Mancha. 2001-2004.
- Gráfico 10. Áreas de Salud de Castilla-La Mancha.
- Gráfico 11. Modelo de red integral de recursos para la atención a la salud mental en Castilla-La Mancha.





ANEXO 4

TABLAS

Tabla I. Distribución de altas hospitalarias y estancia media por GRDs de trastornos mentales (CDM 19) y por uso de drogas (CDM 20). Sescam 2001-2004.

GRD	DESCRIPCIÓN	Peso	Nº de ALTAS								ESTANCIAS			
			2001		2002		2003		2004		ESTANCIA MEDIA			
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	2001	2002	2003	2004
424	Cirugía con diagnóstico principal de EM	2,151	6	0,4	7	0,3	9	0,4	6	0,3	23,00	17,14	30,22	9,67
425	Reacción de adaptación aguda y trastorno de disfunción psicosocial	0,708	266	15,7	301	13,4	281	11,7	232	10,2	8,40	7,57	7,93	7,46
426	Neurosis depresivas	0,547	225	13,3	251	11,2	216	9,0	203	8,9	9,84	8,55	8,40	9,45
427	Neurosis excepto depresiva	0,981	174	10,3	173	7,7	143	6,0	150	6,6	9,68	8,03	7,55	7,95
428	Trastornos de personalidad y control de impulsos	0,581	84	5,0	142	6,3	162	6,8	188	8,2	11,25	8,55	9,86	8,97
429	Alteraciones orgánicas y retraso mental	1,712	139	8,2	180	8,0	213	8,9	189	8,3%	10,20	8,92	9,82	8,79
430	Psicosis	1,270	730	43,0	1.100	48,9	1.193	49,8	1.132	49,7	15,54	14,53	15,28	15,10
431	Trastornos mentales de la infancia	0,593	27	1,6	63	2,8	68	2,8	66	2,9	7,78	8,29	7,41	8,23
432	Otros diagnósticos de TM	1,042	45	2,7	34	1,5	109	4,6	113	5,0	9,27	11,12	4,84	11,15
CDM 19	GRD 424 a 432	--	1.696	100,0	2.251	100,0	2.394	100,0	2.279	100,0				



GRD	DESCRIPCIÓN	Peso	Nº de ALTAS								ESTANCIAS			
			2001		2002		2003		2004		ESTANCIA MEDIA			
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	2001	2002	2003	2004
743	Abuso o dependencia de opiáceos, alta voluntaria	0,782	21	4,9	7	1,5	9	2,1	13	3,0	2,29	1,71	1,89	2,38
744	Abuso o dependencia de opiáceos con CC	1,111	26	6,1	27	5,6	26	6,1	16	3,7	7,35	7,33	8,85	6,38
745	Abuso o dependencia de opiáceos sin CC	0,902	79	18,6	72	14,9	50	11,7	45	10,4	6,97	8,19	8,06	8,91
746	Abuso o dependencia de cocaína u otras drogas, alta voluntaria	0,603	2	0,5		0,0	1	0,2	7	1,6	1,50		1,00	2,43
747	Abuso o dependencia de cocaína u otras drogas con CC	1,003	11	2,6	10	2,1	16	370,0	19	4,4	15,18	10,80	8,31	9,63
748	Abuso o dependencia de cocaína u otras drogas sin CC	0,8	30	7,1	60	12,4	57	13,3	83	19,1	7,93	9,82	7,33	8,55
749	Abuso o dependencia de alcohol, alta voluntaria	0,387	9	2,1	5	1,0	14	3,3	12	2,8	1,33	2,80	2,50	3,25
750	Abuso o dependencia de alcohol, con CC	0,869	53	12,5	67	13,9	65	15,2	72	16,6	11,55	9,69	10,45	11,44
751	Abuso o dependencia de alcohol, sin CC	0,584	194	45,6	234	48,5	191	44,5	167	38,5	8,69	7,56	7,16	8,25
CDM 20	GRD 743 a 750	--	425	100,0	482	100,0	429	100,0	434	100,0				
CDM 19 y 20		--	2.121	--	2.733	--	2.823	--	2.713	--				

Los datos referenciados corresponden a las altas hospitalarias de centros dependientes del SESCAM. No está contemplado el Hospital Provincial de Toledo. En 2001 no se incluyen las altas de la unidad de hospitalización breve de Albacete. EM: enfermedad mental. TM: trastorno mental. CC: Complicaciones.



Tabla II. Distribución de los trastornos mentales por sexo y edad atendiendo a la clasificación de GRDs (CDM 19) y por uso de drogas (CDM 20). Sescam 2001-2004.

GRD	DESCRIPCIÓN	Peso	PERFIL: SEXO				PERFIL: EDAD			
			RAZÓN VARÓN/ MUJER				EDAD MEDIA			
			2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004
424	Cirugía con diagnóstico principal de EM	2,151	1,00	2,50	8,00	0,20	56,71	75,17	68,11	53,00
425	Reacción de adaptación aguda y trastorno de disfunción psicosocial	0,708	0,80	0,63	0,65	0,87	58,86	53,60	60,90	61,57
426	Neurosis depresivas	0,547	0,52	0,55	0,47	0,49	47,55	46,22	47,09	50,16
427	Neurosis excepto depresiva	0,981	1,23	1,14	0,83	0,81	41,24	38,68	39,25	39,97
428	Trastornos personalidad y control de impulsos	0,581	1,71	0,80	0,98	0,94	34,96	36,35	32,09	36,57
429	Alteraciones orgánicas y retraso mental	1,712	0,76	1,22	1,20	1,01	63,31	73,21	64,23	70,21
430	Psicosis	1,27	1,04	0,98	1,06	1,16	42,83	42,50	41,74	41,43
431	Trastornos mentales de la infancia	0,593	3,50	2,00	1,72	1,87	30,32	31,59	29,19	33,44
432	Otros diagnósticos de TM	1,042	0,67	0,26	1,66	1,05	28,15	32,64	42,59	40,00
CDM 19	GRD 424 a 432	--	0,93	0,89	0,96	1,00	--	--	--	--
743	Abuso o dependencia de opiáceos, alta voluntaria	0,782	3,20	6,00	∞	12,00	30,43	30,38	33,67	35,54
744	Abuso o dependencia de opiáceos con CC	1,111	12,00	26,00	12,00	4,33	36,41	35,73	33,77	36,06
745	Abuso o dependencia de opiáceos sin CC	0,902	10,29	3,80	4,56	3,09	--	34,19	33,62	31,40
746	Abuso o dependencia de cocaína u otras drogas, alta voluntaria	0,603	∞	--	∞	6,00	33,32	33,00	17,00	28,71
747	Abuso o dependencia de cocaína u otras drogas con CC	1,003	1,75	4,00	1,29	2,17	62,00	64,73	60,69	58,89
748	Abuso o dependencia de cocaína u otras drogas sin CC	0,8	2,00	3,29	3,75	6,55	33,18	35,73	32,89	31,67
749	Abuso o dependencia de alcohol, alta voluntaria	0,387	8,00	--	∞	5,00	48,40	37,33	44,29	42,08
750	Abuso o dependencia de alcohol, con CC	0,869	16,67	15,75	8,29	7,00	43,24	48,98	48,05	45,29
751	Abuso o dependencia de alcohol, sin CC	0,584	10,41	8,00	4,16	4,57	45,30	42,41	42,56	43,24
CDM 20	GRD 743 a 750	--	7,67	6,65	4,80	4,86	--	--	--	--
CDM 19 Y 20	--	1,29	1,18	1,18	1,23	--	--	--	--	--

* En trastornos mentales de la infancia se incluyen los trastornos de conducta de todas las edades, de ahí la alta edad media que se produce. EM: enfermedad mental. TM: trastorno mental. CC: Complicaciones.



Tabla III. Recursos humanos por dispositivos y Áreas de Salud. 2004.

ALBACETE	IJ	USM	UHB	UCA	HD	CRSPL	UME	URR	VVSS	Total
Psiquiatra	2	18	3	--		--		1	--	24
Psicólogo	3	9	1	3		7		--	--	23
Trabajador social	1	3	1	2,5		4		1	--	12,5
Enfermería	3	5	10	2,5		--		7	--	27,5
T. ocupacional	1	--	--	--		5		--	--	6
Aux. de clínica	1	--	26	--		--		51	--	78
Monitor/Educador	--	--	--	--		17		--	12	29
Aux. administrativo	1	1	1	1,5		5		1	--	10,5
Médico	--	--	--	3		--		--	--	3

CIUDAD REAL	IJ	USM	UHB	UCA	HD	CRSPL	UME	URR	VVSS	Total
Psiquiatra	2	7	4	--	1	--	3	1	--	18
Psicólogo	2	6	1	1,5	1	1	2	1	--	15,5
Trabajador social	--	1	1	1,5	--	1	2	2	--	8,5
Enfermería	2	4	10	1,5	1	--	6	5	--	29,5
T. ocupacional	--	--	1	--	--	1	--	--	--	2
Aux. de clínica	--	--	18	--	2	--	21	33	--	74
Monitor/Educador	--	--	--	--	--	2	--	--	2	4
Aux. administrativo	1	2	1	1,5	--	1	1	1	--	8,5
Médicos	--	--	--	2	--	--	--	--	--	2

CUENCA	IJ	USM	UHB	UCA	HD	CRSPL	UME	URR	VVSS	Total
Psiquiatra	1	9	2	--		--		1	--	13
Psicólogo	2	4	1	1		3		2	--	13
Trabajador social	--	2	--	1		2		1	--	6
Enfermería	2	5	11	2		--		9	--	29
T. ocupacional	--	--	--	--		2		1	--	3
Aux. de clínica	--	--	7	--		--		36	--	43
Monitor/Educador	--	--	--	--		5		--	14	19
Aux. Administrativo	1	1	1	1		2		3	--	9
Médico	--	--	--	1		--		--	--	1



GUADALAJARA	IJ	USM	UHB	UCA	HD	CRSPL	UME	URR	VVSS	Total
Psiquiatra	2	6	3	--	1	--	2	2	--	16
Psicólogo	1	5	1	1	0,5	1	1	1	--	11,5
Trabajador social	1	1	--	1	1	1	1	2	--	8
Enfermería	1	3	6	1	1	--	3	7	--	22
T. ocupacional	--	--	--	--	1	1	2	2	--	6
Aux de clínica	--	2	6	--	1	--	7	40	--	56
Monitor/Educador	--	--	--	--	--	3	--	--	4	7
Aux. administrativo	1	1	1	1	1	1	1	1	--	8
Médico	--	--	--	1	--	--	--	--	--	1

IJ hace referencia a USM-IJ y HD-IJ, no se contempla la UHB-IJ. Fuente: SESCOAM. 2004

TOLEDO	IJ	USM	UHB	UCA	HD	CRSPL	UME	URR	VVSS	Total
Psiquiatra	2	16	4	1	1	--	2		--	26
Psicólogo	3	8	--	2	1	4	1		--	19
Trabajador social	1	2	1	1	--	4	1		--	10
Enfermería	2	7	11	2	1	--	9		--	32
T. ocupacional	--	--	--	--	1	4	2		--	7
Aux. de clínica	--	3	34	3	2	--	13		--	55
Monitor/Educador	--	--	--	--	--	5	--		4	9
Aux. administrativo	1	2	1	--	1	4	1		--	10
Médico	--	--	--	1	--	--	--		--	1

LA MANCHA-CENTRO	IJ	USM	UHB	UCA	HD	CRSPL	UME	URR	VVSS	Total
Psiquiatra	2	7		--		--			--	9
Psicólogo	3	5		3		3			--	14
Trabajador social	1	1		3		2			--	7
Enfermería	2	4		2		--			--	8
T. ocupacional	--	--		--		2			--	2
Aux. de clínica	2	--		--		--			--	2
Monitor/Educador	--	--		10		6			6	22
Aux. administrativo	1	1		2		2			--	6
Médico	--	--		1		--			--	1



TALAVERA DE LA REINA	IJ	USM	UHB	UCA	HD	CRSPL	UME	URR	VVSS	Total
Psiquiatra	1	6	3	--	1	--			--	11
Psicólogo	2	3	0,5	1	0,5	1			--	8
Trabajador Social	--	1	1	--	1	1			--	4
Enfermería	1	3	8	1	1	--			--	14
T. ocupacional	--	--	1	--	1	2			--	4
Aux de clínica	--	2	21	--	--	--			--	23
Monitor/Educador	--	--	--	--	--	3			7	10
Aux. administrativo	1	2	1	1	1	1			--	7
Médico	--	--	--	1	--	--			--	1

PUERTOLLANO	IJ	USM	UHB	UCA	HD	CRSPL	UME	URR	VVSS	Total
Psiquiatra		2		1		--				3
Psicólogo		2		1		1				4
Trabajador Social		--		1		1				2
Enfermería		2		1		--				3
T. ocupacional		--		--		1				1
Aux de clínica		--		--		--				--
Monitor/Educador		--		--		1				1
Aux. administrativo		1		1		1				3
Médico		--		--		--				--

CASTILLA-LA MANCHA	IJ	USM	UHB	UCA	HD	CRSPL	UME	URR	VVSS	Total
Psiquiatra	12	71	19	2	4	--	7	5	--	120
Psicólogo	16	42	4,5	13,5	3	21	4	4	--	108
Trabajador Social	4	11	4	11	2	16	4	6	--	58
Enfermería	13	33	56	13	4	--	18	28	--	165
T. ocupacional	1	--	2	--	3	18	4	3	--	31
Aux. de clínica	3	7	112	3	5	--	41	160	--	331
Monitor/Educador	--	--	--	10	--	42	--	--	49	101
Aux. administrativo	7	11	6	9	3	17	3	6	--	62
Médico	--	--	--	10	--	--	--	--	--	10

IJ hace referencia a USM-IJ y HD-IJ, no se contempla la UHB-IJ. Fuente: SESCOAM. 2004

A N E X O
C I N C O

PLAN DE SALUD MENTAL

DE CASTILLA-LA MANCHA 2005-2010



ANEXO 5

**TABLAS Y GRÁFICOS DE LA EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL
2000-2004**



Tabla I. Evolución de los dispositivos de Salud Mental. 1983-2004.

DISPOSITIVOS	1983	1993	1999	2004	Previsión PSM	% Incremento	% Cumplimiento
USM Infanto-Juvenil [^]	5	8	8	7	7	0 %	100 %
Hospital de Día							
Infanto-Juvenil	--	1	1	1	7	0 %	14,3 %
Unidad de Salud Mental de Adultos	4	26i*	18i*	21	18	16,7 %	116,7 %
Unidad de Hospitalización Breve	--	6	6	6	7	0 %	85,7 %
Nº de camas	--	133	153	153	165	0%	92,7%
Equipo de Atención a Drogodependientes	1	6	9	9	9	0 %	100 %
Hospital de Día de Adultos	1	1	2	5	7	150 %	71,4 %
Nº de plazas	15	15	30	90	175	200 %	51,4 %
Centro de Rehabilitación Psicosocial #	--	--	9	17	20	88 %	85 %
Nº de usuarios	--	--	241	1.295	1.000	537 %	129,5 %
Unidades de Media Estancia	--	--	1	3	6	200 %	50 %
Nº de camas	--	--	28	67	235	139,3 %	28,5 %
Unidades Residenciales y Rehabilitadoras	6	6	6	5	1	-16,7 %	500 %
Nº de camas	1651	731	522	312	170	-40,3 %	-83,5 %
Viviendas Supervisadas	--	--	6	25	32	316,7 %	78,1 %
Nº de plazas	--	--	32	130	160	306,3 %	81,3 %
Plazas en Residencias (Psicogerítricas)	--	--	80	214	205	267 %	104,3 %
Plazas en Minirresidencias							
	--	--	--	--	125	--	--
Plazas de Inserción Laboral							
	--	--	21	402	720	1814 %	55,8 %

[^] En Albacete, en 2004, los 2 equipos de SM-IJ se unificaron en una sola unidad de SM-IJ.

* Equipos de salud mental incompletos (i) en cuanto al número de los diferentes profesionales que los componían.

En 1999 se incluyen los Centros de Día-Ocupacionales gestionados por las Asociaciones de Familiares y Enfermos Mentales de Cuenca y Almansa, y los Centros de Día-Ocupacionales con actividades de rehabilitación subvencionadas en Toledo, Albacete, Talavera, Guadalajara, Ciudad Real, Tomelloso y Villarrobledo.

Fuente: Consejería de Sanidad



Tabla II. Dispositivos de Salud Mental en Castilla-La Mancha. 1999-2004.

DISPOSITIVOS	PROVINCIAS															CASTILLA-LA MANCHA		
	ALBACETE			CIUDAD REAL			CUENCA			GUADALAJARA			TOLEDO					
	1999	2004	PSM	1999	2004	PSM	1999	2004	PSM	1999	2004	PSM	1999	2004	PSM	1999	2004	PSM
USM Infanto-Juvenil*	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	8	7	7
Hospitales de Día Infanto-Juveniles	0	0	1	1	1	2	0	0	1	0	0	1	0	0	2	1	1	7
Unidades de Salud Mental (adultos)	4	4	4	5	6	5	2	2	2	1	1	1	6	8	6	18	21	18
Unidades de Hospitalización Breve	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	6	6	7
Nº de camas	26	26	32	38	38	48	12	12	15	16	16	16	61	61	54	153	153	165
Equipos Atención Drogodependencias	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	3	3	3	9	9	9
Hospitales de Día (adultos)	0	1	1	0	1	2	0	0	1	1	1	1	1	2	2	2	5	7
Nº de plazas	0	20	36	0	20	50	0	0	20	15	15	17	15	35	52	30	90	175
Centros de Rehabilitación Psicosocial	3	5	4	2	4	6	1	2	2	1	1	2	2	5	6	9	17	20
Nº de usuarios	76	450	210	25	305	280	45	146	115	35	105	95	60	282	300	241	1288	1.000
Unidades de Media Estancia	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	2**	0	1	1	1	3	6
Nº de camas	0	0	30	28	32	55	0	0	30	0	15	60	0	20	60	28	67	235



ANEXO 5_TABLAS Y GRÁFICOS DE LA EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL 2000-2004

DISPOSITIVOS	PROVINCIAS															CASTILLA-LA MANCHA		
	ALBACETE			CIUDAD REAL			CUENCA			GUADALAJARA			TOLEDO					
	1999	2004	PSM	1999	2004	PSM	1999	2004	PSM	1999	2004	PSM	1999	2004	PSM	1999	2004	PSM
Unidades Residenciales y Rehabilitadoras	1	1	0	1	1	0	1	1	0	2	2	1	1	0	0	6	5	1
Nº de camas^	98	46	0	32	32	0	47	47	0	255	187	170	90	0	0	522	312	170
Nº Viviendas Supervisadas	2	5	7	0	4	8	1	5	4	1	5	4	2	6	9	6	25	32
Nº de plazas	11	26	35	0	20	40	5	28	20	5	26	20	11	30	45	32	130	160
Plazas en Residencias (Psicogerátricas)	--	40	40	30	30	40	20	20	40	--	44	40	30	80	45	80	214	205
Plazas en Minirresidencias	0	0	25	0	0	25	0	0	25	0	0	25	0	0	25	0	0	125
Plazas de Inserción Laboral	13	166	150	--	40	200	--	33	85	--	83	75	8	80	210	21	402	720

* En Albacete, en 2004, los 2 equipos de salud mental infanto-juvenil se unificaron en una sola unidad de SM-IJ.

** Unidad de Media Estancia (UME) en Guadalajara incluye UME provincial y UME de Atención Especial de ámbito regional

Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral, en 1999 contemplados Centros de Día/Ocupacionales gestionados por Asociaciones de Familiares y Enfermos Mentales

^ Tras valorar las necesidades de cada paciente se está procediendo a su traslado a las Unidades de Media Estancia, Minirresidencias, Viviendas Supervisadas y Residencias de Mayores.

PSM: Previsión Salud Mental para el año 2004

Fuente: Consejería de Sanidad



Tabla III. Evolución de los Recursos Humanos en Salud Mental. 1983-2004.

Profesionales	1983	1993	1999	2004	Previsión PSM	% Incremento	% Cumplimiento
Psiquiatras (incluye Neuropsiquiatras)	62	68	80	120	174	50%	67,4%
Médicos Generales*	4	31	28	10	8	-64,3%	125%
MIR en Psiquiatría / año	0	3	4	5	5	25 %	100 %
Psicólogos	12	60	71	108	178	52,1%	60,7%
PIR / año	0	0	3	5	5	66,7%	100%
Trabajadores Sociales	14	24	30	58	60	93,3%	96,7%
Enfermería	72	122	134	165	214	23%	77,1%
Terapeutas Ocupacionales	3	12	14	31	68	121,4%	45,6%
Auxiliares Clínica	366	323	332	331	369	-0,3 %	89,7 %
Auxiliares Administrativos	(No recogido)	(No recogido)	37	62	84	67,6%	73,8%

* Médicos Generales en 1983: sólo contemplados 4 en atención ambulatoria; en 2004, 8 con experiencia en Drogodependencias. El porcentaje de incremento se refiere al incremento durante la vigencia del Plan, desde 1999 al 2004. A estos datos hay que añadir 72 Educadores/Monitores en 2004.



Tabla IV.- Dotación de Profesionales en Salud Mental por Provincias. 1999-2004.

Profesionales	Provincias															Total CLM		
	Albacete			Ciudad Real			Cuenca			Guadalajara			Toledo					
	1999	2004	PSM	1999	2004	PSM	1999	2004	PSM	1999	2004	PSM	1999	2004	PSM	1999	2004	PSM
Psiquiatras	17	24	34	21	30	49	8	13	21	10	16	19	24	37	51	80	120	174
Psicólogos	13	23	34	22	33,5	50	9	13	21	13	11,5	21	14	27	52	71	108	178
Trabajadores Sociales	7	12,5	11	8	17,5	16	4	6	7	4	8	8	7	14	18	30	58	60
Enfermería	18	27,5	38	31	40,5	57	21	29	24	27	22	31	37	46	64	134	165	214
Terapeutas Ocupacionales	1	6	12	0	5	19	2	3	8	7	6	9	4	11	20	14	31	68
Auxiliares de Clínica	65	78	63	77	76	100	26	43	41	75	56	56	89	78	109	332	331	369
Auxiliares Administrativos	5	10,5	16	12	17,5	23	6	9	10	6	8	10	8	17	25	37	62	84
Otros profesionales	5	3	2	8	3	2	10	1	1	8	1	1	6	2	2	37	10	8

Otros profesionales incluye en 2004 médicos generales con experiencia en drogodependencias.

Fuente: Consejería de Sanidad



ANEXO 6

BIBLIOGRAFÍA

- López Guerra, L. Constitución Española. Madrid: Tecnos, 2004
- Organización Mundial de la Salud. Conferencia Ministerial Europea de la OMS sobre Salud Mental. [en línea]. Helsinki, 2005. Disponible en Web: <<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>>
- España. Conclusiones del Consejo de 2 de junio de 2003 sobre la lucha contra la estigmatización y la discriminación en relación con la enfermedad mental [en línea]. Diario Oficial de la Unión Europea, 17 de junio de 2003, núm. 141. Disponible en Web: <http://www.mercadis.com/docs/imagenes/200306240001_27_1.pdf>
- Alonso J, Angermeyer MC, Lépine JP. The European Study of Epidemiology of Mental Disorders. (ESEMeD) project. Acta Psychiatrica Scandinavica. Suppl, 2004. 109 (420): 1-64.
- Federación Mundial de la Salud Mental. Declaración de Luxor sobre los Derechos Humanos para los Enfermos Mentales [en línea]. 1989. Disponible en Web: <<http://www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/declara.pdf>>
- Fundación para la investigación sanitaria en Castilla- La Mancha. Municipios, población y áreas de salud de Castilla- La Mancha. Toledo: FISCAM, 2004.



- España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, 29 de abril de 1986.
- España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo, 1985.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS, 2001.
- The World Health Organization World Mental Health Consortium. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA. 2004, 291: 2581-2590.
- Anderson, C.; Reiss, D.; Hogarty, G. Esquizofrenia y familia: guía práctica de psico-educación. Buenos Aires: Amorrortu, 1988.
- Anthony, W.A.; Cohen, M.; Farkas, M. Psychiatric Rehabilitation. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, 1990.
- Desviat, M. La reforma psiquiátrica. Madrid: Dor, 1994.
- Escribá, P.; Huertas, M. Salud Mental Comunitaria: Rehabilitación psicosocial y reinserción sociolaboral. Valencia: Nau llibres, 1984.
- Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Criterios para el desarrollo del programa residencial. Documentos de Trabajo, nº 1. Sevilla: FAISEM, 2000.
- Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (2000). Criterios para el desarrollo del programa ocupacional-laboral. Documentos de Trabajo, nº 2. Sevilla: FAISEM, 2000.
- Liberman, R.P. Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Barcelona: Martínez Roca, 1988-1993
- Rodríguez, A. Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Pirámide, 1997.



- Gisbert Aguilar, C. (coord.): Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo. Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2003.
- Rivas, F. Manual de asesoramiento vocacional. Madrid: Síntesis, 1995.
- Roder, D. et al. Terapia Integrada de la esquizofrenia. Madrid: Ariel, 1996.
- Rebolledo, S. Rehabilitación Psiquiátrica: Curso de postgrado de rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela, 1997.

Planes de Salud Mental.

- Madrid. Consejería de Sanidad. Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008.
- Aragón. Consejería de Salud y Consumo. Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental.
- Cantabria. Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Plan Regional de Salud Mental 1998-2001.
- Servicio de Salud-Osakidetza. Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. Plan Estratégico 2004-2008.
- Andalucía. Consejería de Salud. Plan integral de Salud Mental 2003-2007.

Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

- Castilla-La Mancha. Consejería de Sanidad. Plan de Salud 2001-2010.
- Castilla-La Mancha. Consejería de Sanidad. Plan de Salud Mental 2000-2004.
- Castilla-La Mancha. Consejería de Sanidad. Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Castilla-La Mancha. 2002.



- Castilla-La Mancha. Consejería de Sanidad. Catálogo de hospitales y Mapa Sanitario de Castilla-La Mancha. 2003.
- Instituto de Estadística de Castilla-La Mancha. Datos Básicos de Castilla-La Mancha, 2004. Disponible en Web: <<http://www.ies.jccm.es>>
- Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Memoria de actividades, 2003.

A N E X O
S I E T E

PLAN DE SALUD MENTAL

DE CASTILLA-LA MANCHA 2005-2010



ANEXO 7

PREVISIÓN DE FINANCIACIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL 2005-2010 POR LA JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA



ANEXO 7_ PREVISIÓN DE FINANCIACIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL 2005-2010 POR LA JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA

	Año 2005	Año 2006	Año 2007	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Acumulado 2005-2010
Programas Asistenciales	1.000.000	2.250.000	3.500.000	4.750.000	6.000.000	7.250.000	24.750.000
UMEs	300.000	550.000	1.500.000	2.490.000	3.050.000	3.060.000	10.950.000
CRPSL/ Centros de Día	550.000	730.000	895.000	895.000	1.160.000	660.000	4.890.000
Alcohete- Guadalajara	300.000	780.000	790.000	200.000	210.000	220.000	2.500.000
Otros programas	555.000	520.000	540.000	660.000	780.000	900.000	3.955.000
Minirresidencias	299.000	1.620.000	1.930.000	1.740.000	1.550.000	1.550.000	8.689.000
Consejería de Sanidad	3.004.000	6.450.000	9.155.000	10.735.000	12.750.000	13.640.000	55.734.000
Vivienda	140.000	360.000	480.000	480.000	480.000	480.000	2.420.000
Otros programas (inserción laboral, tutela,...)	50.000	80.000	110.000	140.000	170.000	200.000	750.000
Minirresidencias	299.000	1.620.000	1.930.000	1.740.000	1.550.000	1.550.000	8.689.000
Consejería de Bienestar Social	489.000	2.060.000	2.520.000	2.360.000	2.200.000	2.230.000	11.859.000
Ayuda empleo normalizado	500.000	700.000	1.000.000	1.100.000	1.200.000	1.300.000	5.800.000
Consejería de Trabajo y Empleo	500.000	700.000	1.000.000	1.100.000	1.200.000	1.300.000	5.800.000
JUNTA C. CASTILLA-LA MANCHA	3.993.000	9.210.000	12.675.000	14.195.000	16.150.000	17.170.000	73.393.000

Total PSM Castilla-La Mancha	73.393.000
------------------------------	------------

Se parte de un gasto anual consolidado y a mantener de, aproximadamente, 19.000.000 en 2004; a lo que habrá que añadir el IPC anual correspondiente, (excluidos los costes de Unidades de Media Estancia y los atribuidos al SESCAM); con lo cual el coste real del nuevo Plan, sumando el coste consolidado y la nueva financiación, a final del 2010 supondrá aproximadamente 200.000.000.



ANEXO 8

GUÍA DE RECURSOS

DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL					
ÁREA DE SALUD	DISPOSITIVO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	LOCALIDAD	TELÉFONO
ALBACETE	USM-IJ	SESCAM	Hospital Virgen del Perpetuo Socorro C/ Seminario, 4	ALBACETE	967 - 59 76 28 967 - 59 77 99
	USM	SESCAM	Hospital Virgen del Perpetuo Socorro C/ Seminario, 4	ALBACETE	967 - 59 76 45 967 - 59 77 99
	USM	SESCAM	Centro de Salud C/ San Juan, 10	ALMANSA	967 - 34 19 80 967 - 34 19 81
	USM	SESCAM	Hospital de Hellín Juan Ramón Jiménez, s/n	HELLÍN	967 - 30 95 00
	USM	SESCAM	Centro de Salud C/ de la Roda, s/n	VILLARROBLEDO	967 - 14 36 11 967 - 14 36 51
	UHB UTCA	SESCAM	Hospital Virgen del Perpetuo Socorro C/ Seminario, 4	ALBACETE	967 - 59 76 11 967 - 59 77 99 967 - 59 77 30
	UCA (EAD)	SESCAM	C/ Miguel López de Legazpi, 2	ALBACETE	967 - 21 52 76
	UCA (EAD)	SESCAM	C/ José Pérez y Ruiz de Alarcón, 1 - Bajo	ALMANSA	967 - 31 32 79
	HD	SESCAM	Hospital Virgen del Perpetuo Socorro C/ Seminario, 4	ALBACETE	967 - 59 76 45



ALBACETE	CRPSL	FISLEM	Avda. de la Mancha, s/n	ALBACETE	967 - 52 19 18
	CRPSL	FISLEM	C/ Violeta Parra, 7-9	ALMANSA	967 - 31 32 96
	CRPSL	FISLEM	C/ Miguel Hernández, 19 Bajo	CAUDETE	96 - 582 65 69
	CRPSL	FISLEM	C/ Ntra. Sra. de Fátima, 20	HELLÍN	967 - 54 27 55
	CRPSL	FISLEM	C/ San Lorenzo, 39	VILLARROBLEDO	967 - 14 44 42
	URR	DIPUTACIÓN PROVINCIAL	Ctra. Barrax, 22	ALBACETE	967 - 22 28 50
CIUDAD REAL	USM-IJ	SESCAM	Hospital Ntra. Sra. del Carmen Ronda del Carmen, s/n	CIUDAD REAL	926 - 22 98 40
	USM	SESCAM	Hospital General C/ Tomelloso, s/n	CIUDAD REAL	926 - 27 80 00
	USM	SESCAM	Centro de Salud C/ Constitución, 8	VALDEPEÑAS	926 - 32 04 25
	UHB	SESCAM	Hospital General C/ Tomelloso, s/n	CIUDAD REAL	926 - 27 80 00
	UTCA	SESCAM	Hospital General C/ Tomelloso, s/n	CIUDAD REAL	926 - 27 80 00
	UCA (EAD)	SESCAM	C/ Lentejuela, 7	CIUDAD REAL	926 - 21 61 68
	HD	SESCAM	Hospital General C/ Tomelloso, s/n	CIUDAD REAL	926 - 27 80 00
	CRPSL	FISLEM	C/ Azucena, 19	CIUDAD REAL	926 - 27 49 75
	UME	DIPUTACIÓN PROVINCIAL	Servicios Sanitarios y Asistenciales Ronda del Carmen, s/n	CIUDAD REAL	926 - 23 12 75
	URR	DIPUTACIÓN PROVINCIAL	Servicios Sanitarios y Asistenciales Ronda del Carmen, s/n	CIUDAD REAL	926 - 23 12 75
LA MANCHA- CENTRO	USM-IJ y HD	SESCAM	C/ Irlanda, 7	ALCÁZAR DE SAN JUAN	926 - 54 17 50
	USM	SESCAM	Avda. de los Institutos, s/n	ALCÁZAR DE SAN JUAN	926 - 54 15 83
	USM	SESCAM	Hospital Virgen de Altagracia. Avda. Dr. Emi- liano García Roldan, s/n	MANZANARES	926 - 64 60 00
	USM	SESCAM	Centro de Salud Zona 1 "Virgen de las Viñas" C/ Concordia, s/n	TOMELLOSO	926 - 50 56 90 926 - 50 33 00



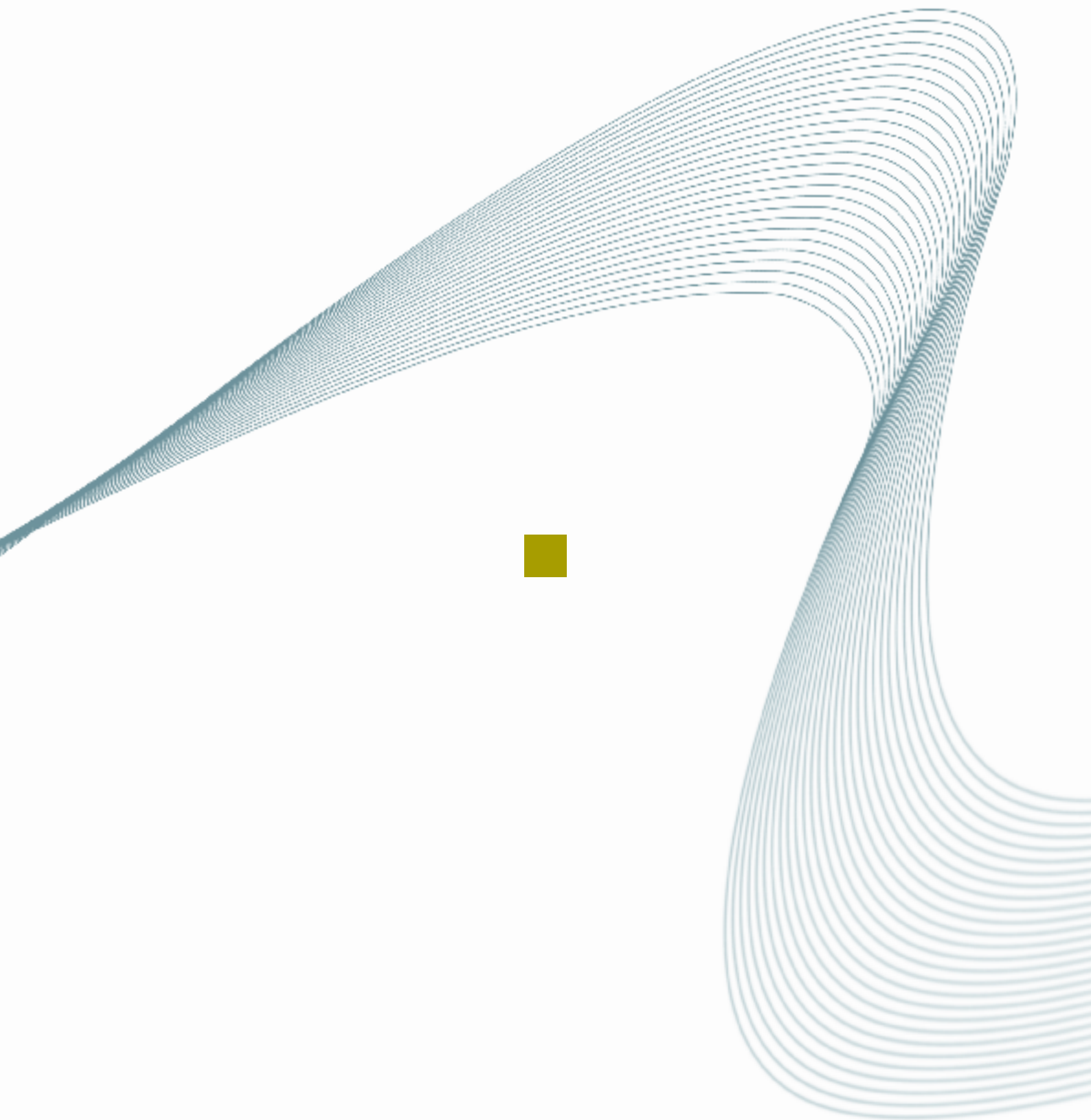
LA MANCHA-CENTRO	USM	SESCAM	Centro de Salud C/ de Tirez, s/n	VILLACAÑAS	925 - 16 02 51
	USM	SESCAM	Centro de Diagnóstico y Tratamiento Ctra. Villanueva, s/n	QUINTANAR DE LA ORDEN	925 - 18 07 79
	UCA (EAD)	SESCAM	Centro Integral de Tratamiento de Drogodependientes Pasaje de San Isidro, 1	ALCÁZAR DE SAN JUAN	926 - 55 08 25
	CRPSL	FISLEM	C/ Irlanda, 3	ALCÁZAR DE SAN JUAN	926 - 55 29 66
	CRPSL	FISLEM	C/ Felipe Novillo, 82	TOMELLOSO	926 - 50 59 90
PUERTOLLANO	USM	SESCAM	Centro de Salud de Zona 1 Avda. 1º de Mayo, 32	PUERTOLLANO	926 - 43 14 00
	UCA (EAD)	SESCAM	Carretera del Villar, s/n km. 1,900	PUERTOLLANO	926 - 42 98 29
	CRPSL	FISLEM	C/ Hinojosas, 9	PUERTOLLANO	926 - 44 15 58
CUENCA	USM-IJ	SESCAM	Hospital Gral. Virgen de la Luz. C/ Hermandad Donantes de Sangre, 1	CUENCA	969 - 17 99 00
	USM	SESCAM	Hospital Gral. Virgen de la Luz. C/ Hermandad Donantes de Sangre, 1	CUENCA	969 - 17 99 00 969 - 17 99 40
	USM	DIPUTACIÓN PROVINCIAL	R. Sagrado Corazón de Jesús C/ Salgar, 4	CUENCA	969 - 22 23 18
	UHB	SESCAM	Hospital Gral. Virgen de la Luz. C/ Hermandad Donantes de Sangre, 1	CUENCA	969 - 17 99 00 969 - 17 99 34
	UCA (EAD)	SESCAM	C/ Pósito, 2	CUENCA	969 - 23 25 03
	CRPSL	FISLEM	Plaza Reina Sofía, s/n	CUENCA	969 - 23 48 34
	CRPSL	FISLEM	Pza. Cruz de la Iglesia, 10	TARANCÓN	969 - 32 58 63
	UR	DIPUTACIÓN PROVINCIAL	Ctra. Guadalajara-Cuenca, s/n	CUENCA	969 - 22 76 51
GUADALAJARA	USM-IJ	SESCAM	C/ Ferial, 31 - 2º	GUADALAJARA	949 - 22 65 87
	USM	SESCAM	C/ Ferial, 31 - 2º	GUADALAJARA	949 - 22 57 19



GUADALAJARA	UHB	SESCAM	Hospital General Avda. Donantes de Sangre, s/n	GUADALAJARA	949 - 20 92 00
	UCA (EAD)	SESCAM	Plaza del Concejo, s/n	GUADALAJARA	949 - 88 70 99
	HD	SESCAM	C/ Ferial, 31 - 3º	GUADALAJARA	949 - 22 57 19
	CRPSL	FISLEM	Avda. Barcelona, 18 - Bº	GUADALAJARA	949 - 22 26 07
	UME	DIPUTACIÓN PROVINCIAL	Hopital Provincial Ortiz de Zárate C/ Hospital, 1	GUADALAJARA	949 - 21 25 42
	URR	CONSEJERÍA SANIDAD	Ctra. de Alcohete, s/n	YEBES	949 - 29 11 36
	URR	DIPUTACIÓN PROVINCIAL	Hopital Provincial Ortiz de Zárate C/ Hospital, 1	GUADALAJARA	949 - 21 25 42
TOLEDO	USM-IJ	SESCAM	C/Barcelona. Complejo Hospitalario de Toledo. Módulo 3.	TOLEDO	925 - 22 38 51
	USM	SESCAM	Hospital Virgen de la Salud Avda. Barber, 30	TOLEDO	925 - 26 92 00
	USM	SESCAM	Hospital Virgen del Valle Carretera de Cobisa, s/n	TOLEDO	925 - 26 93 00
	USM	SESCAM	Centro de Salud Sta. Mª de Benquerencia C/ Guadarrama, s/n	TOLEDO	925 - 23 35 50
	USM	DIPUTACIÓN PROVINCIAL	Hospital Provincial de la Misericordia Subida de San Servando, s/n	TOLEDO	925 - 25 93 50
	USM	SESCAM	Centro de salud de Illescas. C/Alameda s/n 45200	ILLESCAS	925 - 54 05 91
	USM	SESCAM	Centro de salud de Torrijos. Avda de la Esta- ción s/n 45500 Torrijos	TORRIJOS	925 - 77 11 05 925- 77 13 60
	UHB	DIPUTACIÓN PROVINCIAL	Hospital Provincial de la Misericordia Subida de San Servando, s/n	TOLEDO	925 - 25 93 50
	UME	DIPUTACIÓN PROVINCIAL	Hospital Provincial de la Misericordia Subida de San Servando, s/n	TOLEDO	925 - 25 93 50
	UCA (EAD)	DIPUTACIÓN PROVINCIAL	Ctra. de Mocejón, s/n	TOLEDO	925 - 25 93 90
	HD	DIPUTACIÓN PROVINCIAL	Hospital Provincial de la Misericordia Subida de San Servando, s/n	TOLEDO	925 - 25 93 50



TOLEDO	CRPSL	FISLEM	C/ Don Vidal, 1	CONSUEGRA	925 - 46 75 67
	CRPSL	FISLEM	C/ Cauce, s/n	ILLESCAS	925 - 51 55 54
	CRPSL	FISLEM	C/ Ferrocarril, 12	TOLEDO	925 - 23 44 82
	CRPSL	FISLEM	C/ Puente, s/n	TORRIJOS	925 - 77 51 05
TALAVERA DE LA REINA	USM-IJ	SESCAM	Instituto Ciencias de la Salud. Ctra. Extremadura, km. 114	TALAVERA DE LA REINA	925 - 83 92 00 925 - 83 92 83
	USM	SESCAM	Instituto Ciencias de la Salud. Ctra. Extremadura, km. 114	TALAVERA DE LA REINA	925 - 83 92 00 925 - 83 92 51
	UHB	SESCAM	Instituto Ciencias de la Salud. Ctra. Extremadura, km. 114	TALAVERA DE LA REINA	925 - 83 92 00
	UCA (EAD)	SESCAM	Instituto Ciencias de la Salud. Ctra. Extremadura, km. 114	TALAVERA DE LA REINA	925 - 83 92 00 925 - 83 92 56
	HD	SESCAM	Instituto Ciencias de la Salud. Ctra. Extremadura, km. 114	TALAVERA DE LA REINA	925 - 83 92 00
	CRPSL	FISLEM	C/ Marqués de Mirasol, 19	TALAVERA DE LA REINA	925 - 82 37 63





ANEXO 9

ASOCIACIONES RELACIONADAS CON SALUD MENTAL

PROVINCIA	ASOCIACIÓN	FEDERACIÓN	DIRECCION	CP	LOCALIDAD	TELEFONO	E-MAIL
ALBACETE	ADANER - ALBACETE		C/ TEODORO CAMINO, 12 12 - 1º DCHA.	02002	ALBACETE		adaner@ono.com
	ALCOHOLICOS ANONIMOS		C/ DIONISIO GUARDIOLA, 31-1º APD0.784	02004	ALBACETE	967 - 500312	
	ASOCIACIÓN "LASSUS" AYUDA CENTRO SINDROME DEPRESIVO		BLASCO DE GARAY, 41- BAJO	02003	ALBACETE	967-511929	
	ASOCIACIÓN AGORAFOBIA C-LM		C/ JOSÉ ZORRILLA, 6 - 1º E	02001	ALBACETE	967 - 523144	
	ASOCIACIÓN CASA DEL ALFARERO	FAPAT	C/ JOAQUIN QUIJADA, 45	02004	ALBACETE	967 - 580022	
	ASOCIACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DE ALBACETE (AARALBA)	FARCAM	C/ IRIS, 1 ENTREPLANTA	02005	ALBACETE	967 - 211800	



PROVINCIA	ASOCIACIÓN	FEDERACIÓN	DIRECCION	CP	LOCALIDAD	TELEFONO	E-MAIL
ALBACETE	ASOCIACIÓN FAMILIARES Y AMIGOS DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (AFAEPS)	FEAFES	AVDA. DE LA MANCHA, S/N	02006	ALBACETE	967 - 521918	afaeps@afaeps.org
	ASOCIACIÓN DE ENFERMOS DE FIBROMIALGIA Y SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA DE CASTILLA- LA MANCHA- "AFIBROALBA"		C/ DIONISIO GUARDIOLA, 56	02003	ALBACETE	967 - 660940 636 - 468745	afibroalba@afibroalba.com
	ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS SENILES DE ALBACETE (AFA-AB)		C/EBRO, 14	02006	ALBACETE	967 - 500545	afaalba@telefonica.net
	ASOCIACIÓN DESARROLLO DE PERSONAS CON AUTISMO DE ALBACETE		C/ GERONA, 27- BAJO	02006	ALBACETE	967 - 512287	asdesarrollo@wanadoo.es
	ASOCIACIÓN ENFERMOS DE AGORAFOBIA DE CASTILLA- LA MANCHA		JOSÉ ZORRI-LLA, 6	02002	ALBACETE	967-604579 967-611883	adealba_2000@terra.com
	ASOCIACIÓN ESPIRITU Y VIDA	FAPAT	PARROQUIA DEL ESPIRITU SANTO C/ PEREZ GALDOS, 61	02004	ALBACETE	967 - 220525 967 - 236161	
	ASOCIACIÓN IFAD – ALBACETE	FAPAT	C/ CRUZ, 21 - BAJO	02001	ALBACETE	967 - 521416	
	ASOCIACIÓN S.A.F.A.	FAPAT	C/ DOCTOR FERRAN, 48 - BAJO	02004	ALBACETE	967 - 502152	
	FEDERACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DE CASTILLA-LA MANCHA (FARCAM)	FARCAM	C/ IRIS, 1 ENTREPLANTA	02005	ALBACETE	967 - 211800	



PROVINCIA	ASOCIACIÓN	FEDERACIÓN	DIRECCION	CP	LOCALIDAD	TELEFONO	E-MAIL
ALBACETE	FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER CLM		C/ EBRO, 8	02006	ALBACETE	925 - 814962	
	FUNDACIÓN FAMILIA		AVDA. DE LA MANCHA, S/N	02006	ALBACETE	967-210011	fundacion_familia@hotmail.com
	ASOCIACIÓN "APAT"	FAPAT	C/ FEDERICO GARCIA LORCA, 19	02640	ALMANSA	967 - 343107	
	ASOCIACIÓN ALCOHÓLICOS REHABILITADOS ALMANSA		C/ DOCTOR MANZANERA, 4 - 2º	02640	ALMANSA	967-310650	
	ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS SENILES. -A.F.A.-. ALMANSA. ALBACETE		C/ FEDERICO GARCÍA LORCA, 19 - B	02640	ALMANSA	967-343107	afalmanisa@mixmail.com
	ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y AMIGOS DE ENFERMOS PSIQUICOS DE ALMANSA (AFAENPAL)	FEAFES	C/ VIOLETA PARRA, 7-9	02640	ALMANSA	967 - 313296	afaenpal@feafesclm.com
	ASOCIACIÓN DROGODEPENDENCIA AYUDA Y PREVENCIÓN		C/ FEDERICO GARCÍA LORCA, 19	02640	ALMANSA	967 - 343107	
	ASOCIACIÓN PARA LA PROTECCION Y AYUDA A LAS TOXICOMANIAS (APAT)		C/ GARCÍA LORCA, 19	02640	ALMANSA	967 - 343107	
	ASOCIACIÓN COMARCAL DE ALCOHOLICOS REHABILITADOS (ARECI)	FARCAM	PZA. CONSTITUCION, S/N	02200	CASAS-IBAÑEZ	967 - 460193	areci@wanadoo.es
	ASOCIACIÓN AMIGOS DE ALZHEIMER DE CAUDETE. ALBACETE		C/ PUERTA LA VILLA,13	02660	CAUDETE	965 - 825747	alzheimer@wanadoo.es



PROVINCIA	ASOCIACIÓN	FEDERACIÓN	DIRECCION	CP	LOCALIDAD	TELEFONO	E-MAIL
ALBACETE	ASOCIACIÓN CAUDETANA DE AMIGOS Y FAMILIARES DE ENFERMOS MENTALES (ACAFEM)	FEAFES	C/ MIGUEL HERNÁNDEZ, 19 BAJO	02660	CAUDETE	965 - 826569	acafem@caudete.org
	ASOCIACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS A.R.C.A.	FARCAM	C/ LAS HERAS, 67	02660	CAUDETE	96 - 5827432	ARCADYA@terra.es
	ASOCIACIÓN ENFERMOS MENTALES CAUDETE (ACAFEM)		CORONA DE ARAGON, 13 - 1º	02660	CAUDETE	965 - 826569	
	ASOCIACIÓN FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER "MENTALÍZATE"		SAN GREGORIO, 19	02430	ELCHE DE LA SIERRA	600-065400	jl-mor@yahoo.es
	ASOCIACIÓN FAMILIARES ENFERMOS DE ALZHEIMER EL CASTILLAR		C/ GRUPO ESCOLAR, 2 BAJO	02260	FUENTEALBILLA	967-472027	afaelcastillar@hotmail.com
	ASOCIACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DE HELLIN (ARHELLI)	FARCAM	C/ BENITO TOBOSO, 31	02400	HELLIN	967 - 305799	
	ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS MENTALES DE HELLIN Y SU COMARCA (AFEMHECO)		C/ JUAN MARTINEZ PARRAS, 14	02400	HELLIN		
	ASOCIACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS ARCO	FARCAM	C/ ALFREDO ATINZA, 105	02630	LA RODA	967 - 443242	cpicazog@mixmail.com
	ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS SENILES DE LA RODA Y COMARCA		C/ALFREDO ATIENZA, 105	02630	LA RODA	967 - 440687	



PROVINCIA	ASOCIACIÓN	FEDERACIÓN	DIRECCION	CP	LOCALIDAD	TELEFONO	E-MAIL
ALBACETE	ASOCIACIÓN ALCOHÓLICOS REHABILITADOS (AREMA)	FARCAM	C/ CONSTITUCION, 2	02230	MADRIGUERAS	616 - 178599	
	ASOCIACIÓN DROGAS-MAHORA		PZA DE LA MANCHA, 7	02240	MAHORA	967 - 491684	
	ASOCIACIÓN MAHOREÑA CONTRA LA DROGA	FAPAT	PZA. DE LA MANCHA, 7	02240	MAHORA	967 - 491684	
	ASOCIACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS (ARMON)	FARCAM	C/ JACINTO BENAVENTE, 20	02611	OSSA DE MONTIEL	967 - 377275	a.r.o.m@wanadoo.es
	ASOCIACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS (ARETO)	FARCAM	C/ FRANCISCO CANO FONTECHA, S/N	02500	TOBARRA	967 - 328366	
	ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER DE TOBARRA.		C/ FRANCISCO CANO FONTECHA, 7	02500	TOBARRA	967 - 328831	
	ASOCIACIÓN DE EX-ALCOHOLICOS DE VILLAMALEA (ARVI)	FARCAM	PASEO DE LAS DELICIAS, 10	02270	VILLAMALEA	967 - 483145	
	ASOCIACIÓN ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DE VILLARROBLEDO (AREVI)	FARCAM	C/ MESAS, 6	02600	VILLARROBLEDO	967 - 141672	
	ASOCIACIÓN DE ENFERMOS DE FIBROMIALGIA Y FATIGA CRÓNICA (AFIBROVI)		C/ VIRREY MORCILLO, 38, 2º	02600	VILLARROBLEDO	967 - 145338 606 - 782102	
	ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS SENILES DE VILLARROBLEDO (AFA)		C/ CRUZ DE PIEDRA, 5	02600	VILLARROBLEDO	967 - 146820	afa_Villarrobledo@hotmail.com



ANEXO 9_ ASOCIACIONES RELACIONADAS CON SALUD MENTAL

PROVINCIA	ASOCIACIÓN	FEDERACIÓN	DIRECCION	CP	LOCALIDAD	TELEFONO	E-MAIL
ALBACETE	ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y AMIGOS DE ENFERMOS MENTALES (AFAEM)	FEAFES	C/ SAN LORENZO, 39	02600	VILLARROBLEDO	967 - 144442 967 - 140781	crpsl.vdo@terra.es
CIUDAD REAL	ASOCIACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS (ARAZAR)	FARCAM	C/ CANOVAS DEL CASTILLO, 22	13600	ALCÁZAR DE SAN JUAN	926-551265	arazar@ieanet.com www.arazar.org
	LUDÓPATA ASOCIADOS EN REHABILITACIÓN (LARACM)		C/ DESENGAÑO, 19	13440	ARGAMASILLA DE CALATRAVA	677 - 793833	
	ASOCIACIÓN ANTIDROGA	FAPAT	C/ MURCIA, 29	13610	CAMPO DE CRIPTANA	926 - 564376	
	ASOCIACIÓN CRIPTANA DE ENFERMOS DE ALZHEIMER (ACEA)		ALVÁREZ DE CASTRO, S/N	13610	CAMPO DE CRIPTANA	926-562230 926-564102	
	ASOCIACIÓN ANOREXIA Y BULIMIA "ADANER"		SAN GABRIEL, 2 - 1º D	13004	CIUDAD REAL	926 - 255377	
	ASOCIACIÓN EN DEFENSA DE LA ATENCIÓN A LA ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA. ADANER		C/ SAN GABRIEL, 2	13004	CIUDAD REAL	926-255377	
	ASOCIACIÓN EPSILON	FAPAT	C/ LENDISCO, 32	13197	LA POBLACHUELA	926 - 214031	
	ASOCIACIÓN MANCHEGA DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN (AMHIDA)		AVDA. ALFONSO X EL SABIO, 11, Esc. Inter Dcha- 1º Dchª	13004	CIUDAD REAL	655 - 956611	
	ASOCIACIÓN PROVINCIAL CONTRA LAS TOXICOMANÍAS	FAPAT	C/ RONDA ALARCOS, 28 BAJO	13320	VILLANUEVA DE LOS INFANTES	926 - 214222 926 - 210284	
	ASOCIACIÓN PROVINCIAL DE AMIGOS, FAMILIARES Y ENFERMOS PSÍQUICOS (APAFES)	FEAFES	RONDA DEL CARMEN, S/N APDO. CORREOS 668	13070	CIUDAD REAL	926 - 256258 926 - 226341	apafes@castillalamancha.es



PROVINCIA	ASOCIACIÓN	FEDERACIÓN	DIRECCION	CP	LOCALIDAD	TELEFONO	E-MAIL
CIUDAD REAL	ASOCIACIÓN PROVINCIAL DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER CIUDAD REAL (AFA-CR)		C/ GENERAL AGUILERA, 6 - 3º C	13001	CIUDAD REAL	926 - 211900	
	ASOCIACIÓN REGIONAL DE AFECTADOS DE AUTISMO Y OTROS TRASTORNOS DE DESARROLLO (AUTRADE-CR)		CRTª .FUEN-SANTA,61 APTO. CORREOS 485	13004	CIUDAD REAL	926 - 254259	
	ASOCIACIÓN DAIMIEÑA ALCOHÓLICOS REHABILITADOS (ADAR)	FARCAM	C/ TRAVESÍA DE LAS TERCIAS, 4	13250	DAIMIEL	630 - 069734	
	ASOCIACIÓN DE AFECTADOS DE FIBROMIALGIA (AFIBROC)		C/ MARÍA OLIVA, 15	13250	DAIMIEL	680 - 502251	
	ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER AFA DAIMIEL		C/ ESTACIÓN, 18	13250	DAIMIEL	609 - 224559	afadaldaimiel@yahoo.es
	ASOCIACIÓN ALCOHÓLICOS REHABILITADOS ARLASOL	FARCAM	C/ PADRE MARIANA, 5	13240	LA SOLANA	926 - 632008	
	ASOCIACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DE MANZANARES	FARCAM	DR. FLEMING, 32	13200	MANZANARES	926 - 621205	
	ASOCIACIÓN TERAPÉUTICA DEL JUEGO. ATEJ MANZANARES		C/ MAYORAZGO, 22	13200	MANZANARES	926 - 612696	
	ASOCIACIÓN "AFAD"	FAPAT	C/ HINOJOSAS, 9	13500	PUERTO-LLANO	926 - 411268 926 - 426300	
	ASOCIACIÓN MANCHEGA LUDOPATAS ASOCIADOS REHABILITADOS (LARPU)		C/ ALMAGRO, 16 - 3º A	13500	PUERTO-LLANO	926 - 412211	



ANEXO 9_ ASOCIACIONES RELACIONADAS CON SALUD MENTAL

PROVINCIA	ASOCIACIÓN	FEDERACIÓN	DIRECCION	CP	LOCALIDAD	TELEFONO	E-MAIL
CIUDAD REAL	ASOCIACIÓN PROVINCIAL DE FIBROMIALGIA DE PUERTOLLANO		C/ BENEFICA, 2 -3ºB	13500	PUERTO-LLANO	926 - 427303	
	ASOCIACIÓN AFECTADOS DE FIBROMIALGIA S.F.C		C/ BARRIO NUEVO TOMELLOSO BLOQUE 4, 1ºB	13700	TOMELLOSO	926 - 501999	
	ASOCIACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DE TOMELLOSO (AARTOM)	FARCAM	C/MATADE-RO, 11	13700	TOMELLOSO	926 - 507064	aartom@tomelloso.es
	ASOCIACIÓN DE AYUDA AL DROGODEPENDIENTE	FAPAT	C/ CAMPO, 7 - PLANTA 3 - PUERTA 6	13700	TOMELLOSO		
	ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER DE TOMELLOSO (AFAL)		C/GARCÍA PAVÓN, 83	13700	TOMELLOSO	926 - 506726	
	ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y AMIGOS DE ENFERMOS MENTALES (PUERTAS ABIERTAS)	FEAFES	C/ SAN ANTONIO, 42	13700	TOMELLOSO	926 - 513866 926 - 505990	puertas-abiertas@feafesclm.com
	ASOCIACIÓN CONTRA LAS TOXICOMANIAS "NUEVOS HORIZONTES"	FAPAT	C/ CASTELLANOS, 14 - 1º ENTREPL. IZODA. Piso Acogida: 926 - 313040	13300	VALDEPEÑAS	926 - 312112	
	ASOCIACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DE VALDEPEÑAS (ARAV)	FARCAM	AVDA. DEL VINO, S/N (PABELLÓN FERIAL, 2º PLANTA) - APARTADO DE CORREOS 277	13300	VALDEPEÑAS	926 - 324287 609 - 324018	alcasoval@terra.es



PROVINCIA	ASOCIACIÓN	FEDERACION	DIRECCION	CP	LOCALIDAD	TELEFONO	E-MAIL
CIUDAD REAL	ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS VALDEPEÑAS (AFA)		C/ MANUEL LEON, 3	13300	VALDEPEÑAS	689 - 939515	afavalde@terra.es
	ASOCIACIÓN DE LUDOPATAS REHABILITADOS DE VALDEPEÑAS (ALURVA)		C/PINTOR MENDOZA, 19 - 1º B	13300	VALDEPEÑAS		
	A.R.A.D.M.A.R.A. (ASOCIACIÓN PARA LA REEDUCACION Y APOYO A DEFICIENTES MENTALES, AUTISTAS Y CON RASGOS DE AUTISTAS)		C/ DIEGO DE MIRANDA, 9	13320	VILLANUEVA DE LOS INFANTES		
	ASOCIACIÓN CONTRA LA DROGODEPENDENCIA	FAPAT	CARRETERA DE URDA, 25	13670	VILLARRUBIA DE LOS OJOS	609 - 012724	
CUENCA	ASOCIACIÓN CONQUENSE PARA REHABILITADOS ALCOHOLICOS (ACORAL)	FARCAM	PZA. LA HISPANIDAD, 10	16004	CUENCA	969 - 229161	
	ASOCIACIÓN DE ENFERMOS Y FAMILIARES DE ALZHEIMER. GERSALUD-CUENCA		AVDA. SAN JULIÁN, 1	16002	CUENCA	969 - 235551	
	ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE NIÑOS CON TDAH "LA SERENA"		AVDA. DE CASTILLA-LA MANCHA, 5-3ªC	16003	CUENCA	655 - 767187	
	ASOCIACIÓN DE PADRES CONTRA LA DROGA "LUZ"	FAPAT	RESIDENCIA SAGRADO CORAZON DE JESUS - C/ SARGAL, S/N	16002	CUENCA	969 - 232474	
	ASOCIACIÓN PADRES CONTRA LA DROGA "LUZ"		C/ SARGAL, S/N	16002	CUENCA	969-232474	



ANEXO 9_ ASOCIACIONES RELACIONADAS CON SALUD MENTAL

PROVINCIA	ASOCIACIÓN	FEDERACION	DIRECCION	CP	LOCALIDAD	TELEFONO	E-MAIL
CUENCA	ASOCIACIÓN PRO-SALUD MENTAL (VIVIR)	FEAFES	C/ SARGAL, S/N APDO. CORREOS, 51	16080	CUENCA	969 - 23 02 32 969 - 23 48 34	asociacionvivir@terra.es
	ASOCIACIÓN ALCOHOLICOS REHABILITADOS DE TARANCON (ATARAL)	FARCAM	AVDA. MIGUEL DE CERVANTES, 2 - 3º	16400	TARANCON	616 - 415740	ataral@eresmas.net
	ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER Y DEMENCIAS. TARANCON Y COMARCA		COOP. VIRGEN DE RIANSAIRES, 3	16400	TARANCON	969 - 321441	afadtarancon@ozu.es
	ASOCIACIÓN PROSALUD MENTAL "NUEVA LUZ" CUENCA		PZA. GENERAL DOMINGUEZ, 12	16400	TARANCON	969 - 324962	nuevaluz@asociacion-nuevaluz.es
	ASOCIACIÓN PRO-SALUD MENTAL (NUEVA LUZ)	FEAFES	PZA. GENERAL DOMINGUEZ, 12	16400	TARANCON	969 - 324962	nuevaluz@asociacion-nuevaluz.es
	ASOCIACIÓN COORDINADORA ANTIDROGA (TARANCON)	FAPAT	C/ SAN SILVESTRE, 7	16420	VILLARRUBIO	969 - 325001	
GUADALAJARA	ASOCIACIÓN DE FAMILIARES, AMIGOS, USUARIOS (AFAUS)	FEAFES	CTRA. DE CUENCA, KM. 8	19141	ALCOHETE - YEBES	949 - 290696	afaus@wanadoo.es
	ASOCIACIÓN DE ALCOHOLICOS REHABILITADOS DE AZUQUECA DE HENARES	FARCAM	C/ LA FLOR, 5	19200	AZUQUECA DE HENARES	949 - 262216	
	ASOCIACIÓN DE PADRES Y FAMILIARES DE TOXICOMANOS	FAPAT	C/ LA FLOR, 7	19200	AZUQUECA DE HENARES	949 - 264735	
	ASOCIACIÓN DE ENFERMOS DE FIBROMIALGIA		C/ CONSTITUCIÓN, 2, 8º A	19003	GUADALAJARA	665 - 533369	
	ASOCIACIÓN DE PADRES Y FAMILIARES DE TOXICOMANOS	FAPAT	C/ GENERAL MOSCARDÓ GUZMÁN, 16 (POSTERIOR)	19004	GUADALAJARA	949 - 213252	



PROVINCIA	ASOCIACIÓN	FEDERACION	DIRECCION	CP	LOCALIDAD	TELEFONO	E-MAIL
GUADALAJARA	ASOCIACIÓN ENFERMOS DE FIBROMIALGIA (AFIGUADA)		CONSTITUCIÓN, 2-Tº-1 8ª	19003	GUADALAJARA	665-533369	afiguada@terra.es
	ASOCIACIÓN PARA LA INTEGRACION DE ENFERMOS PSIQUICOS ALCA- RREÑOS (APIEPA)	FEAFES	AVDA. DE BARCELONA, 18 - BAJO	19005	GUADALAJARA	949 - 222607	apiepa@yahoo.es
	ASOCIACIÓN U.R.R. ALCOHETE "AFAUS"		APARTADO CORREOS, 24	19080	GUADALAJARA	949-291136	
	FUNDACION "MADRE"		APARTADO CORREOS, 24	19080	GUADALAJARA	949-202051	
TOLEDO	ASOCIACIÓN ALCOHÓLICOS REHABILITADOS ARI	FARCAM	PZA MANUEL DE FALLA, 3	45200	ILLESCAS	925 - 540539	
	ASOCIACIÓN ALBORADA	FAPAT	C/ JABALI, 3	45860	VILLACANAS	925 - 200679 925 - 16 11 95	
	ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y AMIGOS DE ENFERMOS MENTALES "LA PALOMA"	FEAFES	PASEO DEL CRISTO, 12 1º - A	45710	MADRIDEJOS	925 - 460941	
	ASOCIACIÓN ANOREXIA Y BULIMIA "ADANER"		C/ SANTA CRISTETA, 8 7º IZODA.	45600	TALAVERA DE LA REINA	607-185185	
	ASOCIACIÓN DE FIBROMIALGIA DE TALAVERA DE LA REINA (AFIBROTAR)		PASEO DE LA ESTACIÓN, 71	45600	TALAVERA DE LA REINA	675 - 62 20 42 615 - 85 02 55	
	ASOCIACIÓN ENFERMOS PSIQUICOS "ATAFES"		MARQUÉS DE MIRASOL, 19	45600	TALAVERA DE LA REINA	925-823763	atafes@feafesclm.com
	ASOCIACIÓN FAMILIARES Y ENFERMOS DE ALZHEIMER (AFATA)		PASEO ESTACION, 71 - C. SOCIAL EL PILAR	45600	TALAVERA DE LA REINA	925 - 827868	afatalavera@yahoo.es
	ASOCIACIÓN FIBROMIALGIA DE TALAVERA DE LA REINA (AFIBROTAR)		Pº DE LA ESTACIÓN, 71	45600	TALAVERA DE LA REINA	675-622042 615-850255	afibrotar@hotmail.com



PROVINCIA	ASOCIACIÓN	FEDERACION	DIRECCION	CP	LOCALIDAD	TELEFONO	E-MAIL
TOLEDO	ASOCIACIÓN TALAVERANA DE AMIGOS, FAMILIARES Y ENFERMOS PSIQUICOS (ATAFES)	FEAFES	C/ SEGURILLA, 35	45600	TALAVERA DE LA REINA	925 - 823763	
	EXALCOHOLICOS TAB ORA	FARCAM	C/ ZONA 22	45600	TALAVERA DE LA REINA		
	ASOCIACIÓN "SAN JOSÉ" ABUCAMAN		COVARRUBIAS, 8	45003	TOLEDO	925-254847	es. geocities.com/atej_manzanares
	ASOCIACIÓN BIPOLAR DE TOLEDO		FERROARRIL, 12	45006	TOLEDO	666-382467	
	ASOCIACIÓN DE ALCOHOLICOS REHABILITADOS	FARCAM	C/ DE LA SAL, 8 - 2º	45001	TOLEDO		
	ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ALZHEIMER TOLEDO (A.F.A.)		AVDA. GENERAL VILLALBA, PAB.1	45005	TOLEDO	925 - 220784	alzheimer_toledo@hotmail.com
	ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y AMIGOS DE ENFERMOS MENTALES (AFAEM-DESPERTAR)	FEAFES	AVDA. RIO JARAMA, 118	45007	TOLEDO	925 - 234382	despertar@feafesclm.com
	FEDERACIÓN REGIONAL DE CASTILLA-LA MANCHA (Familiares y Enfermos Mentales) – FEAFES-CLM	FEAFES	RONDA DE BUENAVISTA, 15- PLª 1ª	45005	TOLEDO	925 - 284376	info@feafesclm.com
	PRETOX	FAPAT	AVDA. GENERAL VILLALBA E. CENTRAL E. FISICA, PABELLON 3	45003	TOLEDO	925 - 214230	
	ASOCIACIÓN DE AYUDA Y PREVENCIÓN DE DROGO-DEPENDENCIAS (A.D.A.P.)	FAPAT	C/ DEL PALO, 3 - BAJO	45710	MADRIDEJOS	925 - 460784	



PROVINCIA	ASOCIACIÓN	FEDERACION	DIRECCION	CP	LOCALIDAD	TELEFONO	E-MAIL
TOLEDO	ASOCIACIÓN ALCOHOLICOS REHABILITADOS ARVIAL	FARCAM	C/ SANTIAGO, 6	45810	VILLANUEVA DE ALCARDETE	925 - 166249	
	ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS DE VILLANUEVA DE ALCARDETE Y COMARCA. TOLEDO		CORRAL, 12	45810	VILLANUEVA DE ALCARDETE	925 - 166603 687-585716	afadvillanueva@terra.es

