



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería de
Valladolid
Grado en Enfermería
Curso 2018/19

REFORMA PSIQUIÁTRICA Y CIERRE DE MANICOMIOS ¿DÓNDE ESTÁN LOS PACIENTES?

Alumna: Sara Vega Colmenar
Tutora: María Concepción Díez Martín

RESUMEN

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica cuyo objetivo general es conocer los recursos actuales de los que disponen los enfermos de salud mental en Castilla y León, concretamente en Valladolid.

Parte del tipo de asistencia que se otorgaba en los manicomios, pasando por el comienzo de la reforma psiquiátrica que tuvo lugar en los años 80 hasta nuestros días. A través de un recorrido del marco normativo y legislativo observaremos qué cambios se llevaron a cabo para que la reforma psiquiátrica fuera posible.

Teniendo como antecedente la reforma psiquiátrica de Italia, ley 180/78, en Trieste, los cambios que conllevó esta ley tuvieron un gran impacto en la sociedad, en la asistencia y en el sistema sanitario general. Consiguiendo que la asistencia en enfermedad mental se integrara en el sistema, rompiendo así con la marginación y la deficitaria atención que se prestaba a los pacientes con enfermedad de salud mental. Esto queda reflejado en la ley general de sanidad de 1986, donde se establecen los criterios generales de prestaciones de asistencia a pacientes de salud mental (art. 20, cap. III) y el Decreto 83/1989 de 18 de mayo por el que se regula la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica de Castilla y León.

Se comienza a entender la salud mental como un aspecto inseparable de la salud general.

Este cambio de asistencia supone también el cierre de hospitales psiquiátricos y la creación de nuevos recursos.

Palabras clave

Ley 180/78, manicomio, ley general 1986, recursos salud mental, red de salud mental, equipo de salud mental.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	2
MATERIAL Y MÉTODOS.....	3
DESARROLLO DEL TEMA.....	4
1. Recorrido marco normativo en la historia, España.....	4
2. En Castilla y León.....	8
3. En Valladolid.....	9
4. Dónde están los pacientes.....	9
4.1 Equipos de Salud Mental.....	11
4.2 Unidad de hospitalización.....	13
4.3 Hospitales psiquiátricos.....	14
4.4 Estructuras intermedias.....	15
4.5 Programas específicos.....	16
5. CIRCUITO DE DERIVACIÓN.....	18
DISCUSIÓN.....	21
CONCLUSIONES.....	22
BIBLIOGRAFÍA.....	24
ANEXOS.....	26

ABREVIATURAS

CyL: Castilla y León

SM: Salud Mental

ESM: Equipo de Salud Mental

UIAC: Unidad Intervención Asertivo Comunitaria

CRPS: Centros de rehabilitación psicosocial

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia la enfermedad mental ha sido una de las más estigmatizadas, produciendo un aislamiento de los pacientes. Estos eran desconectados de la sociedad para ser reclusos en instituciones, en manicomios, en los cuales estaban al cargo de los psiquiatras y cuidadores (apenas había enfermeros), limitando la atención y asistencia a la observación, limpieza, alimentación, sueño y sujeción(1).

Sirviendo de referencia la reforma psiquiátrica que tuvo lugar en Trieste, Italia, con la LEY 180/78 en la cual se prohíben los hospitales psiquiátricos, se fue originando el cierre gradual de los manicomios en algunos países de Europa y se empezó a cambiar la percepción de la enfermedad mental psiquiátrica(2).

La situación de los enfermos mentales, de sus familias y de la sociedad cambió de modelo no solo a nivel médico, sino biopsicosocial, afrontando así las diferentes facetas del sufrimiento psíquico.

En España, la Salud Mental se comienza a incluir en el sistema de Salud General a partir de la ley de 1986(3), y posteriormente, con el Decreto 83/1989, de 18 de mayo por el que se regula la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica de la comunidad autónoma de Castilla y León(4), se desarrollan una serie de recursos asistenciales que integran la salud mental en todo el sistema general de salud incluyendo funciones tales como promoción de la salud mental, prevención de la patología, rehabilitación, integración en la vida laboral (mediante trabajos protegidos), itinerarios laborales de las fundaciones y asociaciones(5).

JUSTIFICACIÓN

Actualmente, los trastornos mentales tiene gran importancia, debido a que continúa aumentando la prevalencia de padecerlos, lo que causa efectos considerables en la salud de las personas con graves consecuencias a nivel socioeconómico, convirtiéndose así en una prioridad en el ámbito de los derechos humanos en todos los países(6).

Debido al gran desconocimiento que hay sobre los recursos actuales entre los profesionales sanitarios y los usuarios es necesario investigar sobre este tema y es fundamental poder responder a la pregunta ¿dónde están los pacientes?.

OBJETIVOS

Objetivo general: Conocer los recursos actuales de los que disponen los enfermos de salud mental en CyL centrado en Valladolid.

Objetivos específicos:

1. Estudiar la reforma psiquiátrica de los años 80.
2. Analizar la evolución normativa y legislativa para que el desarrollo de la Salud Mental tuviera lugar.
3. Analizar el impacto que tuvo el cierre de manicomios.
4. Conocer el circuito de derivación en la red de Salud mental y los recursos de los que se dispone en la actualidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo trata de una revisión bibliográfica, los pasos a seguir para la consecución de los objetivos descritos anteriormente, son los siguientes.

Búsqueda de fuentes documentales referentes a la salud mental, la reforma psiquiátrica que se dispone en bases de datos bibliográficas, documentos, etc. de varias bibliotecas de la Universidad de Valladolid siendo la biblioteca de la Facultad de Enfermería, Reina Sofía, entre otras.

Así mismo, se han consultado bases de datos online como Pubmed, SciELO, BOE, BOCyL, Medes, Google Académico, etc. Introduciendo términos como salud mental, manicomios, reforma psiquiátrica, equipo de salud mental, red de salud mental, recursos de salud mental.

Los artículos y estudios utilizados, pertenecen a revistas científicas como Revista de Salud Pública, Revista Norte de Salud Mental, Revista de neuropsiquiatría, Revista TopiA, Revista Rol, entre otras.

También se ha contado con la consulta de documentos institucionales y expertos en la materia.

Como criterios de exclusión, aquellos artículos que no respondían a los objetivos del trabajo fueron rechazados.

De todos los documentos encontrados, se realizó una lectura crítica con el fin de seleccionar la información más relevante para la consecución del trabajo.

DESARROLLO DEL TEMA

Según la Organización mundial de la salud(7), se entiende por salud mental el estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

En contra, la enfermedad o el trastorno mental, es la alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo(8).

A lo largo de la historia, la enfermedad mental ha estado muy estigmatizada e ignorada en la sociedad. A los enfermos mentales se les tachaba de locos, siendo en ocasiones perseguidos como endemoniados o hechiceros, condenados a la hoguera o al verdugo(1).

Posteriormente, eran encerrados en manicomios, o en lugares que se parecían más a almacenes humanos que a instituciones terapéuticas, sufriendo grandes discriminaciones y tratos totalmente deshumanizados como rechazo, aislamiento, privación de atención médica y apoyo, llegando a ser encerrados los más agresivos en “jaulas” con camas de hierro con correas, grilletes, cepos y cadenas con el fin de inmovilizarlos y utilizando la intimidación y violencia como método de control (9).

Debido a los cambios que se han llevado a cabo a lo largo de la historia vamos a realizar un recorrido cronológico de las leyes, decretos, etc., que hicieron posible el cierre de manicomios y el desarrollo de recursos para los enfermos psiquiátricos, hasta la actualidad.

1. Recorrido marco normativo en la historia, España.

En el siglo XIX, el interés por los enfermos mentales, estaba totalmente perdido, y no es hasta mediados de siglo, con la ley de Beneficencia y el proyecto del manicomio modelo, 1849, cuando se vuelve a recuperar, esto es debido a que es el Estado el responsable de la asistencia a los enfermos

mentales. Con el Real Decreto del 27 de junio y 19 de diciembre de 1864, la ley anteriormente citada, fracasó, el Estado deja de encargarse y pasan a ser las diputaciones las responsables de establecer los locales adecuados para asistir a los dementes o costearse su sostenimiento en manicomios como el de Valladolid, Zaragoza o Toledo, teniendo como consecuencia, el amontonamiento de enfermos sin que estuviera claro quienes iba a pagar sus estancias(1).

La asistencia por tanto era muy deficitaria, estando al cargo de los enfermos, psiquiatras y cuidadores, siendo prácticamente inexistente la figura del enfermero, por ello la asistencia quedaba limitada a tratamientos bilógicos y como principales tareas, la observación, limpieza, alimentación, sueño, junto con contención y custodia de los internados, velando siempre por el cumplimiento de normas de la institución.

A los enfermos mentales se les encerraba en manicomios donde sufrían grandes abusos y vejaciones, hasta el Real Decreto del 3 de julio de 1931 que reguló el internamiento, teniendo como objetivo que los manicomios no fueran los únicos lugares para tratar enfermos, lo que dio lugar al proyecto de ley de organización de asistencia psiquiátrica nacional, que se mantiene hasta la creación del artículo 211 de la ley 13/83 donde fue sustituido(10).

La guerra civil paralizó la institucionalización de la psiquiatría que estaba teniendo lugar y además, tras ella nos encontraríamos con un aumento de la población manicomial, con lo que sería necesario una reforma legislativa(11)

En 1942 se estableció el seguro obligatorio de enfermedad(12) excluyendo de esto a los enfermos mentales y discriminándoles con ello, sumándose en 1966 la Ley de Bases de la Seguridad Social(13) que supuso la organización de la asistencia sanitaria y la inminente construcción de hospitales generales, sin contar otra vez con la asistencia psiquiátrica.

Llegados a los años 70, se comienzan a proponer reformas psiquiátricas cuyos objetivos eran la reinstitucionalización del pensamiento social en la asistencia al enfermo mental, su reinserción a la sociedad para acabar con el aislamiento al que había sido sometido por la ideología del tratamiento manicomial y la diferencia entre la asistencia médica y la psiquiátrica

Remontando a 1978, en Italia, gracias al modelo llevado a cabo en Trieste comenzó a cambiar la forma de tratar a los enfermos mentales, pasando de un modelo biologicista centrado en la medicación, a uno más comunitario, teniendo en cuenta a las familias y su entorno(2). Esto tuvo gran repercusión a nivel social y familiar, cambiando las cargas objetivas y subjetivas de las familias. A parte se desarrolló en Italia la ley de 180/78 en la cual se lleva a cabo el cierre de manicomios y se prohibió la construcción de más. Suceso que tuvo gran impacto en Europa, llegando hasta España donde dio lugar el comienzo del desarrollo(14). Cronológicamente, destacan las siguientes leyes y decretos.

En cuanto a los cierres de manicomios, se creó, el Real Decreto 2559/1981, 19 de octubre de planificación, programación y evaluación de las acciones así como el otorgamiento de la autorización oportuna para la creación, construcción, modificación, adaptación o supresión de centros o servicios específicos de Salud Mental y asistencia psiquiátrica(15).

Esto originó grandes cambios que llevarían a la Secretaria de la Comisión Ministerial a la realización de un Documento General para la reforma psiquiátrica y la atención a la salud mental, en 1985, donde propone la reforma profunda de la atención mediante el desarrollo y ampliación de la asistencia en nuevas estructuras(16). Estas estructuras estarían vinculadas con la propia comunidad estableciendo formas de actuación coordinadas con otras áreas y ministerios con responsabilidades que afectan a la salud, incluyendo la prevención y tareas de reinserción social dentro de asistencia y atención de salud mental, de forma que se integraría la salud mental en la atención sanitaria general.

Se propuso en el documento, ordenar funcionalmente la atención de salud mental de modo que garantice la disponibilidad de servicios para abordar la prevención, tratamiento, rehabilitación y educación sanitaria de la población

Los criterios para un modelo integrado de recursos asistenciales propuestos fueron:

- Elaborar y desarrollar planes generales a través de la atención primaria y especialidad.

- Desarrollar programas específicos incorporados a la actuación general para aquellas situaciones que requieran acciones particularizadas.

Los objetivos de la reforma psiquiátrica fueron:

- Potenciar acciones protectoras de la salud mental dentro del entorno social del usuario.
- Disminuir las necesidades de hospitalización por causa psíquica mediante la creación de recursos alternativos eficaces.
- Incentivar el desarrollo de programas de rehabilitación activa para el enfermo mental.
- Establecer un nivel de prestaciones socio-sanitarias suficientes para el enfermo mental, sea cual sea su edad y condición.
- Garantizar los derechos civiles del paciente frente a las acciones sanitarias que puedan limitar su libertad.

El estigma que condicionaba al enfermo mental fue cambiando, pero el desarrollo del sistema sanitario no fue hasta la Ley General de Sanidad 1986, 25 de abril, capítulo III, artículo 20(3), cuando los servicios de asistencia al enfermo mental se integran en el sistema sanitario general, mediante un modelo comunitario y desinstitucionalizador rompiendo finalmente con la marginación.

La Ley General de Sanidad de 1986(3), en su capítulo III, "De la salud mental", específicamente en el artículo 20, establece el marco y el horizonte de las políticas en salud mental: *"Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales,"* que se desarrolla en cuatro puntos (Anexo I)

Con esta norma se garantiza una mejor atención y mayor respeto de los derechos humanos y ciudadanos de los pacientes mentales que venían a ser los procesos de cambio en la asistencia psiquiátrica iniciados tras la II Guerra Mundial en países democráticos desarrollados de Europa

Los principios contemplados en esta ley (que se pondrían en marcha en cada comunidad autónoma) serían(17):

- Romper la marginación de la asistencia al enfermo mental, integrando todos los servicios de salud mental en el sistema sanitario como atención especializada en conexión con atención primaria y coordinación con los servicios locales de atención social, esto será la base de la red de recursos que existe actualmente.
- Diseñar cambios en las normativas legales para salvaguardar los derechos de los pacientes mentales. Se reguló en el marco de las leyes ordinarias evitando una legislación específica que pudiera discriminar a estos enfermos, como las enunciadas a continuación: Ley General de Sanidad 1986; modificaciones del Código Civil, Artículo 211, 1983, Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor 1996, Artículo 763 Ley Enjuiciamiento Civil, 2000; Código Penal 1983, 1995; reforma de la sanidad penitenciaria con el cierre de hospitales psiquiátricos penitenciarios y creación de unidades de custodia en hospitales generales
- Modificó formación de médicos residentes en psiquiatría (MIR) se creó la especialidad de psicología clínica (PIR) y enfermería en salud mental (EIR)

La mayor debilidad de la reforma, no se encuentra en la insuficiencia o precariedad de algunos recursos, sino en las dificultades que el modelo propuesto ha tenido para ser integrado en la conciencia colectiva, tanto en la consideración de la sociedad civil y de sus agentes como de los colectivos profesionales

2. En Castilla y León

Para la formación de la red de salud mental que existe actualmente, fue necesaria la implementación de un conjunto de leyes y decretos

Decreto 32/1988, 18 de febrero que delimita las zonas básicas de salud en el ámbito territorial(18), llevado a cabo en su totalidad en el 1992, quedando todas las áreas funcionalmente unificadas en una sola red asistencial de la atención especializada a los problemas de salud mental y asistencia psiquiátrica, prestados por servicios públicos y concertados.

Decreto 83/1989, 18 de mayo regula la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica en castilla y león(4). Llegando a completarse en 1995 la red de equipos de salud mental de distrito a razón de 3 equipos por 200.000 habitantes para conjunto de la comunidad autónoma. De forma que se integrará la prestación psiquiátrica finalmente en la red sanitaria general.

3. En Valladolid

Los manicomios arrastran 500 años de historia de vejaciones, frías celdas de castigos, locos maniatados tratados con terapias deshumanizantes, marginados y excluidos.

En Valladolid el manicomio o casa de dementes de referencia era el Dr. Villacián, pero no fue siempre así, cambio a lo largo de los años de ubicación y nombre.

En cumplimiento de las leyes citadas con anterioridad y como primer paso en la integración definitiva de los servicios psiquiátricos de la diputación provincial de Valladolid en el sistema de salud de CyL, con el Decreto 213/1995, de 13 de octubre, se consolidó el consorcio psiquiátrico Dr. Villacián(19).

Posteriormente debido a las reformas psiquiátricas y con la humanización del concepto de hospital psiquiátrico, con el Acuerdo 180/2006, de 14 de diciembre, de la junta de CyL se aprueba la disolución del consorcio psiquiátrico Doctor Villacián(9).

Se suma el Decreto 91/2006, de 14 de diciembre, de transferencia de funciones y servicios de la diputación provincial de Valladolid a la comunidad de Castilla y León en materia de asistencia psiquiátrica, asumiendo el Hospital Universitario Río Hortega en 2007(20), la hospitalización de los enfermos agudos del área oeste que hasta el momento ingresaban en el centro Villacián y quedando la Unidad de rehabilitación psiquiátrica en el edificio Dr. Villacián(21).

4. Dónde están los pacientes

Esta desinstitutionalización que fue originando el cierre de los hospitales psiquiátricos y la modificación de la asistencia, nos lleva a preguntarnos dónde están los pacientes, y qué recursos tienen, siendo esta pregunta bastante

relevante de acuerdo con el índice de prevalencia que tienen los enfermos de salud mental en la sociedad. Centrándonos en Castilla y León, se estima que un sexto de los varones y un quinto de las mujeres pueden padecer algún tipo de problema relacionado con la salud mental siendo un total de 450.000 afectados, de los cuales los trastornos mentales graves afectan al uno o dos por ciento lo que se traduce a un total de 25.000 a 50.000 personas en Castilla y León(8).

Actualmente contamos con una serie de recursos que forman la Red de Salud Mental. Todos aquellos pacientes con algún tipo de patología psiquiátrica tienen como eje central de su atención y seguimiento el Equipo de salud mental de distrito(5).

La red de salud mental ofrece un cambio desde lo institucional hacia una orientación comunitaria de forma que se tiene en cuenta al paciente de forma global ofreciendo un abordaje integral y multidisciplinar garantizando la accesibilidad, la continuidad de cuidados en las patologías que lo requieran y la integración con el resto de niveles asistenciales sanitarios para un uso eficiente de los recursos.

Las principales características son:

1. El modelo comunitario de atención a la SM, debe ser una estructura territorial flexible, capaz de adaptarse a los cambios sociales, responsable de la atención a toda la población y, por tanto, facilitadora del acceso de los usuarios a los servicios, de la inclusión social de las personas con trastornos mentales graves y de la cogida de sectores sociales de riesgo
2. Es un modelo basado en las necesidades de los usuarios y en la realidad biopsicosocial de las personas, por lo tanto, en la continuidad de cuidados y en la participación de los usuarios y sus familias en la toma de decisiones.
3. El modelo comunitario se organiza en torno al centro de salud y necesita articular mecanismos de coordinación entre sus dispositivos internos, así como con atención primaria, servicios sociales y situaciones educativas y

sistema judicial.

4. La formación de especialistas, la formación continuada de los profesionales y la investigación, está dentro del modelo comunitario atención a la salud mental

Para poder cumplir los objetivos marcados para la reforma psiquiátrica, fue preciso crear los dispositivos y equipos necesarios, para asegurar la atención a la población en los tres niveles de prevención(16):

- Primaria: evitar la aparición del trastorno
- Secundaria: diagnóstico y tratamiento precoz
- Terciaria: rehabilitación y reinserción social

Los ESM de distrito están integrados en la red asistencial de salud mental y asistencia psiquiátrica de la Comunidad Autónoma de Castilla y León junto con los centros-hospitales de día y otras estructuras intermedias, las unidades de psiquiatría de hospital general y los hospitales psiquiátricos (unidades de rehabilitación psiquiátrica). Desarrollando en esta red articulada de servicios y unidades las funciones de promoción de la salud mental, prevención de la patología, atención terapéutica, docencia e investigación.

Siendo reflejado en el ya mencionado Decreto 83/1989 de 18 de mayo, por el que se regula la organización y funcionamiento de los Servicios de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Autónoma de Castilla y León(4).

4.1 Equipos de Salud Mental

El Capítulo I, artículo 6º habla concretamente de los equipos de salud mental como el eje de articulación y prestación de servicios asistenciales psiquiátricos en cada Área Sanitaria. Las distintas funciones que asumirán en su ámbito de actuación territorial serán: la atención a los pacientes remitidos de otros niveles sanitarios, el seguimiento y control de los pacientes dados de alta de las unidades de hospitalización, el desarrollo de programas de reinserción de los pacientes psiquiátricos crónicos, prestación de asistencia domiciliaria, apoyo y asesoramiento a los equipos de atención primaria, entre otras.

La atención a las urgencias psiquiátricas, deberán ser asumidas por los equipos de distrito del área correspondiente, centralizándose posteriormente en los hospitales que cuenten con unidad de hospitalización.

Para el cumplimiento de esas funciones anteriormente enunciadas, será necesario que los ESM de distrito estén dotados de una infraestructura adecuada, tengan un carácter multidisciplinar, su cuantía y composición exacta se ajuste al tamaño de la población atendida y a las características de los programas terapéuticos específicos que se pongan en marcha.

El mapa sanitario de Castilla y León está formado por 11 áreas de salud, 247 equipos de atención primaria, y 36 equipos de SM, constituidos por un conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios, contando con un enfermero por equipo, médico de familia, pediatra, trabajador social, , personalidad auxiliar, etc., que desarrollan actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación

Los equipos de Salud Mental de distrito generalmente se ubican fuera de los hospitales para evitar el estigma que aún se tiene hacia los enfermos mentales. Su distribución en relación con las áreas de Valladolid es la siguiente:

En el área de Valladolid Oeste:

Distrito psiquiátrico nº1

- Zonas básicas de salud urbanas: Arturo Eyries, Parquesol, Valladolid Sur y Esperanto
- Zonas básicas de salud rurales: Tordesillas y Valladolid rural

Distrito psiquiátrico nº2

- Zonas básicas de salud urbanas: Huerta del Rey
- Zonas básicas de salud rurales: Mayorga, Medina de Rioseco, Villafrechós, Villalón, Mota y Cigales

Distrito psiquiátrico nº3

- Zonas básicas de salud urbanas: Campo Grande, Centro y Gamazo
- Zonas básicas de salud rurales: Laguna de Duero

La unidad de hospitalización psiquiátrica de referencia en esta área es el Hospital Universitario Río Hortega

En cuanto al área Este de Valladolid la distribución de distritos es la siguiente:

Distrito psiquiátrico nº1

- Zonas básicas de salud urbanas: Magdalena, Circunvalación, Pilarica y Circular
- Zonas básicas de salud rurales: Esguevillas de Esgueva, Peñafiel, Tudela de Duero y Portillo

Distrito psiquiátrico nº2

- Zonas básicas de salud urbanas: Delicias I, Delicias II, Canterac y Pajarillos -San Isidro
- Zonas básicas de salud rurales: Alaejos, Olmedo e Íscar

Distrito psiquiátrico nº3

- Zonas básicas de salud urbanas: Victoria, Rondilla I, Rondilla II, San Pablo y Barrio España
- Zonas básicas de salud semiurbanas: Medina del Campo Urbano
- Zonas básicas de salud rurales: Medina del Campo rural y Serrada

La unidad de hospitalización psiquiátrica de referencia el Hospital Clínico Universitario.

4.2 Unidad de hospitalización

Capítulo II, Artículo 9º, Unidades de hospitalización:

Constituyen elementos asistenciales de carácter hospitalario, integrados en los hospitales generales destinados al ingreso de aquellos pacientes cuya sintomatología así lo requiera y que precisan un tratamiento en régimen de

hospitalización, personas en descompensaciones bruscas de su estado mental, bien se trate de un primer episodio o de agravamiento de patologías previas. Cada área de salud deberá tener un hospital general de referencia siendo en Valladolid, el Hospital Clínico Universitario, del área este, y el Hospital Universitario Río Hortega, del área oeste, dotado de una unidad de hospitalización para pacientes psíquicos, unidad de agudos.

Las funciones llevadas allí a cabo serán las siguientes:

- Tratamiento de los pacientes ingresados
- Atención psiquiátrica de interconsulta
- Apoyo a las urgencias hospitalarias
- Funciones de docencia e investigación

El número de camas de estas unidades se adecuará a las necesidades de cada área tendiendo a que no superen las 30 camas.

La hospitalización psiquiátrica se realiza siguiendo el artículo 211 del Código Civil.

4.3 Hospitales psiquiátricos

Capítulo III artículo 10º hospitales psiquiátricos.

Divididos en área de atención sanitaria y área de residencia, teniendo en común, la función de prestación de un servicio social.

Unidades de rehabilitación hospitalaria:

Las unidades rehabilitación psiquiátrica constituyen servicios hospitalarios en los que los pacientes reciben un tratamiento multidisciplinar, dirigido a su rehabilitación psicosocial, cuyo objetivo es alcanzar el mayor grado de autonomía posible.

Enfocado a pacientes crónicos con programas de rehabilitación activa. Se podrá acceder desde dispositivos ambulatorios de áreas sanitarias y excepcionalmente desde unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales. Los criterios de exclusión sería que fuera un

ingreso de urgencia y/o un ingreso con un periodo de tratamiento ambulatorio inferior a 3 meses.

El máximo de camas en estos servicios es de 40.

En Valladolid esta prestación se ofrece en el centro Benito Menni que cuenta con plazas concertadas con Sacyl (para poder acceder a todos los recursos concertados y dispositivos residenciales, es necesario tener reconocido un cierto grado de dependencia)(22).

También existe la Unidad de rehabilitación psiquiátrica en Palencia que otorga asistencia sanitaria rehabilitadora para personas con trastorno mental grave (Concierto establecido con el hospital San Juan de Dios).

Área residencial

Dispositivo de atención social destinado a aquellos pacientes que tras un largo periodo de institucionalización presentan déficits psicosociales predominantes o déficits no susceptibles de recibir cuidados psiquiátricos continuados.

Como serían pisos tutelados de distinto grado de supervisión, programas para entrenamiento para la vida autónoma como mini residencias, “la casita” en el oeste, etc.

4.4 Estructuras intermedias

Capítulo V. Artículo 12º estructuras intermedias:

Facilitan la ejecución de la reforma de los cuidados en salud mental y comparten dos objetivos comunes:

- Evitar el riesgo de institucionalización de nuevos pacientes
- Contribuir a la desinstitucionalización de buena parte de la población asilar actual

Ambos elaboran programas orientados a la atención de las patologías prevalentes y son:

Hospitales de día:

Unidades para la hospitalización parcial que supone una alternativa al internamiento psiquiátrico tradicional ofreciendo abordajes terapéuticos intensivos y continuados evitando la ruptura existencial que supone la separación de la persona en tratamiento de su medio social y familiar.

Son recursos asistenciales de tratamiento activo de los trastornos mentales en régimen de día.

(HCUV de lunes a viernes de 9-13:00h).

Centros de día:

Contenido más rehabilitador y resocializador. Destinados a pacientes más cronificados, deteriorados por procesos psicopatológicos y/o por el medio institucional y con mayor hándicap adaptativa al entorno.

Existiendo en Valladolid CRPS: Los centros de rehabilitación psicosocial son dispositivos que ofrecen, en régimen ambulatorio, programas de rehabilitación psicosocial a las personas con enfermedad mental con dificultades de integración familiar, social o laboral, remitidas a los equipos de salud mental y, en su caso, desde las unidades de rehabilitación psiquiátrica. Valoración por el psiquiatra de referencia de la existencia de posibilidades de rehabilitación y mejoría del grado de autonomía del sujeto expresada en objetos operativos de mejora.

También el concierto con Benito Menni.

Y en el área oeste, la UIAC, Unidad Intervención Asertivo Comunitaria.

4.5 Programas específicos

Capítulo VI. Artículo 13º programas específicos:

En castilla y león se conocen como las Unidades de referencia regional.

En todas las áreas sanitarias se establecen programas permanentes especiales de atención a problemas de relevante importancia sanitaria o que hasta la actualidad recibían una atención deficitaria.

Salud mental infantojuvenil:

Atención asumida por los equipos de salud mental de distrito. La unidad de hospitalización infanto/juvenil de referencia regional se encuentra en el HCU y cuenta con 8 camas, los ingresos están centralizados en el área este, pero es referencia para las dos áreas.

Psicogeriatría:

La atención se realizará desde recursos extrahospitalarios y hospitalarios de la red de asistencia psiquiátrica adecuando las unidades de rehabilitación y residencias. Ubicado para el área Este y Oeste en el antiguo Villacián, además de residencias y otros sitios concertados.

Drogodependencia:

Desde la red general de salud pública y servicios sociales. Necesaria la coordinación con entidades y asociaciones que desempeñan un papel acreditado en la rehabilitación y reinserción en el campo de alcoholismo y otras drogodependencias. Decreto 257/1988, 29 de diciembre. Plan regional sobre drogas de castilla y león. Se da en la Cruz roja, ACLAD, Proyecto hombre, RETO.

Unidad del tratamiento TCA

Atención a pacientes con Trastornos de la conducta alimentaria de mala evolución y pronóstico a pacientes con padecimiento de trastorno de conducta alimentaria grave con varios años de evolución refractario a los tratamientos realizados hasta el momento y situación de desestabilidad clínica permanente, entre otras. Unidad de referencia en Burgos.

Cuidados continuados larga estancia

Unidad patológica dual drogas-déficit mental

Centro de rehabilitación de alcohólicos en régimen residencial

(servicios sociales de CyL)

Existen también intervenciones farmacológicas llevadas a cabo en los centros de salud mental para evaluar la evolución y adherencia del paciente,

programas de educación para la salud, y programas de apoyo que realizan todo tipo de actividades.

En Valladolid ya hemos mencionado el concierto de *Benito Menni* con el Sacyl, pero centrándonos en él concretamente, una parte de este centro destina a la atención integral e interdisciplinar de personas adultas con problemas de salud mental. Cuenta con unidad psiquiátrica de agudos, convalecencia psiquiátrica, residencia psiquiátrica asistida y centro de rehabilitación psicosocial.

Desde esta unidad se ayuda al enfermo mental a recuperar o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para el desarrollo de una vida cotidiana en comunidad de la manera más autónoma y digna, así como en el desempeño y manejo de las diferentes funciones sociales y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse.

Se interviene mediante actividades diarias de carácter ambulatorio como talleres y vivencias, orientadas hacia las áreas de autoestima y autocontrol; psicomotricidad; actividad lúdica; valoraciones y planes terapéuticos individualizados; y coordinación con tutores y familiares(22).

Existiendo todos estos recursos, programas y soportes, debemos tener en cuenta que la mayor parte de los pacientes viven en sus domicilios con ayudas asistenciales (a través de los servicios sociales) en función de su dependencia y autonomía, y un alto porcentaje vive en la calle, y son aquellos que se niegan a recibir ayudas y está capacitados para decidir sobre ellos mismos debido a que no cuentan con tutores legales.

5. CIRCUITO DE DERIVACIÓN

Conociendo qué tipo de recursos existen, los distintos caminos para captar a estos pacientes son a partir de:

- Atención Primaria, médico de familia.

Debido a que la asistencia se encuentra enmarcada en el ámbito de la Atención Especializada, la vía principal de acceso a la misma será

través de la Atención Primaria de salud, mediante derivación por parte de otro profesional.

- Urgencias hospitalarias

Entendidas las urgencias psiquiátricas como cualquier perturbación en el pensamiento, sentimientos o acciones para las que se requiere una intervención terapéutica inmediata. Un porcentaje elevado de urgencias suele estar motivado por crisis reactivas a diferentes circunstancias: pérdidas, sobrecargas emocionales, factores psicofísicos o sociales, (patologías de la inmigración y de las diferentes etnias).

- Fuerzas de seguridad del estado

- Ingreso por petición de la familia al juzgado, entendido como ingreso no voluntario y ratificado posteriormente por el juez que revalida o confirma a la necesidad del internamiento atendiendo a los criterios facultativos

Se da en situaciones en las que medida de hospitalización es razonablemente más efectiva y beneficioso para el paciente que cualquier otra alternativa terapéutica menos restrictiva. La decisión del alta de estos pacientes corresponde a los facultativos encargados de su tratamiento, con la obligación de comunicárselo al juzgado competente.

Posteriormente dependiendo de su características pasaría a hospitalización de día, unidad de convalecencia psiquiátrica, UIAC, centro de rehabilitación psicosocial o a sus domicilios, pero siguiendo siempre un proceso de atención por los ESM (Anexo II).

A partir de la captación de estos pacientes, y dependiendo en qué fase de su patología se encuentren generalmente habrá una progresividad en cuanto a sus cuidados, esta progresividad la explicaremos basándonos en la UIAC, del área Oeste:

1. Hospitalización psiquiátrica en Hospital general (unidad cerrada de alta supervisión): cuenta con cobertura de enfermería 24h, atención psiquiátrica de 24h (guardias), valoración psiquiátrica diaria y alta intensidad de cuidados

2. Vivienda de entrenamiento autónomo (la casita, living lab): cobertura de enfermería de 7 a 14h (8:00 a 15:00 y hasta las 22:00), atención psiquiátrica y enfermería de 24h (guardias), valoración psiquiátrica diaria, moderada-alta intensidad de cuidados, instrumento y prueba de tecnologías de supervisión comunitaria (GPS de seguimiento, telemonitorización, control de actividad, terapia con animales)
3. Pisos supervisados: atención diaria de enfermería, atención psiquiátrica y enfermería de 24h (guardias), valoración psiquiátrica semanal y en reunión, moderada-leve intensidad de cuidados
4. Atención domiciliaria asertivo comunitaria: atención de enfermería semanal, valoración psiquiátrica semanal, leve intensidad de cuidados

DISCUSIÓN

En este trabajo de investigación realizado nos hemos encontrado con una serie de limitaciones que son la disparidad de recursos con los que contamos, los cuales no pertenecen todos a Sacyl y varían en función del área de salud en el que se localizan. Esto hace que nos encontremos con una falta de homogeneidad en el funcionamiento de los distintos ESM de la comunidad y la necesidad de refuerzo de muchos aspectos del modelo comunitario, siendo necesario potenciar el trabajo en equipo, la multidisciplinaridad coordinada y la consecución de programas generales y específicos.

Como fortalezas, todo está reglamentado con sus respectivas leyes, decretos, acuerdos, etc., y bien estructurado. Además de que integra un equipo multidisciplinar con todos los niveles profesionales trabajando de forma coordinada con la misma relevancia (médico especialista en psiquiatría, psicólogos clínicos, enfermería y trabajo social) y servicio de asistencia psiquiátrica y coordinación sociosanitaria.

La importancia que tiene el trabajo en la práctica clínica es el conocimiento, todo el personal sanitario debería conocer qué recursos existen para saber asesorar y guiar lo mejor posible a cada paciente en función de las necesidades que tenga.

En cuanto a enfermería, la reforma psiquiátrica y creación de recursos, ha aportado gran implicación en el desarrollo profesional debido a que antes no tenía siquiera funciones establecidas.

CONCLUSIONES

Respecto al objetivo general:

Desde la reforma psiquiátrica se inició la integración de la Salud Mental en el Sistema de Salud General y con el cierre de manicomios, creando la necesidad de instaurar nuevos recursos que otorgaran prestaciones a estos pacientes.

- Estos nuevos recursos surgen de la creación de una Red de salud mental desde un modelo comunitario que cuenta con un equipo de salud mental de distrito, eslabón central y eje de toda la red, y una serie de unidades que se diferencian en función de las necesidades y grados de dependencia de los pacientes. Son unidades de hospitalización, unidades psiquiátricas (rehabilitación hospitalaria y área residencial), estructuras intermedias (hospitales y centros de día) u programas específicos de referencia regional como salud mental infantojuvenil, psicogeriatría, drogodependencia, etc.

Para responder a los objetivos específicos, en la consecución del trabajo hemos ido presentado una serie de leyes, decretos, acuerdos y documentos que han sido necesarios para que se llevara a cabo la reforma psiquiátrica y son:

- La Ley 180/78 para el cierre de manicomios, el Real Decreto 2559/1981 para la creación de centros de asistencia psiquiátrica, el Documento general para la reforma psiquiátrica y atención en Salud mental de 1985, la Ley General de sanidad 1986, el Decreto 83/89 que regula la organización y funcionamiento de servicios de Salud Mental y asistencia psiquiátrica en Castilla y León, entre otras.
- Debido a la alta prevalencia de Salud Mental el cierre de manicomios tuvo gran impacto pero era necesario para acabar con la marginación y discriminación y así poder integrar la Salud Mental en el Sistema General, intentando poco a poco romper con el estigma con el que han tenido que luchar los enfermos de salud mental a lo largo de la historia.
- El circuito de derivación por el cual se hace la captación de los pacientes es como ya hemos expuesto, a través de atención primaria, urgencias hospitalarias, fuerzas de seguridad del estado o ingresos por petición de

las familias, a partir de ahí los pacientes pasarán a formar parte del equipo de salud mental y será derivado a los diferentes recursos que necesite.

Implicación para la práctica clínica

Las enfermeras especialistas en salud mental desarrollan su actividad profesional en todo el circuito. Siendo imprescindible la continúa adaptación a las necesidades de los pacientes y sus familiares. Atendiendo de manera individualizada y siendo una enfermera la responsable de cada equipo de SM.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goyanes V. Vicente Goyanes : preludeo de la formación en enfermería. 2015;35(126):403-19.
2. Evaristo P. La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia 1 . 2011;31(110):345-51.
3. España. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. (Boletín Oficial del Estado, número 102, de 29-04-1986). Bol Of del Estado [Internet]. 1986;1855:1-24. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
4. Castilla y Leon. DECRETO 83/1989 de 18 de mayo, por el que se regula la organización y funcionamiento de los Servicios de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Autónoma de Castilla y León. BOCyL. 1989;
5. Junta de Castilla y Leon, Consejeria de Cultura y Bienestar Social, Direccion General de Salud Publica y Asistencia. Plan sectorial de salud mental y asistencia psiquiátrica. Valladolid; 1991. 132 p.
6. Instituto Nacional de Estadística. España en Cifras 2018. Catálogo de publicaciones oficiales de la Administración General del Estado. 2018.
7. Wortman CB, Silver RC, Wagnild, G. y Young H, Victoria, M. Ortiz, M. Cardenal V, Vera, B. Carbelo, B. Vecina M, Veloso, C., Cuadra A, et al. Organizacion Mundial de la Salud. Glob battle against cancer won't be won with Treat alone Eff Prev Meas Urgent needed to Prev cancer Cris. 2013;
8. (FEAFES). Salud Mental y Medios de Comunicación. Guia de Estilo. Confed Española Agrup Fam y Pers con Enferm Ment. 2008;
9. Santiago A. Donde habita la melancolíaEl nuevo Río Hortega asumirá los ingresos de los enfermos mentales. El norte Castilla [Internet]. 2007; Disponible en: https://www.elnortedecastilla.es/prensa/20070211/valladolid/donde-habita-melancoliael-nuevo_20070211.html
10. Nombramientos A, Artes D, Sanidad D De. Gaceta de Madrid .— Núm . 8. 1932;1931.
11. Beltr FD. asistencia psiquiátricas durante el franquismo: consideraciones particulares acerca de la esquizofrenia. 1931;89-136.
12. Franco F. Ley de 14 de diciembre de 1942 por la que se crea el seguro obligatorio de enfermedad. BOE. 1942;10592-7.
13. Ministerio de Trabajo. Decreto 907/1966, de 21 de abril, aprobado el texto articulado primero de la Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social. BOE. 1966;96:4778-869.
14. De salvia D. Orígenes, características y evolución de la Reforma Psiquiátrica italiana a partir del año 1978. Rev Asoc Esp NeuropsiquiatrÜl. 1986;5(16):69-85.
15. Generales ID. BOE. Boletín oficial del estado. Boe. 2009;
16. La P, Psiquiatrica R, Salud ALA. Documento general y recomendaciones para la reforma psiquiatrica. 1984;204-22.
17. OMS OMDLS. Legislación sobre salud mental y derechos humanos [Internet]. 2006. 67 p. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/legislation_module_spanish.pdf

18. BOCyL. Decreto 32/1988, de 18 de febrero, por el que se establece la delimitación territorial de las Zonas Básicas de Salud en el territorio de la Comunidad autónoma de Castilla y León. 1988; Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/recopilacion-normativa/organizacion-administrativa-castilla-leon/organizacion-administrativa/decreto-32-1988-18-febrero-establece-delimitacion-territori>
19. BOCyL. Decreto 213/1995, de 13 de octubre, por el que se aprueba la constitución del Consejo Psiquiátrico «Dr. Villacián». 1995; Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/recopilacion-normativa/asistencia-sanitaria/organizacion-territorial-funcional/decreto-213-1995-13-octubre-aprueba-constitucion-consejo-ps>
20. Santiago A. La Unidad de Psiquiatría de Villacián se trasladará a final de mes al Río Hortega. 14 de noviembre de 2009; Disponible en: <https://www.elnortedecastilla.es/20091114/valladolid/unidad-psiquiatria-villacian-trasladara-20091114.html>
21. Colina F. Luces y sombras de la salud mental. Norte de Salud Mental, ISSN-e 1578-4940, Vol. 14, N.º. 54, 2016 (Ejemplar dedicado a: Febrero 2016), pág. 1. 2016.
22. Guía del Usuario Centro Hospitalario P. Benito Menni VAL DOCM 8022/Rev. 04/10/2013. 2013;

ANEXOS

ANEXO I



LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

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

Jefatura del Estado
«BOE» núm. 102, de 29 de abril de 1986
Referencia: BOE-A-1986-10499

CAPÍTULO III De la salud mental

Artículo veinte.

Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que 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 advierte que el texto definitivo aprobado por el Congreso de los Diputados y publicado en el Boletín Oficial de las Cortes Generales de 9 de abril de 1986 para el primer párrafo de este artículo era el siguiente:

"Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán 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.
2. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.
3. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
4. 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.

5. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

