
Programa de trastornos mentales

Mental disorders programme

I. Gaminde¹, J.A. Inchauspe²

TRASTORNOS MENTALES

Impacto epidemiológico y social

Existe consenso entre especialistas a la hora de definir qué se entiende por trastorno mental, su importancia en términos epidemiológicos, sociales y económicos, y su diferenciación de un concepto de salud mental próximo al bienestar o a la adaptación social, excesivamente general, difuso y condicionado por variables culturales.

Se acepta que la manera más operativa de referirse a la enfermedad mental es, de una manera general, como todo trastorno mental susceptible de ser diagnosticado según categorías diagnósticas internacionalmente consensuadas como los sistemas CIE 10 de la OMS y *Diagnostic Schedule Manual* de la *American Psychiatric Association*. Se trata de entidades clínicas nada homogéneas, entre las que hay trastornos mentales de gravedad considerable, substrato biológico demostrable e impacto social, y otro tipo de comportamientos y emociones más o menos desadaptados o que producen malestar en quien los padece, cuyo substrato biológico es dudoso o inexistente, y que dependen de factores cognitivos, emocionales y relacionales.

Datos epidemiológicos globales de estudios en población general

Los datos sobre Navarra son escasos. De los estudios epidemiológicos poblacionales realizados entre 1977 y 1979 en Navarra por el equipo de la Fundación Argibide (1977) dirigido por P. E. Muñoz, se obtuvieron cifras de morbilidad psiquiátrica anual del 24% para zona rural y 26% para zona urbana.

Históricamente, ha existido una gran disparidad en la literatura internacional sobre la prevalencia de los trastornos mentales, seguramente por problemas metodológicos sobre la realización de los estudios, y conceptuales acerca de lo que se entiende por enfermedad mental. Las cifras oscilan entre 7,3 y 23,8% en población general.

En la actualidad, hay consenso acerca de que la prevalencia anual del trastorno mental ronda en torno al 20% de la población general en los países desarrollados, incluido España (WHO 2000, AEN 2000).

Existen dos estudios epidemiológicos en población general en los U.S.A., el *Epidemiologic Catchment Area* (ECA) a comienzos de los 80, y el *National Comorbidity Survey* (NCS) (Tabla 1) a comienzos de los 90, que actualmente se consideran de referencia (*Department of Health and*

ANALES Sis San Navarra 2001; 24 (Supl. 3): 27-47.

1. Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios
2. Subdirección de Salud Mental. Servicio Navarro de Salud

Correspondencia:
D^a Idoia Gaminde Inda
Sección de Planificación
Pabellón de Docencia
C/ Irunlarrea, 3
31008 Pamplona

Human Services 1999). Los datos obtenidos por el ECA indican que 1 de cada 5 personas ha sufrido un trastorno psiquiátrico en los 6 meses previos al estudio, y si se toma como periodo toda la vida de una persona, la probabilidad asciende a 1 de cada 3 norteamericanos. La combinación de ambos estudios facilita una aproximación a la prevalencia de los trastornos mentales en los Estados Unidos por tramos de edad y categorías diagnósticas (Tablas 2, 3).

Estos estudios subrayan el carácter no homogéneo de las categorías diagnósticas presentadas. La administración estadounidense distingue una subpoblación afectada por un trastorno mental serio (SMI "*Serious mental illness*") definido por la

interferencia en algún área del funcionamiento social que afecta al 5,4% de los adultos, y el trastorno mental grave (SPMI "*Severe and persistent mental illness*") con interferencia social grave y persistente, que afecta a la mitad aproximadamente de los anteriores (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresiones graves, crisis de angustia y trastornos obsesivo compulsivos). Representan un porcentaje relativamente pequeño de la morbilidad total pero requieren muchos cuidados sanitarios y sociales.

No se conocen estudios semejantes en España. Habitualmente se utilizan estimaciones basadas en medias de diferentes estudios parciales. En España se estima

Tabla 1. Prevalencia anual basada en los estudios ECA y NCS. Edad entre 18 y 54 años en los Estados Unidos.

	ECA Prevalencia (%)	NCS Prevalencia (%)	Estimación (%)
Cualquier trastorno de Ansiedad	13,1	18,7	16,4
Fobia Simple	8,3	8,6	8,3
Fobia Social	2,0	7,4	2,0
Agorafobia	4,9	3,7	4,9
Trastorno Generalizado de Ansiedad	1,5	3,4	3,4
Trastorno de Pánico	1,6	2,2	1,6
Trastorno Obsesivo Compulsivo	2,4	0,9	2,4
Trastorno por Estrés Post-traumático	1,9	3,6	3,6
Cualquier Trastorno del Ánimo	7,1	11,1	7,1
Episodio de Depresión Mayor	6,5	10,1	6,5
Depresión Mayor Unipolar	5,3	8,9	5,3
Distimia	1,6	2,5	1,6
Bipolar I	1,1	1,3	1,1
Bipolar II	0,6	0,2	0,6
Esquizofrenia	1,3	—	1,3
Psicosis No-afectiva	—	0,2	0,2
Somatización	0,2	—	0,2
Trastorno de Personalidad Antisocial	2,1	—	2,1
Anorexia Nerviosa	0,1	—	0,1
Incapacidad Cognitiva Grave	1,2	—	1,2
Cualquier Trastorno	19,5	23,4	21,0

Fuente: Department of Health and Human Services 1999 (pg. 47).

Tabla 2. Niños y adolescentes entre 9 y 17 años con trastorno mental o comportamiento adictivo en los Estados Unidos.

	Prevalencia (%)
Trastornos de Ansiedad	13,0
Trastornos del Ánimo	6,2
Trastornos Disruptivos	10,3
Trastornos por uso de Substancias	2,0
Cualquier trastorno	20,9

Fuente: Department of Health and Human Services 1999.

Tabla 3. Mayores de 55 años. Tasas de prevalencia estimadas según ECA en los Estados Unidos.

	Prevalencia (%)
Cualquier trastorno de ansiedad	11,4
Fobia Simple	7,3
Fobia Social	1,0
Agorafobia	4,1
Trastorno de Pánico	0,5
Trastorno Obsesivo Compulsivo	1,5
Cualquier Trastorno del Ánimo	4,4
Episodio de Depresión Mayor	3,8
Depresión Mayor Unipolar	3,7
Distimia	1,6
Bipolar I	0,2
Bipolar II	0,1
Esquizofrenia	0,6
Somatización	0,3
Trastorno de Personalidad Antisocial	0,0
Anorexia Nerviosa	0,0
Incapacidad Cognitiva Grave	6,6
Cualquier trastorno	19,8

Fuente: Department of Health and Human Services 1999.

una prevalencia anual de esquizofrenia y psicosis paranoide de entre el 0,3 y el 0,6 % por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) en 2000; siendo las estimaciones para Navarra muy similares (V. Madoz 2000).

Respecto a la mortalidad atribuible al suicidio diversos estudios epidemiológicos aportan tasas mundiales de entre 10 y 15 suicidios por 100.000 habitantes. En cuanto a los intentos de suicidio, aunque las cifras son menos fiables (no existen registros nacionales) se estiman entre 50 y 90 por 100.000 habitantes y año (WHO 1999).

Frecuentación en el sistema sanitario. Morbilidad administrativa

El modelo de Goldberg y Huxley (1980) pretende establecer el camino que recorre la persona con trastorno mental en su medio social hasta los Servicios de Salud Mental especializados, pasando por diversos filtros. Distingue cinco niveles y cuatro filtros. Los datos referentes a los tres primeros niveles: población general (I); personas que buscan ayuda en Atención Primaria (II); y personas detectadas como casos de trastorno mental en Atención Primaria (III) suelen obtenerse mediante la

utilización de cuestionarios generales, mientras que los de los dos últimos: personas atendidas en servicios de Salud Mental (IV); y personas atendidas en servicios de Hospitalización de Salud Mental (V), se obtienen a través de registros de casos.

Según este modelo, es decisivo comprender “lo que ocurre en las inmediaciones del 2º filtro”, es decir el comportamiento diagnóstico y de derivación del médico de familia. Se estima que es muy alto el porcentaje de pacientes de atención primaria que presentan ansiedad o trastorno depresivos y son identificados como casos mentales por el médico de cabecera llegando según algunas estimaciones, a la mitad de todos los casos atendidos. No obstante, estas cifras disminuyen drásticamente si se utilizan criterios de identificación de “caso” propios de profesionales de Salud Mental, a través de sistemas CIE o DSM quedando reducidos para algunos autores hasta el 5%. También se estima por el contrario que existe cierto número de trastornos mentales graves no identificados como tales por el médico de familia. Es decir, no coincide la definición de “caso” del médico de familia con la de “caso” del especialista en Psiquiatría.

El Plan de Salud Mental de Navarra de 1986 se basa en este modelo de Goldberg y Huxley y maneja datos de prevalencia anual, de 1,7% de la población general, por diagnósticos especializados. Las cifras que desde el mismo modelo se proponen actualmente son más altas, y llegan al 4% de la población general de los que acceden a servicios especializados de Psiquiatría. Tal vez se deba, entre otros motivos, al aumento de la oferta de servicios especializados de salud mental. Desde presupuestos sociales y organizativos diferentes, en los Estados Unidos la cifra que se maneja actualmente es de una prevalencia diagnosticada correctamente del 6%.

Hay consenso internacional acerca de que existe una alta proporción de personas con trastorno mental no tratadas, incluso con trastornos graves. Este hipotético porcentaje de casos no tratados tiene especial interés desde el punto de vista de la planificación de los servicios. Además, parte de los pacientes en tratamiento se ponen en contacto con el sistema en fases avanzadas de la enfermedad, por lo que cobra especial importancia el diagnóstico temprano y el tratamiento en fases tempranas del desarrollo de la enfermedad.

Ante la falta de información epidemiológica detallada en población general en Navarra, se puede realizar una estimación a través de la frecuentación en los servicios sanitarios (morbilidad administrativa) que, en el caso de países con un desarrollo importante de recursos asistenciales como Navarra, se considera más próxima a los datos epidemiológicos reales que en otros lugares, sobre todo para trastornos mentales graves.

La Red de Salud Mental ha conocido desde su creación un aumento regular e ininterrumpido en número de pacientes y número de consultas realizadas (Fig. 1).

En 1999 la prevalencia de los trastornos atendidos en los centros de salud mental en Navarra fue del 32,8 por mil del total de la población, estimada por el número de personas diferentes atendidas en consulta, tanto por primera vez o por recidiva, casi el doble de la prevista en el Plan de Salud Mental de 1986 (Fig. 2). La evolución histórica aumenta de forma contundente: en 1988, fecha en la que se consolidó la Red de los Centros de Salud Mental, la prevalencia fue de 16,2 por mil, la mitad que en 1999. Por otra parte, la incidencia anual se ha mantenido bastante estable a lo

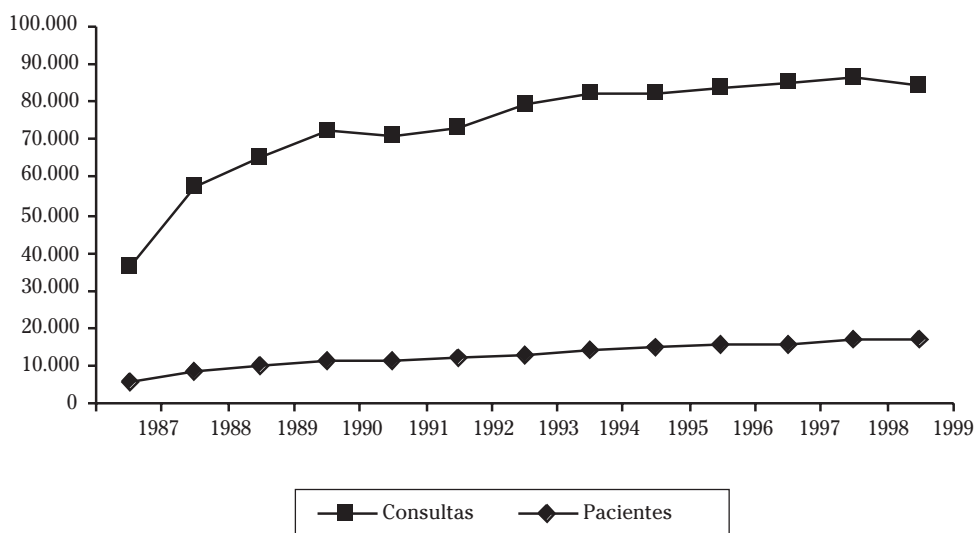


Figura 1. Pacientes y consultas en los centros de salud mental de Navarra 1987-1999. Números absolutos.

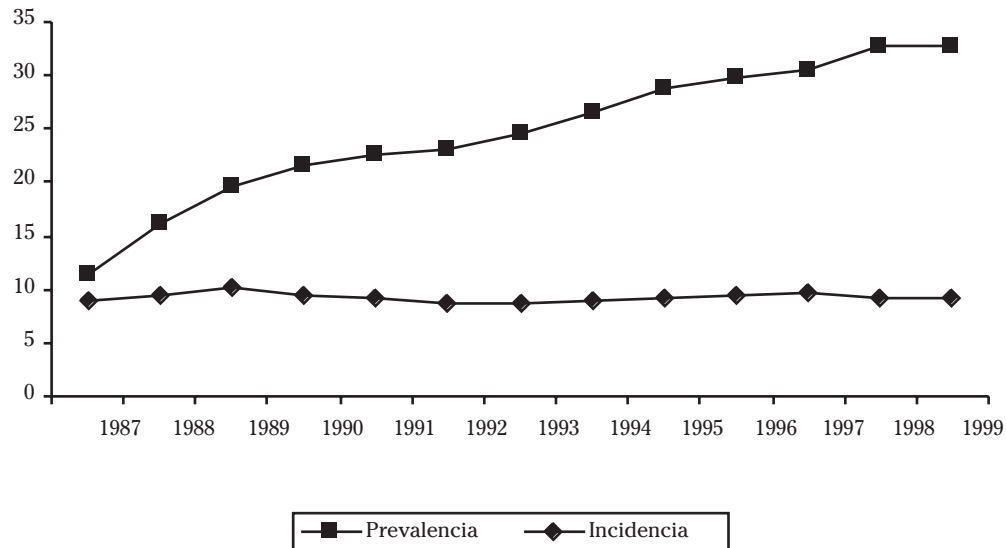


Figura 2. Incidencia y prevalencia anual entre 1987-1999 por 1.000 habitantes.

largo de los años en torno al 9,24 por mil. Las medias españolas correspondientes son del 20 por mil de prevalencia anual, y de 10 por mil, casos nuevos anuales, similares a las medias europeas.

Asistencia sanitaria en la Red de Salud Mental

La Red de Salud Mental de Navarra es aparentemente accesible. En 1999, 17.099 personas han sido atendidas en los centros de salud mental (Tabla 3). Los interrogantes son otros: si los niveles del sistema sanitario, atención primaria, centros de salud mental, y hospitales funcionan de manera eficiente y coordinada; si la identi-

ficación de casos y su captación para el tratamiento especializado es la correcta; si el sistema público presta una atención eficaz; si existen carencias; y si facilitan cuidados adecuados a la gravedad del caso, según criterios de equidad.

La accesibilidad cambia según los tramos de edad. Es mayor en la edad adulta, y disminuye en niños y, sobre todo, en mayores de 65 años (Tabla 4).

Sorprende, en general, la importancia de los TMMG atendidos en dispositivos del nivel especializado. La prevalencia de algunos TMG no parece muy alejada de la esperable en población general, sobre todo en las esquizofrenias.

Tabla 3. Personas atendidas en los centros de salud mental de Navarra en 1999 por edad.

	Edad		Total pacientes Nuevos		Población Navarra	
	N	%	N	%	N	%
< 15 años	592	12,3	1.419	8,3	74.371	14,3
Adultos (15-65)	3.606	74,9	12.947	75,7	355.726	68,3
> 65 años	614	12,8	2.733	16,0	90.477	17,4
TOTAL	4.812	100	17.099	100	520.574	100

Fuente: Memoria de la Red de Salud Mental 1999

Tabla 4. Mayores de 16 años atendidos en centros de salud mental en 1999 por diagnósticos de Trastornos Mentales Graves (TMG) y Trastornos Mentales Menos Graves (TMMG).

TMG	Frecuencia relativa %	Prevalencia miles	TMMG	Frecuencia relativa %	Prevalencia Miles
• Psicosis orgánicas	9,4	1,2	• Trastornos distímicos	13,1	2,25
• Esquizofrenias y Trast. Paranoides	22	2,78	• Trastornos ansiosos	27,7	4,74
• Psicosis Afectivas, depresiones mayores	44,3	5,6	• Trastornos somatomorfos	5,4	0,92
• Tentativas de suicidio	0,1	0,01	• Trastornos de la adaptación	26,3	4,51
• Otras Psicosis	2,8	0,36	• Otros trastornos neuróticos	1	0,16
• Trastornos graves de la Personalidad	5,9	0,75	• Factores ambientales (anti-guós códigos V)	16,6	2,85
• Retraso mental + trastornos del comportamiento	3,5	0,45	• Sin diagnóstico psiquiátrico	3,8	0,66
• Trastorno obsesivo compulsivo	3,5	0,45	• Otros diagnósticos	3,3	0,56
• Agorafobia grave	2,2	0,28	• Trastornos menos graves de comienzo en infancia y adolescencia	2,8	0,48
• Trastorno conducta alimentaria	6	0,62	Total		17,1
• Trastornos profundos del desarrollo en el niño	0,2	0,03			
Total		12,7			
TOTAL TMG n= 5.472			TOTAL TMMG n= 7.406		
42,5% del total de casos diagnosticados			57,5% del total de casos diagnosticados		

Fuente: Memoria de la Red de Salud Mental 1999.

Entre los mayores de 55 años (Tabla 5) se reduce algo el peso de los trastornos mentales menos graves, y es sensiblemente menor la presencia de los trastornos mentales graves característicos de este tramo de edad, como las demencias y los problemas cognitivos, tal vez porque se trate de personas que consultan fundamentalmente en Atención Primaria.

Es más difícil valorar la morbilidad infantil atendida, porque las cifras de prevalencia en población general varían mucho según el nivel de disfunción que se le atribuya, y por la intervención de los servicios de educación, que también ofrecen cuidados. Es posible que exista en Navarra cierto número de trastornos mentales no identificados como tales y, por lo tanto, no tratados en el nivel especializada (Tabla 6).

Se completa la descripción de la utilización de servicios de la Red de Salud Mental en el siguiente cuadro con datos sobre la prevalencia de drogodependencias y ludopatías en la edad adulta (Tabla 7). Hay que señalar la importancia relativa

de los consumidores de opiáceos y la relativamente escasa representación de consumidores de alcohol.

Aunque con ciertas discrepancias según las diversas fuentes de datos, bien sean de origen sanitario o de origen judicial, la tasa acumulada de suicidios en Navarra en la década de los 90 se sitúa en torno a las 8 personas por 100.000 habitantes, cifra muy similar a las del resto del país (Fig. 3). Se trata de una cifra en aumento en los últimos años. Por otro lado, no se dispone de información sobre tentativas de suicidio.

Atendiendo a indicadores sociodemográficos es previsible el aumento en años venideros de la psicogeriatría y en particular de los problemas de demencia en tales edades. Es dudosa la aparición y desarrollo de nuevos trastornos. Parece más acertado hablar de nuevas demandas de atención, como son los problemas adaptativos, y los trastornos de pareja o de familia. La literatura internacional da por hecho la estabilidad de la epidemiología referida a los trastornos mentales gra-

Tabla 5. Personas mayores de 55 años atendidas en los centros de salud mental de Navarra durante 1999 por diagnóstico de TMG y TMMG (CIE 10).

TMG	Frecuencia relativa %	Prevalencia por mil	TMMG	Frecuencia relativa %	Prevalencia por mil
• Psicosis orgánicas	16,6	2,41	• Trastornos distímicos	13,1	2,25
• Esquizofrenias y C. Paranoideas	16,5	2,39	• Trastornos ansiosos	27,7	4,74
• Psicosis Afectivas, depresiones mayores	56,5	8,2	• Trastornos somato-morfos	5,4	0,92
• Tentativas de suicidio	0,1	0,01	• Trastornos de la adaptación	26,3	4,51
• Otras Psicosis	1,7	0,24	• Otros trastornos neuróticos	1	0,16
• Trastornos graves de la Personalidad	2,4	0,35	• Factores ambientales (anti-guós códigos V)	16,6	2,85
• Retraso mental + trastornos del comportamiento	1,5	0,22	• Sin diagnóstico psiquiátrico	3,8	0,66
• Trastornos obsesivo-compulsivo	3,6	0,52	• Otros diagnósticos	3,3	0,56
• Agorafobia grave	1	0,14	• Trastornos menos graves de comienzo en infancia y adolescencia	2,8	0,48
• Trastorno conducta alimentaria	0,03	0,03	Total	100,00	16,32
Total	100,00	14,5			
TOTAL TMG n= 2.089			TOTAL TMMG n= 2.351		
47% del total de casos diagnosticados			53% del total de casos diagnosticados		

Fuente: Memoria de la Red de Salud Mental 1999.

Tabla 6. Menores de 15 años. Centros de salud mental de Navarra en 1999 por diagnósticos (CIE 10).

DIAGNÓSTICOS	TOTAL PACIENTES N	Porcentaje %	PREVALENCIA Casos/año/1.000
T. Psicóticos	47	4,1	0,53
T. Generalizados del desarrollo (autismo)	12	1,0	0,14
Trastornos de la conducta (oposición severa, hiper-cinéticos)	132	11,4	1,50
T. por movimientos estereotipados (tics)	8	0,7	0,09
T. de ansiedad (fobia simple, TOC)	129	11,1	1,46
Otras neurosis	109	9,4	1,24
Otros T. con manifestaciones físicas (enuresis, encopresis)	72	6,2	0,82
T. de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia)	74	6,4	0,84
T. Específicos del desarrollo (dificultades académicas...)	39	3,4	0,44
T. de la personalidad	2	0,2	0,02
Retraso Mental	17	1,5	0,19
V factores (ambientales)	242	20,9	2,74
Otros T. de la Infancia	91	7,9	1,03
Adicciones	11	0,9	0,12
Tentativa de Suicidio	2	0,2	0,02
Otros diagnósticos	39	3,4	0,44
Sin diagnóstico (no diagnóstico psiquiátrico o sin diagnosticar por otras causas : sólo acude una vez, etc.)	21	1,8	0,24
Diagnóstico aplazado	247	21,3	2,80
TOTAL	1.294	100	14,67

Fuente: Memoria de la Red de Salud Mental 1999.

Tabla 7. Frecuentación en consultas por drogodependencias en centros de salud mental de Navarra en 1999. Prevalencia por 1.000 habitantes.

DROGODEPENDENCIAS	%	Prevalencia por mil habitantes
Alcohol	38,4	1,74
Opiáceos	46,7	2,12
Otras drogas	12,5	0,57
Ludopatías	2,4	0,11
TOTAL (N = 1.961)	100,0	4,54

Fuente: Memoria de la Red de Salud Mental 1999

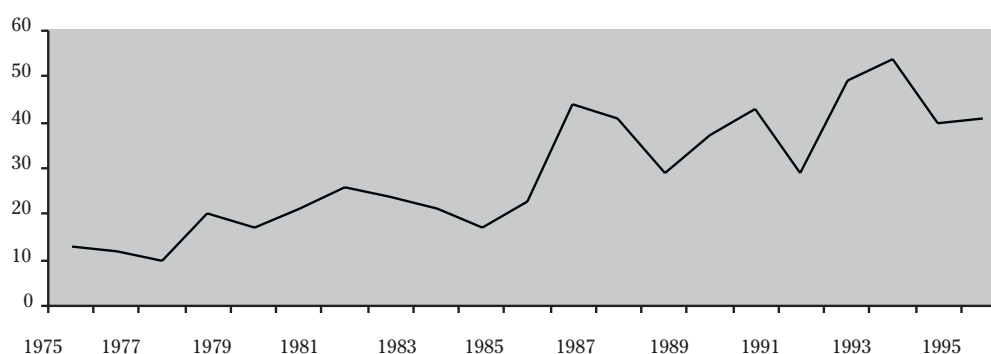


Figura 3. Suicidios y autolesiones en Navarra en números absolutos 1975-95.

Fuente: Instituto de Salud Pública.

ves. No obstante, desde instancias navarras y españolas se ha postulado la aparición de enfermedades emergentes como es la anorexia/bulimia en crecimiento supuestamente exponencial y de carácter epidémico.

En la figura 4 se presenta los “casos totales/año” atendidos en la Red de Salud Mental de anorexia/bulimia. Aunque han aumentado el número de casos tratados en la segunda mitad de los 90 (en el período entre 1987 y 1993 se habían tratado 301 casos en total), el aumento es modesto y se debe fundamentalmente al capítulo “Otros” que incluye casos de difícil filiación y subclínicos. No se detecta sin embargo aumento de pacientes nuevos por año.

Impacto social

El trastorno mental grave y crónico genera diversos tipos de discapacidades; es decir, falta de capacidad de realizar una

actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano, en particular las llamadas discapacidades de la conducta, del cuidado personal y de la situación, según la nomenclatura de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Su importancia es tal que, como se ha visto, ha servido a la Administración sanitaria de los EE.UU. para caracterizar en grandes grupos los trastornos mentales (SMI y SPMI).

Los trastornos mentales graves (definidos en el Anexo 1) son uno de los grupos más prevalentes entre las enfermedades crónicas, más incapacitantes, de aparición más temprana y de duración más persistente. Plantean necesidades específicas, cuidados a largo plazo, cuidados no sanitarios de tipo residencial, ocupacional, ocio, educacional, vocacional-laboral, estrategias de apoyo y sustitución del entorno sociofamiliar, es decir, una atención

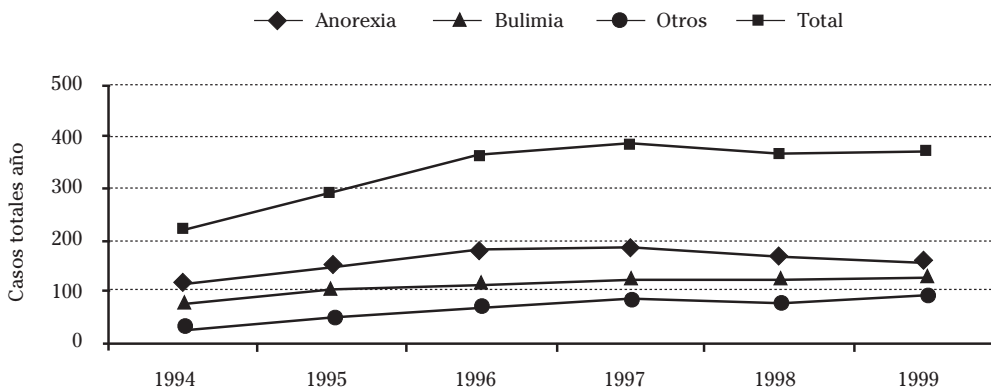


Figura 4. Casos nuevos de anorexia, bulimia y otros en Navarra, 1994-1999.

Fuente: Memorias de Salud Mental.

integral y continua que supera con creces lo que puede ofrecer el Sistema Sanitario.

Según un estudio realizado por las Trabajadoras Sociales de la Red de Salud Mental de Navarra sobre necesidades sociosanitarias, en 1995, de las 15.012 personas atendidas en la Red de Salud Mental 450 personas, el 3% requería de forma urgente un recurso social como parte indispensable de su tratamiento (Abaurrea et al), según los requerimientos de la figura 5.

El perfil de las personas detectadas es de edad relativamente joven (38 años); que convive con familiares (79%); con un grado importante de autonomía (70,9%) pero escaso de socialización (27,6%); diagnosticados de esquizofrenia (59,6%); y de tras-

tornos afectivos (9,6%); y con escasos recursos económicos; de éstos, el 24,7% sin ingresos propios, y el 19,7% con pensiones no contributivas.

La discapacidad genera dependencia. Según estimaciones de la Federación Española de Asociaciones de Familias de Enfermos Psiquiátricos (FEAFES) y de la AEN más del 80% de “personas con enfermedad mental”, concepto que se remite a los trastornos psicóticos, vive a cargo de cuidadores principales de su propia familia, sobre todo madres y hermanas (80% de cuidadores mujeres y 20% cuidadores hombres), con frecuencia en situación de falta de apoyo de los servicios públicos y bajo la percepción subjetiva de sobrecarga.

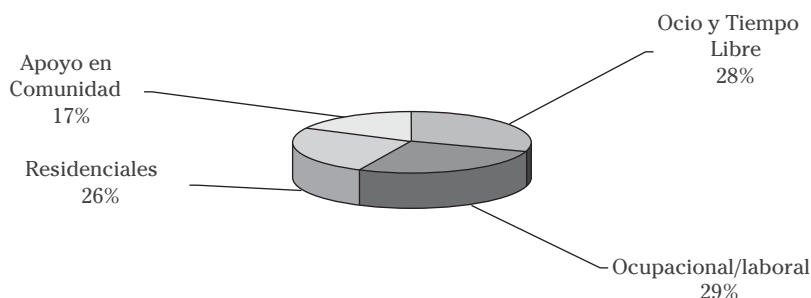


Figura 5. Naturaleza de las necesidades sociales de los enfermos atendidos, 1995 (N=450).

Fuente: Abaurrea P. et al.

No puede considerarse la enfermedad mental sin tener en cuenta la percepción social de la misma. Las personas que padecen una enfermedad mental grave han sido y son objeto de temores diversos, tópicos y comportamientos de evitación por parte de la población general. El “estigma” lleva a otras personas a evitar compartir su vida, sus espacios sociales, de ocio, o laborales, con el enfermo mental, lo que alcanza también a los propios servicios sanitarios y sociales públicos, lo que tiene impacto en la planificación sanitaria y social. Existen todavía en Navarra recursos sociales y sanitarios de referencia para una población determinada que no ofertan servicios de Salud Mental como son los hospitales de Reina Sofía y García Orcoyen, u otros que excluyen a personas con diagnóstico de enfermedad mental, como ciertos servicios residenciales, u ocupacionales.

La respuesta del sistema sanitario al trastorno mental: del Plan de Salud Mental de 1986 hasta nuestros días

El Plan de Salud Mental de Navarra de 1986 planteó la transformación de la asistencia psiquiátrica en torno a dos ejes: cierre del hospital psiquiátrico y puesta en marcha de un nuevo modelo asistencial distribuido geográficamente e integrado en el sistema sanitario. Desde postulados de psiquiatría comunitaria, atribuye a los equipos sanitarios la responsabilidad asistencial y de prevención primaria y promoción de la salud mental de la población a su cargo. Establecía como objetivo operativo el desarrollo de una red de servicios integrados de Salud Mental.

En la misma línea, el Plan de Salud de Navarra de 1991 considera la Red de Salud Mental como un sistema de apoyo a atención primaria. Desde un punto de vista operativo insiste en los mismos términos que el Plan de Salud Mental: Red asistencial única, incluyendo en los Centros de Salud Mental (CSM), a diferencia de otras Comunidades Autónomas, la atención a las drogodependencias y la atención infantil; Red estructurada geográficamente en áreas de captación de pacientes (sectores); y organizada por niveles asistenciales: los Centros de Salud

Mental como base asistencial; y los centros especializados de apoyo infanto-juvenil, y drogas; y de corta estancia, todo ello integrado en el Sistema Sanitario general con unidades de hospitalización psiquiátrica (UHP) en Hospital General, en coordinación con Centros de Salud Mental como atención primaria psiquiátrica.

Entre 1987 y 1991 se produce el desarrollo y despliegue de los recursos extrahospitalarios (Centros de Salud Mental y Hospitales de Día) y el traslado de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) del Hospital Psiquiátrico a los Hospitales Generales. Entre 1991 y 1995 los recursos de Salud Mental se integran en el sistema sanitario general (Ley Foral de Salud 1990). Este modelo de integración aún perdura; los Centros de Salud Mental, Hospitales de Día, Hospital Psiquiátrico se integraron en la Dirección de Atención Primaria; mientras que las UHPs son dependientes de la Dirección de Atención Especializada. En 1993 se consolida la Red de Salud Mental a la que se incorpora un Centro de Día, una Unidad de Rehabilitación, y una Unidad Infanto-Juvenil. Entre 1995 y 2000 se culmina el desarrollo de recursos sanitarios con una Unidad de corta estancia de psicogeriatría (1995), un Hospital de Día Infanto-Juvenil (1998), una Unidad de Hospitalización de media estancia (2000), y una Clínica de Rehabilitación (2000), haciéndose operativo el Hospital Psiquiátrico San Francisco Javier mediante su transformación en Centro Psicogeriátrico (1998) de preferente atención social.

Se ha tratado de un proceso lento y erizado de dificultades y problemas, alguno de los cuales aún persiste. Citaremos entre estos últimos la situación actual de los cuidados psicogeriátricos con la coexistencia de un doble circuito residencial y de centros de día para personas mayores de 65 años con demencias, a los que se les aplica criterios de acreditación técnica, acceso y participación económica no siempre coincidentes, dependiendo del “circuito” que le corresponda al enfermo y no a su necesidad.

La tabla 8 adjunta presenta el estado de desarrollo de la Red de Salud Mental.

Tabla 8. Red de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud. Enero 2001.

Dispositivos Asistenciales	Funciones
8 Centros de Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Atención Ambulatoria ◆ Apoyo a Centros de Salud ◆ Todos los tramos de edad (infantil, adulto, tercera edad) ◆ Incluyen atención a drogodependientes
2 U.H.P. en Hospital General (54 camas)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Hospitalización de corta estancia a pacientes en crisis ◆ 2 puntos de atención a urgencias
1 Unidad de Media Estancia (22 camas)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Hospitalización de media estancia para pacientes en crisis ◆ Apoyo a las 2 UHP.
1 Unidad de Corta Estancia de Psicogeriatría (12 camas)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Hospitalización de corta estancia para pacientes psicogeríatricos ◆ Apoyo a las 2 UHP y HG.
2 Hospitales de Día (40 plazas) y Centro de Día de Tudela (10 plazas)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Tratamiento intensivo en régimen de hospitalización parcial ◆ Apoyo a CSM y UHP ◆ Alternativa a UHP
1 Hospital de Día Infanto-Juvenil	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Atención ambulatoria casos graves infanto-juveniles ◆ Apoyo a CSM ◆ Programa mixto Salud/Educación
1 Clínica de Rehabilitación (50 plazas)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Tratamiento intensivo de rehabilitación casos graves ◆ Apoyo a CSM ◆ Apoyo a red Sociosanitaria
1 Centro de Día para Drogodependientes (20 Plazas)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Tratamiento intensivo pacientes drogodependientes, incluido alcohol
3 Comunidades Terapéuticas (90 plazas)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Intervención Prisión de Pamplona ◆ Programas específicos pacientes duales
1 Centro de Día de Psicogeriatría (30 plazas)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ En el antiguo Hospital Psiquiátrico, actual Centro Psicogeríatrico "San Francisco Javier"
1 Residencia Psicogeríatrica (35 plazas)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Permanece una población de 178 antiguos residentes ◆ La Red de Salud Mental asume (acreditación, seguimiento, financiación) el módulo sanitario de otras 90 plazas psicogeríatricas y 30 de Centro de Día
2 Residencias Asistidas para Enfermos Mentales (42 plazas)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Programa conjunto Bienestar Social & Salud ◆ La Red de Salud Mental asume (acreditación, seguimiento, financiación) el módulo sanitario

En el área de las necesidades sociales de las personas con trastorno mental se ha reconocido por ley como objeto de prestación social la minusvalía derivada de la enfermedad mental (Ley Foral 13/1999, de 6 de abril); se han caracterizado los servicios de Residencia Asistida para personas con enfermedad mental y pisos funcionales y tutelados para personas con enfermedad mental (O.F. 204/1999, de 30 de diciembre, de Bienestar Social); se ha redactado el Plan Foral Sociosanitaria (Junio 2000) y se ha puesto en marcha la primera residencia asistida

para enfermos mentales (Agosto 2000, 42 plazas).

La Red asistencial detecta la carencia de una unidad de hospitalización entre media y prolongada estancia para TMG en edades jóvenes y adultas; y por otro lado, las unidades de hospitalización se encuentran situadas en Pamplona con una alta frecuentación, lo que requiere unidades para situaciones de crisis o epidémicas, lo que podría paliarse con unidades de hospitalización en Estella y Tudela que evitarían además el desarraigo de los enfermos de estas zonas que requieran hospitalización.

Análisis crítico de la situación de la atención al trastorno mental en Navarra

El desarrollo actual de metodología e instrumentos que permitan caracterizar los sistemas de atención, bajo forma de servicios prestados a pacientes en áreas de captación o sectores determinados, y compararlos entre sí es insuficiente. La comparación entre Navarra y el resto de España en lo que respecta a ratios de profesionales y centros y recursos por población general, no resulta desfavorable a la Comunidad Foral, todo lo contrario (AEN 2000, Ministerio de Sanidad y Consumo 1998). Lo mismo si se apela a los ratios sugeridos por la OMS. Además, la situación es incomparablemente mejor a la previa a la implantación del Plan de Salud Mental.

No obstante, no puede obviarse un análisis crítico en profundidad de la atención que se presta en Navarra a los Trastornos Mentales como definición de necesidades que se expresan a continuación. Las fuentes de las que se parte son las memorias anuales de actividad de la Red de Salud Mental, diagnósticos de situación de necesidades del enfermo mental y su familia, y material procedente de diversos grupos de trabajo de profesionales de la Red de Salud Mental y del Servicio Navarro de Salud.

La Red de Salud Mental ha conocido desde su creación un aumento regular e ininterrumpido en número de pacientes y actividad clínica: un 45% más de pacientes en CSM entre 1998 y 1992, y un 41% más entre 1992 y 1995; pero no ha habido un aumento paralelo de recursos, y hay que señalar que la Red de Salud Mental fue diseñada pensando en una frecuentación anual del 1,7% de la población, mientras que en 1999 ésta fue del 3,28 % de la población residente en Navarra (Figs. 1, 2).

La tasa de frecuentación en consultas por mil habitantes –según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo– era en Navarra una de las más altas del Estado, 159,5 por 1.000, sólo superada por la Comunidad Autónoma Vasca con una tasa de 237,7 por 1.000; siendo la media española de 92,1 por 1.000, lo que da una idea de la elevada uti-

lización de los centros de salud mental por parte de la población.

Esta utilización está directamente relacionada con el tipo de trastornos atendidos en los centros de salud mental (Tablas 4, 5), de los que un 16,6% de los diagnósticos se incluyen como factores ambientales, correspondiendo a los trastornos atendidos en la red especializada como Trastornos Mentales Menos Graves, con una carga del 50% de la actividad. Se plantea, por tanto, un problema no exclusivo de Navarra desde la perspectiva de las prestaciones: ¿Cuál es la misión de la red de salud mental?; ¿Es la Red de Salud Mental un nivel especializado de atención?; o ¿Es como se verá más adelante, la atención primaria de la salud mental?

Los Centros de Salud Mental atienden con frecuencia problemas de gravedad menor, de evolución crónica y fluctuante, dependientes de factores ajenos a los propiamente clínicos como son los estilos de vida, circunstancias biográficas, o sociales, en los que el alta clínica es espontánea, con un 48% de casos en 1991, que no llegaron a tener más de 3 consultas; o casos imposibles de predecir su cronicidad bajo la forma de estilo de vida. Es decir, los CSM parecen gestionar parte del malestar emocional o conductal de la población. Sin embargo, en palabras de A. Espino (1998, p. 169) *“El especialista en salud mental no puede convertirse en “consejero psicológico” de la población si quiere centrar su actividad profesional en el tratamiento de los trastornos psíquicos de las personas. La medicalización y/o psicologización de las preocupaciones propias de la vida, aparte de sus efectos negativos al limitar la autonomía de las personas, no puede ser soportada por ningún sistema sanitario público de carácter universal”*.

En los centros de salud mental, las diferencias entre grandes grupos de pacientes parecen tener más que ver con patrones típicos de utilización de Atención Primaria que con las necesidades de los pacientes, al hilo de lo ya planteado sobre la importancia del segundo filtro del modelo desarrollado por Goldberg y Huxley (1980). Los Centros de Salud Mental funcionan más que como un sistema especializado de

apoyo a la Atención Primaria (como establecía el Plan de Salud Mental 1986), como la atención de primaria que se ocupa de los problemas salud mental. Sin embargo, estudios contrastados no revelan diferencias específicas en la atención de los Trastornos Mentales que justifiquen una distribución de casos entre atención primaria y especializada, diferente a la habitual en otras especialidades sanitarias; de tal modo que la Atención Primaria de Salud debería ocuparse de los trastornos emocionales o conductuales de menor gravedad, mayor prevalencia y el seguimiento de los enfermos; en tanto que la Red de Salud Mental especializada se ocuparía con mayor eficacia y efectividad demostrable de los de mayor gravedad, menor prevalencia y mayores necesidades de atención especializada como son los TMG.

En este sentido, Espino (1998) considera que la Red de Salud Mental pertenece al nivel especializado, y propone para mejorar la calidad de las prestaciones del sistema *“contar con una cooperación eficiente entre los equipos de salud de atención primaria y los especialistas en psiquiatría de la red de salud mental. Por ello, y teniendo en cuenta que la detección de casos junto con el índice de derivación de los mismos conforman la demanda psiquiátrica del sistema, hemos de centrar en dichas actividades los objetivos a cubrir por estos profesionales en materia de salud mental. Así, se establecen tres objetivos concretos para mejorar la atención en Salud Mental: una detección más precisa del caso psiquiátrico, su correcto manejo clínico y la utilización adecuada y eficiente del especialista en salud mental”*.

El aumento progresivo de la actividad de la Red de Salud Mental se ha acompañado de indicadores que hacen sospechar que la calidad asistencial disminuye simultáneamente constatado por las listas de espera en todos los centros, aumento de consultas rutinarias “no activas” y revisiones o psicofarmacología; disminución de la duración media de las consultas, y disminución de la frecuencia de estas para un mismo proceso, tal como se constata en las Memorias de Salud Mental, en detrimento de la atención y cuidado de los enfermos con TMG.

En cuanto al proceso clínico y su resolución, asistimos a un fenómeno de cronificación, tanto de los pacientes graves (justificable por la naturaleza crónica de la enfermedad) como de los menos graves, a veces inducido por atención inadecuada.

En España, en una fecha tan temprana como 1986 ya se indica la existencia de dos patrones de cronicidad diferentes (Desviat et al, 1986). El primero, de “usuarios crónicos de los servicios ambulatorios”, que se cronifica sin ingreso hospitalario, cuya esencia se caracteriza, en palabras de estos autores, por la “búsqueda de una relación que excluye tanto el conflicto interno como la relación terapéutica, evitando la resolución del mismo”. Es un grupo cuya demanda se asocia a sus condiciones de vida y rol social, en los que los servicios de salud mental desempeñan un papel de apoyo o suplencia de la falta de soportes básicos en la comunidad. El segundo el de “pacientes crónicos jóvenes”, que no tienen experiencia previa de internamiento prolongado, pero con trastornos graves –sobre todo psicosis– cuyo proceso se produce en el marco del movimiento de transformación de los hospitales psiquiátricos, y, por lo tanto, centrando toda su oferta de servicios en el espacio comunitario, y con un elevado peso sobre sus propias familias, sin que se pueda, por falta de recursos, llevar a cabo el seguimiento vigilante del tratamiento adecuado en centros o servicio de media/larga estancia.

Existe en salud mental un cuerpo de evidencia científica considerable respecto a la eficacia de los tratamientos desde cualquier punto de vista: eficacia en la resolución del problema; eficacia comparada con otros procedimientos; prevención de recaídas; eficiencia medida en tiempo, medios materiales y humanos utilizados; y satisfacción del cliente. Son abundantes los consensos de actuación nacionales e internacionales, compilaciones y recensiones exhaustivas de la información disponible actualizadas periódicamente en publicaciones especializadas Su desarrollo e implantación en Navarra es mejorable (NHS *Centre for Reviews and Dissemination* 1999 y 2000; APA 2000).

En la red de salud mental, y en los centros de salud mental en particular no hay por otra parte un desarrollo suficiente de procedimientos activos no psicofarmacológicos. Su implantación se ve incluso dificultada por la propia organización de los centros de salud mental, mimética en muchos aspectos a la de los centros de salud de atención primaria. La organización de los centros de salud mental debería de permitir el desarrollo de procedimientos de psicología clínica y socioeducativos, con un protagonismo similar a la psicofarmacología con terapias contrastadas por la evidencia de sus resultados. Por su parte, los centros de salud de atención primaria deberían de incluir en su oferta de servicios procedimientos complementarios a la psicofarmacología.

La misión del Servicio Navarro de Salud no está claramente definida respecto a la atención de los trastornos mentales; a la gestión del malestar emocional de la población; así como tampoco la implicación de sus diferentes niveles asistenciales psiquiátricos en los centros de salud de atención primaria, Red de Salud Mental, en hospitales generales, y en hospitales de área; ni por la naturaleza de los servicios a prestar y a qué personas. En esta situación es muy difícil elaborar procedimientos de atención, requisitos de calidad, criterios de acceso y/o derivación, de interconsulta y colaboración entre los diferentes dispositivos, máxime cuando los enfermos, la opinión pública, los profesionales y los gestores, no tienen identificado los roles correspondientes.

En este sentido, Espino (1998), propone que el debate ha de centrarse en delimitar el papel de los servicios básicos de los especializados, y de dar respuesta a aspectos como: qué demanda de salud mental corresponde a la atención primaria; de qué problemas puede hacerse cargo de forma razonable; qué tipos de intervenciones pueden y deben llevarse a cabo en ese primer nivel; qué corresponde a cada uno de los dispositivos de la red de salud mental, y cómo se ha de trabajar, para que los cuidados se presten de la manera más fluida posible y efectiva, centrando la atención en los pacientes.

Gran número de trastorno mentales graves cursan a lo largo de períodos de tiempo prolongados con manifestaciones sintomáticas diversas tales como recaídas, periodos de mejora, intercrisis con síntomas deficitarios de diversa naturaleza, que necesitan cuidados diferenciados, a menudo con recursos diferentes, Centros de Salud Mental, o Unidades de Hospitalización, o Hospitalización de Día, así como estrategias consensuadas a largo plazo en continuidad de cuidados. En estos momentos en Navarra la continuidad de cuidados elemento central en la atención a los trastornos mentales está dificultada por varias razones: falta de consenso clínico respecto a procedimientos y estrategias terapéuticas, diferente concepto de la misión de la Red de Salud Mental según los dispositivos que forman parte del sistema, y carencia de elementos de coordinación y dirección técnica operativas.

En la práctica, y en una situación de saturación y ausencia de criterios de prioridad, la continuidad de cuidados puede interrumpirse incluso físicamente: pueden darse listas de espera en la transición entre Unidades de Hospitalización Psiquiátrica y Centros de Salud Mental; y hay incluso indicios de la existencia de un doble circuito según patología en los casos de trastornos mentales graves, cuya referencia fundamental son las UHP, mediante el procedimiento de reingresos/puerta giratoria, urgencias e incluso demanda de consultas ambulatorias. Las instancias de coordinación no son operativas y se produce un fenómeno de "fragmentación de la Red y pérdida de cohesión en la misma", con pérdida de la atención de cuidados continuados.

Por último, hay que señalar que los recursos con capacidad para atender a las necesidades sociales de personas con trastorno mental, elemento central en el Plan de Salud Mental de 1986, no han seguido en Navarra las pautas de desarrollo de la red dependiente del sistema sanitario. Para mejorar la atención al trastorno mental grave es imprescindible retomar el capítulo referente a la salud mental del Plan Foral de Atención Socio-sanitaria, y seguir avanzando en la cobertura de las necesidades residenciales,

laborales, y de ocio y tiempo libre. Se trata de desarrollar una red de apoyo al enfermo mental y su familia, no estigmatizante, distribuida en el territorio y próxi-

ma al medio familiar de origen, capaz de ofrecer servicios personalizados, es decir, de características fundamentalmente diferentes a las del viejo manicomio.

Anexo 1. ¿Qué se entiende por Trastorno Mental Grave?

Definición comprensiva	Definición extensiva (1)
<p>1. Criterios clínicos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Gravedad, es decir, importante repercusión en el pensamiento, emoción o comportamiento del paciente y/o comorbilidad.• Persistencia en el tiempo con tendencia a la cronicidad.• Conductas de riesgo (auto o heteroagresividad). <p>2. Criterios psicosociales: presencia de disfunción, discapacidad o dependencia y, como consecuencia, alteración de relaciones familiares, laborales, sociales...</p> <p>3. Criterios asistenciales: Necesidad de cuidados (servicios) de forma intensiva, prolongada o reiterada.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Esquizofrenia y T. Paranoides.• Psicosis orgánicas (demencias y otras).• Psicosis afectivas y otras psicosis.• Depresiones mayores / Conductas de Suicidio.• Trastorno bipolar.• Trastorno de la personalidad grave (p.ej. antisocial).• Retraso mental asociado a problemas comportamentales.• Trastorno obsesivo-compulsivo.• Agorafobia asociado a trastorno de ansiedad grave.• Trastornos graves de la conducta alimentaria (anorexia/bulimia).• Trastornos profundos del desarrollo y psicosis infantiles.• Maltrato infantil/ abandonismo.• Consumo de drogas con importantes repercusiones (p. ej. utilización i.v.).

- (1) – Listado consensuado con profesionales de C.S.M. de Navarra.
– Réplica categorías de otras Comunidades Autónomas (p. ej. Planes de Servicios Individualizados en Cataluña).
– Listados problemáticos: no siempre estos diagnósticos son de extrema gravedad (es un listado de máximos) y hay otros que también pueden ser graves (pe. algunas distimias).
– Otros autores (AEN) remiten a procedimientos de baremación de factores clínicos, psicosociales etc. con puntos de corte, evitando citar diagnósticos.
– Según documento *Surgeon General* (Department of Health and Human Services 1999): prevalencia anual trastornos mentales (~20%) < impacto significativo sobre el funcionamiento del individuo (9%) < los que duran como mínimo un año (7%) < los que interfieren con alguna área del funcionamiento social SMI (5,4%) < los que son particularmente graves (SPMI) (2,6%) (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresiones mayores, trastorno de pánico y trastorno obsesivo compulsivo).

OBJETIVOS EN TRASTORNOS MENTALES

Fines

- Mejorar los cuidados asistenciales a los enfermos mentales con procesos graves de manera continua a lo largo del proceso clínico.
- Disminuir el impacto social del trastorno de la enfermedad mental grave.
- Potenciar la organización de Salud Mental como estructura especializada.

Estrategias

- Promover actuaciones orientadas al diagnóstico y tratamiento tempranos de los trastornos mentales graves, así como a una rehabilitación adecuada.
- Incorporar el tratamiento y el seguimiento personalizado al enfermo mental en los diferentes niveles asistenciales del Servicio Navarro de Salud, tanto a nivel especializado, como en los Centros de Salud de Atención Primaria.
- Evitar la discriminación de los enfermos mentales y sus familiares en el conjunto de las atenciones del Sistema sanitario y, en especial, la relacionada con el desarraigo familiar y territorial.
- Reducir el impacto de la cronicidad y de la discapacidad social de la enfermedad mental, garantizando la continuidad en la prestación de cuidados de carácter sanitario, y a la adecuada coordinación con los servicios sociales.
- Considerar la estructura organizativa de Salud Mental como un Subsistema especializado, descentralizado y autónomo en el ámbito del Servicio Navarro de Salud, en coordinación con las Estructuras de Atención Primaria, con el Plan Foral de Atención socio-sanitaria, Plan Foral de Drogodependencias y con los programas establecidos con el Departamento de Educación.

Objetivos de intervención (■) e indicadores de seguimiento (⇒)

Intervención en el proceso asistencial (Prevención Terciaria)

- Definir los trastornos mentales graves que han de ser objeto de atención

especializada y prioritaria en los centros de salud mental, así como las que han de ser objeto de asistencia en los centros de Atención Primaria.

⇒ Existencia de normativa que delimite los ámbitos de actividad en Atención Primaria y en la Red de Salud Mental.

⇒ Disminución de la relación entre trastornos mentales graves y trastornos mentales menos graves que se tratan en los centros de salud mental.

⇒ Génesis e inclusión de indicadores en el sistema de información de salud mental, diferenciando la actividad entre trastornos mentales graves y trastornos menos graves.

⇒ Número de altas clínicas en los centros de salud mental con diagnóstico diferencial, tratamiento a seguir de personas con trastornos mentales menos graves y derivación a atención primaria.

■ Establecer guías de práctica clínica consensuadas para la normalización de los tratamientos de las enfermedades mentales graves, incluida la rehabilitación, según la medicina basada en la evidencia.

⇒ Existencia en Salud Mental, de guías de práctica clínica consensuada según medicina basada en la evidencia, para las patologías consideradas como prioritarias en el Plan.

⇒ Existencia de programas de rehabilitación en los diversos niveles de la Red de Salud Mental.

⇒ Número de centros en los que se hayan implantado las guías de práctica clínica y programas de rehabilitación, y cobertura de personas incluidas en los programas y guías indicados.

■ Incorporar a las actividades de atención primaria el diagnóstico temprano de la enfermedad mental y procedimientos técnicos no farmacológicos para el tratamiento de los trastornos mentales correspondientes a su nivel de intervención.

⇒ Existencia de un protocolo de actuación para el diagnóstico temprano y captación del trastorno mental grave en los centros de atención primaria.

⇒ Existencia de una Guía de procedimientos no psicofarmacológicos en tras-

tornos mentales, para su aplicación en atención primaria.

⇒ Porcentaje de centros con protocolo implantado de diagnóstico temprano y de procedimientos no psicofarmacológicos, y personas a las que se les ha aplicado.

⇒ Inclusión de actividades de diagnóstico temprano y captación del trastorno mental grave en atención primaria en la cartera de servicios de atención primaria.

■ Establecer procedimientos de coordinación y continuidad de cuidados para los enfermos mentales, tanto en el conjunto de la Red de Salud Mental como entre ésta y los servicios de atención primaria y de atención domiciliaria a los enfermos mentales.

⇒ Existencia de órganos de coordinación entre niveles de asistencia.

⇒ Existencia de protocolos de derivación entre la Red de Salud Mental y Atención Primaria.

⇒ Cantidad de actividades de interconsulta y de sesiones clínicas con participación conjunta de profesionales de los diferentes dispositivos y niveles de atención.

⇒ Número de asistencias domiciliarias y personas atendidas.

■ Implantar servicios de asesoramiento y apoyo técnico a la familia y a los cuidadores de enfermos mentales.

⇒ Existencia de programas en los centros de la Red de Salud Mental (educación para la salud, informativos...) dirigidos a familiares.

⇒ Acuerdos de colaboración técnica con Asociaciones de Afectados y Familiares.

Intervención en docencia

■ Formar a los profesionales de Atención Primaria médicos y enfermería en la detección precoz oportunista de la depresión y del suicidio; así como también en el diagnóstico temprano de las patologías mentales graves, y en el manejo terapéutico de los trastornos mentales, tanto farmacológico como no farmacológico.

⇒ Existencia de un programa de formación dirigido a Médicos de Familia para la

detección precoz de la depresión y el suicidio.

⇒ Existencia de un programa de formación para el diagnóstico temprano de las patologías mentales graves.

⇒ Existencia de acciones de formación para implantación de guías terapéuticas farmacológicas.

⇒ Existencia de acciones de formación para implantación de guías terapéuticas no farmacológicas.

Intervención en organización y gestión

■ Organizar la Red de Salud Mental con carácter independiente de la de Atención Primaria, gestionada de forma autónoma en el ámbito de la Asistencia Especializada, y orientada a la gestión clínica del proceso asistencial.

⇒ Existencia de una normativa que integre orgánica y funcionalmente la red de Salud Mental en la atención especializada.

⇒ Existencia de normativa que implante la gestión autónoma y orientada a la gestión clínica de la red de Salud Mental.

■ Reorganizar orgánica y funcionalmente los centros de salud mental para su adecuación a los objetivos del presente Plan.

⇒ Existencia de una normativa que defina las funciones y actividades de los profesionales de los centros de salud mental y definición de nueva cartera de servicios.

⇒ Grado de desarrollo y cobertura de la indicada reorganización.

■ Crear Unidades de tratamiento de corta estancia en los hospitales García Orcoyen y Reina Sofía atendidos por personal de centros de salud mental de cada sector.

⇒ Existencia de camas de hospitalización psiquiátrica en Tudela y Estella, y de indicadores de actividad.

■ Desarrollar procedimientos organizativos que permitan hacer frente a los periodos estacionales de aumento de necesidades de hospitalización psiquiátrica en hospital general y a las emergencias extrahospitalarias.

⇒Número de pacientes psiquiátricos atendidos en camas hospitalarias no psiquiátricas en hospital general.

⇒En conjunto, listas de espera para hospitalización TMG, y análisis de causas que los motivan.

■ Implantar una Dirección técnica única en la Red de Salud Mental, que promueva y garantice: una asistencia de cali-

dad clínica y personalizada, la continuidad del proceso asistencial y el cumplimiento de los objetivos propuestos en el Plan.

⇒Norma reguladora de creación de la Dirección Técnica.

⇒Incorporación de la Dirección dentro del año de implantación del Plan.

⇒Existencia de memorias anuales de actividades de la Dirección.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abaurrea P, Astrain MV, Elgorriaga G, Litago R, Lora B. Necesidades sociales de los enfermos esquizofrénicos en Navarra. *Anales Sis. San. Navarra* 2000, 23 (Sup 1): 95-99.
- American Psychiatric Association APA "Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Compendium 2000. (Psychiatric Evaluation of Adults, Delirium, Alzheimer's Disease and Other Dementias of Late Life, Substance Use Disorders, Nicotine Dependence, Schizophrenia, Major Depressive Disorder (Second Edition), Bipolar Disorder, Panic Disorder, Eating Disorders (Second Edition)).
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. "Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad" Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos Técnicos. Madrid, 2000.
- Comas D, Ibáñez F. La red de Salud Mental y la atención a los drogodependientes en España. *GID. Grupo Interdisciplinar sobre Drogas*. Madrid, 1997.
- Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Madrid, 1985.
- Desviat M et al. Los nuevos crónicos. En *AAVV Cronicidad en psiquiatría*. Madrid: AEN, 1986.
- Department of Health and Human Services. U.S. Public Health Service. *Mental Health : a Report of the Surgeon General Department of Health and Human Services*. U.S. Public Health Service. Pittsburgh, 1999.
- Departamento de Sanidad y Bienestar Social Plan de Salud Mental de Navarra Departamento de Sanidad y Bienestar Social. Pamplona, 1986.
- Departamento de Salud. Plan de Salud de Navarra. Gobierno de Navarra. Pamplona, 1991.
- Departamento de Salud. Diagnóstico de Salud de Navarra, 1993. Seguimiento de los Objetivos del Plan de Salud de Navarra Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. Pamplona, 1995.
- Departamento de Salud. Plan Foral de Drogodependencias Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. Pamplona, 1994.
- Departamento de Salud y Departamento de Bienestar Social. Plan Foral de Atención Sociosanitaria. Departamento de Salud & Departamento de Bienestar Social. Gobierno de Navarra. Junio 2000.
- Espino A. La extensión de los cuidados de salud mental en la atención primaria de salud. En: García J, Espino A, Lara L. (Eds) *La Psiquiatría en la España de fin de siglo*. Ediciones Díaz de Santos. Madrid, 1998.
- FEAFES. Estudio Europeo sobre las necesidades de familiares de enfermos mentales. Informe para España. FEAFES 1995.
- García J, Espino A, Lara L. (Eds) *La Psiquiatría en la España de fin de siglo*. Ediciones Díaz de Santos. Madrid, 1998.
- Giner Ubago (coord) Conclusiones del "Taller sobre la Reforma Psiquiátrica no Concluida" Sevilla. 23 y 24 de Abril de 1998.
- Goldberg D & Huxley P. *Enfermedad mental en la comunidad*. Ediciones nueva. 1980.
- ISP. Informe 2000. Instituto de Salud Pública de Navarra. ISP. Pamplona, 2000.
- Kessler RC. Psychiatric epidemiology : selected recent advances and future directions. *Bulletin of the World Health Organization*, April 2000, 78 (4) : 464-474.
- Lizarraga LJ. *La casa del tejado colorado. Memoria General del Manicomio de Navarra*. Gobierno de Navarra. Pamplona, 1992.
- Lizarraga LJ. *¿Se han disparado los Suicidios? Análisis del siglo XX*. Gobierno de Navarra. Pamplona, 1996.
- Madoz V. Las necesidades sociosanitarias de las personas con enfermedades mentales crónicas y sus cuidadores/as en Navarra. Instituto Navarro de la Mujer, ANASAPS & Fundación Bartolomé de Carranza. Pamplona, 1997.
- Madoz V. *La Esquizofrenia en Navarra*. *Anales Sis San Navarra* 2000, Vol. 23, Suplemento 1.
- Madoz V, Nadal, S. y Beperet M. *La asistencia psiquiátrica en Navarra*. *Papeles de P. Jofré*. 2000 4 (1) 75-78.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema de Información en Salud Mental. Indicadores año 1996 Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Mayo 1998.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination. *Drug treatments for schizophrenia*. *Effective Health Care* 1999 (5) 6.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination. *Psychosocial Treatments for schizophrenia*. *Effective Health Care* 2000 (6) 3.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination. *Evidence from systematic reviews of research relevant to implementing the "wider public health agenda"*. A National Contract on Mental Health NHS Centre for Reviews and Dissemination University of York. August 2000.

- Oficina del Defensor del Pueblo. Estudio y recomendaciones del Defensor del Pueblo sobre la situación jurídica y asistencial del Enfermo Mental en España. Oficina del Defensor del Pueblo. Madrid, Diciembre 1991.
- OMS. Santé 21. La politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'O.M.S. Bureau Régional de l'Europe. O.M.S. Copenhague, 1999.
- PASN-3. Plan de Asistencia Sanitaria de Navarra. Estudios Epidemiológicos I y II Argibide. Pamplona, 1977.
- Servei Català de la Salut. Pla de serveis individualitzat (PSI) Recomanacions del Consell Assessor per a desenvolupar les eines del Pla de Salut Mental. Barcelona, maig de 1995.
- Subdirección de Salud Mental. Plan de Integración de Enfermos Psiquiátricos. Subdirección de Salud Mental. Diciembre, 1996.
- Subdirección de Salud Mental. Programa de Salud Mental Infanto-Juvenil Subdirección de Salud Mental. Junio, 1997.
- Subdirección de Salud Mental. Memoria 1999 de Salud Mental. Servicio Navarro de Salud. Subdirección de Salud Mental. Pamplona, 2000 y resto de memorias anuales para series históricas hasta la primera de 1987 (Mimeografiado).
- Servicio Navarro de Salud. Plan de Coordinación entre Atención Primaria y Especializada. Servicio Navarro de Salud. Septiembre, 2000.
- Servicio Navarro de Salud. Salud Mental Infanto-Juvenil Guía de Actuación en Atención Primaria y Red de Salud Mental. Servicio Navarro de Salud. 2000.
- WHO Public Mental Health. Guidelines for the Elaboration and Management of National Mental Health Programmes Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. W.H.O. Geneve, 1996.
- WHO Internal Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. Bulletin of the World Health Organization, April 2000, 78 (4) 413-426.
- WHO Figures & Facts about Suicide Department of Mental Health. World Health Organization. Geneva, 1999.
- WHO. "WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Facts and Figures WHO Regional Office for Europe. Copenhagen. Second edition 1999.