

# INFORME

*"El reto de la Salud Mental en Extremadura"*

**" Nuestro camino no es de suave hierba, es un sendero escarpado y muy pedregoso. Pero se dirige hacia arriba, hacia adelante, hacia el sol"**



**FEAFES EXTREMADURA**

Federación Extremeña de asociaciones de familiares y personas con trastorno mental.

# El Reto de la Salud Mental en Extremadura.

*“La historia es la única rama del conocimiento  
que nos puede decir qué fuimos en el pasado,  
qué somos en el presente  
y qué seremos en el futuro”.*

**Informe elaborado por:**

Antonio Lozano Saucedo (Coordinador).  
Inmaculada Valero Almagro (Dirección técnica).  
M<sup>a</sup> José Díaz Alonso (Técnico).  
Ana Belén Sereno González (Técnico).



- I. Introducción.
- II. Análisis de la situación de la Salud Mental en Extremadura.
- III. El papel del movimiento asociativo en la Salud mental de Extremadura.
- IV. Conclusiones del análisis.
- V. Propuestas.

# ÍNDICE



# I. Introducción:

La Misión del movimiento FEAFES es la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y de sus familias, la defensa de sus derechos y la representación del movimiento asociativo.

FEAFES EXTREMADURA (Federación Extremeña de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental) nace en 1998 como nexo de unión entre las asociaciones que ya existían en Extremadura; En la actualidad, está formada por 11 entidades repartidas por toda la Comunidad Autónoma, representando a más de 2.000 familias.

El Proyecto “El Reto de la Salud Mental” llevado a cabo por nuestra entidad, ha tenido como principal objetivo realizar un estudio/análisis de la realidad de la Salud Mental en nuestra Comunidad, con el fin de establecer necesidades imperantes y promover actuaciones efectivas acordes a la situación social, geográfica, sanitaria y económica actual.

Considerar a la salud mental como un **RETO** implica, a priori:

- Que la Salud Mental no es una cuestión aislada, escindida, marginal. Es una cuestión de SALUD y como tal debe ser atendida, con la prioridad que merece de acuerdo con las necesidades que existen.
- Que las personas con problemas de salud mental son, ante todo, personas con capacidad de decisión y de participación. Muy lejos debería quedar el eterno rol de “enfermo” propio de un modelo asistencial y patriarcal para evolucionar hacia el concepto de empoderamiento y recuperación en salud mental.
- Que la Política responsable es aquella que atiende, cuida, trabaja y vela por y para el ciudadano, independientemente del problema de salud que tenga. La falta de cuidados, la falta de atención, el mantenimiento de instituciones aisladas, la falta de interés para con la salud mental, sólo es propia de un estado de exclusión y de vulneración de derechos.
- Que en Salud Mental no caben etiquetas ni estereotipos, siendo necesario abordar el estigma del colectivo con acciones contundentes.

- Que la responsabilidad debe ser compartida por todos los agentes de la salud: de la política sanitaria y de los políticos representantes (Gestión de la salud mental), de los trabajadores de la sanidad y los recursos (atención a la salud mental), de las familias (conocimiento, reivindicación, colaboración), de las propias personas con enfermedad (participación), de la comunidad (conocimiento, respeto) y de las entidades representativas (unión, globalidad, representación, defensa).

Por lo tanto y desde la visión del movimiento asociativo, la situación actual de la salud mental y las perspectivas de futuro, deben ser valoradas no como sujetos pasivos objetos de atención, sino como agentes activos, capaces de plantear mejoras, de participar en la planificación, ejercicio y evaluación de aquello que le compete, de establecer prioridades, detectar necesidades y desarrollar una actitud de corresponsabilidad con la administración y con todos los agentes de salud mental.

## II. Análisis de la situación de la salud mental en Extremadura.

Extremadura es una extensa región de 41.635 Km<sup>2</sup>, con una población aproximada de 1.100.000 habitantes, siendo la dispersidad de la población y la amplitud geográfica barreras que dificultan, en gran manera, no sólo el abordaje de la problemática en salud mental, sino también el acceso del ciudadano a los recursos, la cuantificación de las personas afectadas por un trastorno mental grave y el estudio realista y eficaz sobre sus necesidades.

Para entender cómo ha evolucionado la salud mental en nuestra Región y poder realizar un análisis clarificador, es necesario hacer un breve recorrido histórico que nos permita, posteriormente, establecer conclusiones y elaborar propuestas.

Entendemos que la salud mental de hoy, en algunos aspectos, sigue estando relacionada con la salud mental de muchos años atrás y aún perduran resquicios de antaño, que implican que Extremadura siga anclada en una reforma psiquiátrica aún sin concluir, impidiendo el pleno desarrollo del Modelo Comunitario en salud mental; situación que la mayoría de las Comunidades Autónomas de nuestra nación ya han superado y que nos coloca en los últimos puestos en cuanto a integración e inclusión se refiere.

Este recorrido histórico por la salud mental en nuestra región nos sitúa en 1843, cuando se funda en Mérida “La Casa hospitalaria de dementes” conocida popularmente como “La casa de los locos de Mérida” (actual Parador), situada en pleno centro de la ciudad; Algo que resulta, como menos, sorprendente ya que la intención de estos lugares era la de “recluir a los locos” y alejarlos de toda vida social; En 1851 abriría sus puertas el Manicomio Del Carmen<sup>1</sup>.

**Artículo 1.º** Se establece en esta ciudad para toda su provincia una casa hospitalaria de dementes situada en el edificio del ex-convento denominado de Jesús.  
**2.º** En esta casa se admitirán los locos de ambos sexos de la provincia, según los recursos y posibilidad que la misma goce.

**4.º** El continuado encierro, la excesiva severidad en el trato, los golpes, grillos y cadenas, jamás se usarán sin consulta de facultativos.

BOP de lunes de Enero de 1843 donde se recoge la legislación de esta institución

<sup>1</sup> Curado García, Blas: “Hospitales en Mérida”, pag.427 – 441. Año 1993.

En el año 1975 se estrena, en una huerta de la carretera de Valverde, el conocido en la actualidad como Hospital Psiquiátrico a varios Kilómetros de la ciudad de Mérida; Paralelamente se abre también el Hospital Psiquiátrico de Plasencia, también a varios Km de la ciudad.

Imperaba, por tanto, el Modelo Institucional de Asistencia a la salud mental donde los manicomios y posteriormente psiquiátricos son establecimientos cerrados, acotados, separados de toda vida social donde se interna a una población incómoda, temerosa, con la intención de reeducar, controlar, castigar o curar. La persona institucionalizada, en este caso, se vuelve dependiente de la forma de vida que impera en estos establecimientos y muestra una clara incapacidad para vivir fuera de ellos.

El Modelo asilar – asistencial de la salud mental seguiría caracterizando a nuestra región incluso posteriormente a la Ley General de Sanidad de 1986 donde en el art. 20 establece:

*“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 adecuaran su actuación a los siguientes principios:*

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

A raíz del establecimiento de esta Ley, las Comunidades Autónomas de nuestro país fueron elaborando sus Planes, Intervenciones y Acciones encaminadas a la Reforma Psiquiátrica y a instaurar el Modelo Comunitario en la atención a las personas con problemas de salud mental; En Extremadura no será hasta 1995 cuando se diseña el **I Plan de Salud Mental** bajo una realidad sociosanitaria caracterizada por:

- Existencia de recursos dependientes de distintas administraciones (Insalud, Consejería de Bienestar Social y Diputaciones provinciales) descoordinados entre sí, duplicando competencias en algunas zonas, creando problemas de sectorización, provocando situaciones de cobertura parcial en algunas áreas (áreas de Badajoz y Cáceres) y de saturación asistencial en el resto, generando listas de espera, impidiendo el desarrollo de procedimientos terapéuticos...

- Inexistencia de un protocolo de urgencia para los traslados de las personas con problemas de salud mental que genera situaciones muy complicadas como la inadecuada selección de casos, la negativa de conductores de ambulancias de trasladar al enfermo por el hecho de que la enfermedad sea mental, la negativa/desconocimiento de numerosos médicos de atención primaria de proceder adecuadamente ante una urgencia o la derivación arbitraria a distintos servicios, la peregrinación de pacientes y familiares de un área sanitaria a otra como consecuencia de la falta de unidades de hospitalización,...
- Falta de profesionales especialistas, sobre todo psiquiatras. De los profesionales que prestan servicio en relación a la salud mental, un porcentaje muy elevado son trabajadores de los hospitales psiquiátricos entre los que destaca el perfil de auxiliares de enfermería y “otros” lo que implica una atención asilar, sobrecarga de los especialistas que existen y desplazamiento a otros recursos por parte del paciente al no existir especialista en su recurso de referencia.
- La atención a pacientes agudos se realiza a través de las unidades de agudos en los hospitales generales de Cáceres y Badajoz (Insalud) y por los Hospitales psiquiátricos (Diputaciones provinciales), es decir, existencia de una doble red asistencial que, además está absolutamente descoordinada. El total de camas existentes es de 90 para toda la población de la Comunidad Extremeña implicando, entre otras cuestiones, falta de cobertura a las necesidades existentes, hacinamiento, falta de seguridad y falta de otros servicios comunes.
- Existencia de un único Centro de Rehabilitación Psicosocial en Cáceres con 50 plazas, privado, con convenio con la Consejería de Bienestar Social (Junta de Extremadura), centro que, al ser el único en la Comunidad Extremeña, se supone tiene cobertura Regional pero que recibe mayoría de pacientes de Cáceres y cercanías <sup>2</sup>.



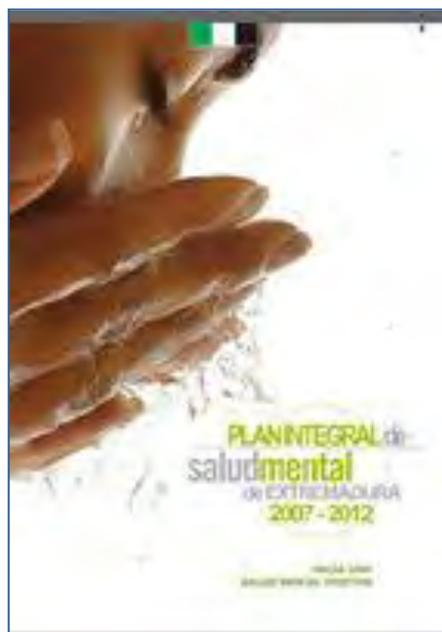
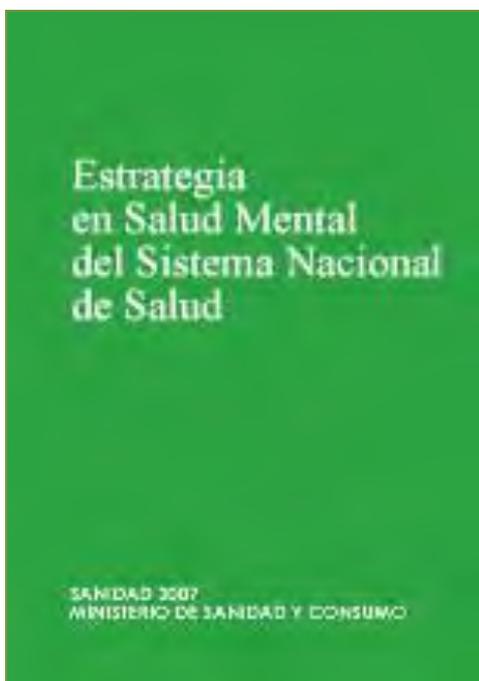
Este **1 Plan de salud mental** fue un proyecto inacabado, si bien sirvió para desarrollar los dispositivos de Rehabilitación Psicosocial (Decreto 146/2005)<sup>3</sup>, para iniciar los procesos de transferencia más que de transformación de los Hospitales Psiquiátricos, para unificar el modelo de atención teniendo a los Equipos de salud mental como ejes vertebradores del

<sup>2</sup> Información obtenida del Plan de Salud mental para la Comunidad Autónoma de Extremadura. Junta de Extremadura.

<sup>3</sup> En el año 2005 se regulan los Centros de *Rehabilitación Psicosocial de la Comunidad Autónoma de Extremadura* y se establecen los requisitos exigidos para la autorización de los mismos; En el año 2006 se establece, mediante la modalidad de Concerto con el Servicio Extremeño de salud, la gestión de los Centros de Rehabilitación Psicosocial afianzándose como recursos sanitarios y regulando su funcionamiento, situación, características y plazas.

proceso (ampliándose también el número de profesionales especialistas) y para definir y establecer los recursos de la red tal y como quedará establecido posteriormente en el **DECRETO 92/2006** “Por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la salud mental en la Comunidad autónoma de Extremadura”.

La declaración de Helsinki y el Plan de Acción Europeo para la Salud Mental (2005)<sup>4</sup>, la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2006)<sup>5</sup> y el Plan Marco de atención sociosanitaria de Extremadura 2005/2010<sup>6</sup> suponen el marco planificador para el diseño del **II Plan Integral de Salud Mental 2007/2012** que, como bien reconoce en su redacción, “incluye entre su población destinataria a las personas con trastorno mental grave y a parte de la *población institucionalizada en los hospitales psiquiátricos...*” En el año 2007, 21 años después de la promulgación de la Ley General de Sanidad y de la reforma psiquiátrica, en nuestra Comunidad persisten los Hospitales psiquiátricos y el modelo institucional conviviendo con un proceso hacia el Modelo Comunitario y el desarrollo de una red de recursos en la Comunidad.



---

<sup>4</sup> **La Declaración de Helsinki y el Plan de Acción Europeo para la Salud Mental** instauran entre sus objetivos desarrollar, establecer y evaluar una normativa que dé lugar a intervenciones en el ámbito de la Salud Mental, capaces de mejorar el bienestar de la población, prevenir los problemas de Salud Mental y promover la inclusión social y el desarrollo de las personas que padecen problemas de Salud Mental.

<sup>5</sup> **La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud** fue aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS en diciembre de 2006. Formada por 6 Líneas estratégicas y 10 objetivos generales y 45 específicos.

<sup>6</sup> **Plan Marco de atención sociosanitaria de Extremadura 2005/2010**. Entre sus acciones destaca la separación de las competencias en los ámbitos sanitario y social, la ampliación de servicios en ambos sectores y el establecimiento de criterios de organización y coordinación que garanticen la continuidad asistencial y el seguimiento de las personas con necesidades sociales y sanitarias concurrentes. En este sentido, prevé la participación del sector de atención a la dependencia en el incremento de los dispositivos residenciales y de los programas de integración social y laboral. Asimismo, plantea la participación de este sector en el proceso de planificación y gestión de los hospitales psiquiátricos, una vez transferidos.

Previa a su elaboración la dotación de recursos de SM (2006) es:

- 14 Equipos de salud mental.
- 2 equipos de salud mental infanto – juvenil.
- 2 Unidades de hospitalización breve integradas en los Hospitales generales.
- 2 unidades de hospitalización breve en los Hospitales psiquiátricos.
- 6 centros de rehabilitación psicosocial con 1 piso de apoyo adscrito cada uno.
- 1 Centro Residencial de Rehabilitación con 30 plazas en Cáceres.
- 10 pisos supervisados con 4 plazas cada uno.
- 2 programas de rehabilitación laboral.
- 6 técnicos de inserción laboral.
- 6 centros de ocio.
- 2 unidades de media estancia en los hospitales psiquiátricos.
- 1 unidad de rehabilitación hospitalaria en el hospital psiquiátrico de Plasencia.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia supone, en la organización de los recursos de salud mental, el establecimiento de los recursos sanitarios dependientes del SES y sociales dependientes del SEPAD; Será a partir del año 2009 cuando quede establecida esta nueva organización.

**RECURSOS SANITARIOS:**



SES (SERVICIO EXTEMEÑO DE SALUD)

- Equipos de Salud Mental.
- Equipos de salud mental infanto-juvenil.
- Centros de rehabilitación psicosocial (CRPS, a través de concierto)
- Unidades de Hospitalización Breve.

**RECURSOS SOCIALES – RESIDENCIALES- LABORALES:**



SEPAD (SERVICIO EXTEMEÑO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMIA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA)

- Centros sociosanitarios:
  - Unidad de Rehabilitación hospitalaria.
  - Unidad de Media estancia.
  - Crónicos.
- Centros residenciales de rehabilitación.
- Programas de rehabilitación laboral.
- Centros de Inserción social.
- Pisos de apoyo.
- Pisos supervisados.

La ley de Dependencia es la primera Ley que reconoce el derecho subjetivo de prestación específica a las personas que tienen una **Discapacidad por problemas de**

Regional de Salud Mental se reunirá sólo una vez con motivo de su constitución el día 21 de Diciembre de 2010.

- En el año 2011 la salud mental en Extremadura conocería uno de los momentos históricos más importantes y deseados sobre todo por el colectivo de personas con trastorno mental y familias, cuando las Unidades de hospitalización breve de los psiquiátricos se integran en los Hospitales Generales de Mérida y Plasencia; Noticia que pasó de soslayo y prácticamente desapercibida tanto a nivel periodístico, social y político; **¿Podría ser éste otro especial ejemplo de la consideración que existe en nuestra Comunidad por la salud mental?**



1/2/2011: Integración de las UHB en los Hospitales Generales de Mérida y Plasencia.



De acuerdo con las Líneas estratégicas marcadas en el Plan, se han realizado Estudios, Manuales, Protocolos, Procedimientos de Coordinación, Análisis de situación, refuerzos de algunas Unidades de Salud Mental con profesionales especialistas, quedan establecidos y perfectamente definidos los procedimientos de derivación, se revisa el Protocolo de Traslado Urgente.... Acciones y Plan que deberán ser evaluadas, entendemos, por el Órgano correspondiente que quedó establecido según Decreto, el Consejo Regional de Salud Mental.

Además, desde el punto de vista del impacto que han podido tener algunas actuaciones y en vista al desarrollo posterior de las conclusiones, queremos destacar algunas acciones llevadas a cabo desde la administración y que, de alguna manera, sientan precedentes y son ejemplos de buenas prácticas.

- Campaña de sensibilización "Refresca tu mirada".

- “Encuentro de Usuarios y Gestores de Salud Mental: Afrontando retos, buscando soluciones”; Jornada de trabajo con participación de usuarios de CRPS y de la asociación Aemis donde se extraen conclusiones para la mejora de la atención de la salud mental desde el punto de vista del paciente.
- “Salud Mental Positiva”: Programa de la salud mental positiva y prevención de la enfermedad mental en el ámbito escolar en la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Cuaderno Técnico “Seguridad del Paciente y gestión de riesgos sanitarios en salud mental”.
- Encuesta de Satisfacción de Usuarios de ESM y CRPS.
- Consolidación de las Comisiones de Salud Mental de Área.
- Creación de la Comisión Mixta de SM SES/SEPAD.
- Mesa de Colaboración SES, SEPAD y Observatorio de FEAFES

Sin embargo, el II Plan de Salud Mental una vez finalizado y aún sin evaluar, no ha cumplido ni el 40% de los objetivos.

La crisis económica ha supuesto un varapalo en pleno proceso de desarrollo del Plan y, si bien podemos afirmar que la Salud Mental hoy no es ni por asomo la que fue hace 10/15 años, también afirmamos con contundencia que la situación actual hace temblar los pilares de aquello que se ha conseguido, corriendo el temido riesgo de volver a tiempos pasados.

Prueba de ello es la evolución presupuestaria que la administración dedica a la salud mental en los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma en Extremadura donde:

- a. En relación a los recursos sociosanitarios:
  - En el año 2008 el piso supervisado de Zafra se ve en la necesidad de cerrar por cúmulo de deudas no pagadas por la administración y la imposibilidad de ser de nuevo financiado.
  - De 2008 a 2011, se produce una disminución en la financiación del 23,25% de total. Teniendo en cuenta que el presupuesto de 2008 se destinaba a la financiación de menos recursos de los que existen en 2011: Con menor presupuesto se financian más recursos<sup>7</sup>.
  - Desde 2011 a 2013 (incluido) se mantiene el mismo presupuesto y ¿se mantienen los mismos recursos?.
- b. En relación al concierto de los Centros de Rehabilitación Psicosocial:
  - En los 2 últimos ejercicios 2012 y 2013 se renueva el concierto previa renuncia a la subida del IPC que supone mantener la misma capacidad asistencial con un 4% menos de financiación total.
  - En relación al mantenimiento de los Hospitales Psiquiátricos de Mérida Y Plasencia:

---

<sup>7</sup> En 2008 el Presupuesto General de la Comunidad Autónoma de Extremadura destinaba un total de 813.185 € a los recursos sociosanitarios de salud mental; En el año 2011 se destinan un total de 624.150€, un total de 189.035 € menos.

- De 2011 a 2012 se produce una disminución del 50% aproximadamente, manteniéndose en 2013.<sup>8</sup>

Un indicador evaluativo de la evolución de la salud mental en Extremadura podría ser el número de recursos de nueva creación y la mejora de los existentes destinados a la población con trastorno mental grave y también a la población infanto – juvenil.

Los siguientes cuadros son ilustrativos de este indicador:

### ***Respecto a los Recursos ambulatorios:***

<b><i>RECURSOS AMBULATORIOS:</i></b>	<b><i>EXISTEN:</i></b>	<b><i>DEBERÍA EXISTIR:</i></b>
<b>EQUIPOS DE SALUD MENTAL:</b>	<b>16 ESM.</b>	<b>16 ESM</b>
<b>EQUIPOS TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIOS:</b>	<b>0 ETAC.</b>	<b>2 ETAC.</b>
<b>EQUIPOS DE SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL:</b>	<b>3 EQUIPOS</b> de salud mental infantojuvenil (Badajoz, Cáceres, Plasencia).	<b>7 EQUIPOS</b> de salud mental Infantojuvenil.

### ***Respecto a los Recursos Hospitalarios:***

<b><i>RECURSOS HOSPITALARIOS:</i></b>	<b><i>EXISTEN:</i></b>	<b><i>DEBERÍA EXISTIR:</i></b>
<b>UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN BREVE:</b>	<b>5 UHB</b> integradas en los Hospitales Generales	<b>6 UHB.</b>
<b>UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN BREVE INFANTOJUVENIL:</b>	<b>0 UHB</b> Infantojuveil	<b>1 UHB-IJ</b> con 10 plazas.
<b>UNIDAD DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA:</b>	<b>2 URH.</b>	<b>2 URH.</b>
<b>HOSPITALES DE DÍA:</b>	<b>0 HOSPITALES</b>	<b>2 HOSPITALES DE DÍA</b> con 40 plazas total.

<sup>8</sup> De 2011 a 2013 la partida presupuestaria para la mejora de infraestructura y equipamiento en los Centros sociosanitarios (Mérida y Plasencia) ha pasado de 554.223 € a 277.111 €

## **Respecto a los Recursos de Rehabilitación y apoyo social:**

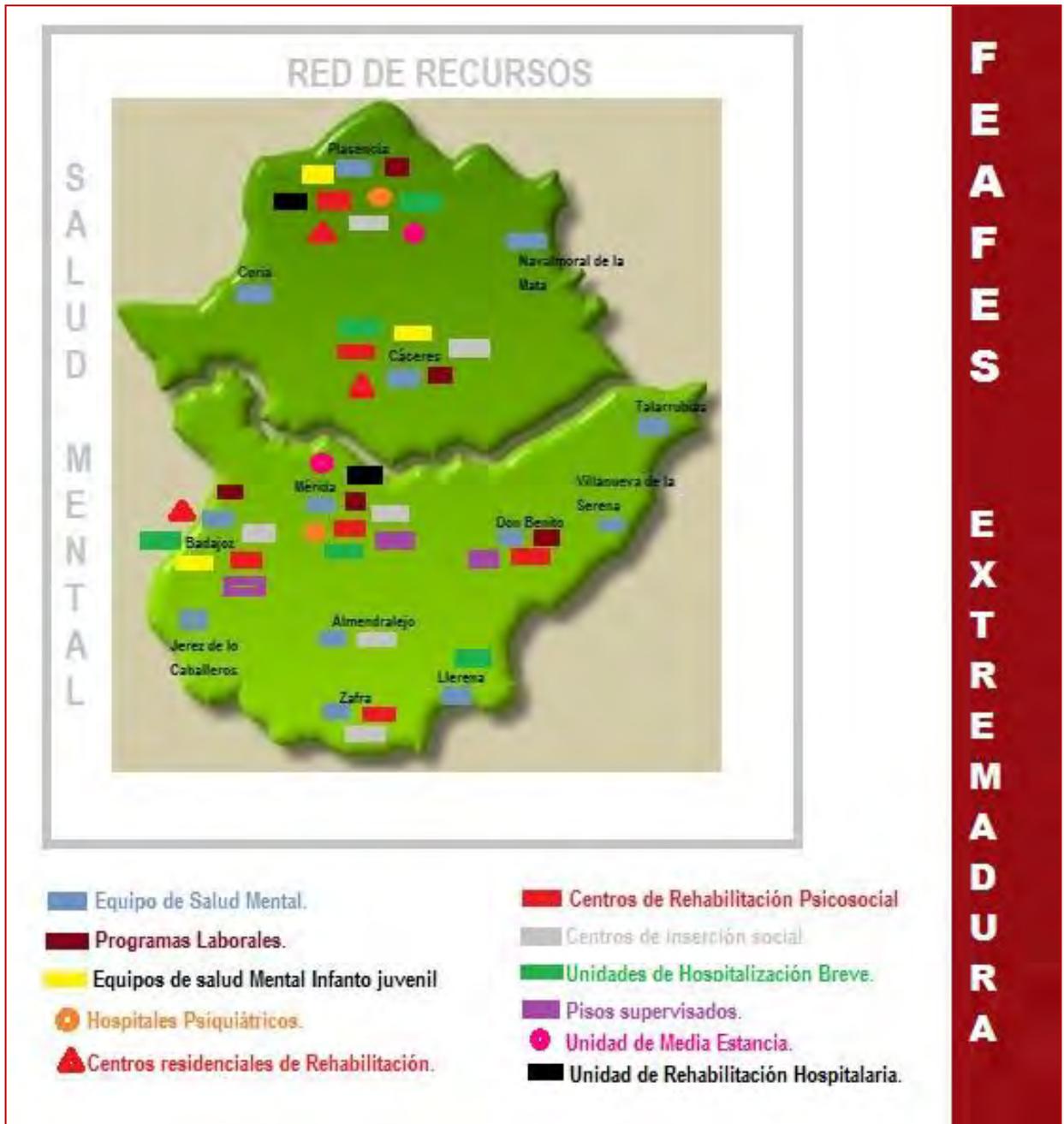
<b>RECURSOS REHABILITACIÓN Y APOYO SOCIAL</b>	<b>EXISTEN:</b>	<b>DEBERÍA EXISTIR:</b>
CENTROS RESIDENCIALES DE REHABILITACIÓN	3 CRR	7 CRR.
PISOS SUPERVISADOS:	9 PISOS SUPERVISADOS (36 plazas)	29 PISOS SUPERVISADOS. (116 plazas en total.
PISOS DE APOYO:	6 PISOS DE APOYO.	8 PISOS DE APOYO.
HOSPITALES DE DÍA:	0 HOSPITALES	2 HOSPITALES DE DÍA con 40 plazas total.
PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN LABORAL:	2 PRL	4 PRL
PROGRAMAS DE INTEGRACIÓN LABORAL:	6 TIL	6 TIL.
PROGRAMAS DE INTEGRACIÓN SOCIAL:	6 PIS.	8 PIS
PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD MENTAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE.:	NO	NO

## **Especial mención a los Hospitales psiquiátricos (Centros sociosanitarios):**

<b>ACCIONES:</b>	<b>SI:</b>	<b>NO:</b>
2007/2008: Existencia de un manual de organización y funcionamiento de UME Y URH.	X	
2007/2008: No existirán más ingresos en las Unidades de Larga Estancia de los Hospitales Psiquiátricos.	X	
2007/2008: Estarán transferidos los 2 Hospitales Psiquiátricos a la Junta de Extremadura.	X	
2007/2008: Existirá un Plan Estratégico para cada uno de los Hospitales Psiquiátricos.		X
2009/2010: Ambos Hospitales Psiquiátricos estarán organizados según los perfiles de necesidad de los pacientes.		X
2009/2010: Todos los pacientes que permanezcan en el Hospital Psiquiátrico dispondrán de su Plan Individualizado de Atención.		X
2011/2012: Todas las UHB estarán ubicadas en los Hospitales Generales.	X	

2011/2012: Al menos el 75% de las personas consideradas externizables habrán salido de los Hospitales Psiquiátricos.	¿¿??	¿¿??
2011/2012: Existirán estándares de calidad para todos los centros.		X
2011/2012: Se habrán adoptado las medias estructurales de mejora de las condiciones de habitabilidad de los Servicios Hospitalarios y Residenciales.		X

Mapa de recursos a fecha marzo de 2013.



### III.El papel del movimiento asociativo en la salud mental de Extremadura.

El proceso evolutivo y de cambio en el Modelo de Atención a las personas con enfermedad mental no viaja sólo, sino que se ve acompañado por el resurgimiento de un movimiento social organizado de familiares que buscan respuestas a su difícil situación y que, en un primer momento, pretenden mentalizar al resto de familiares y a los poderes públicos.

Este movimiento asociativo, a nivel nacional, tiene sus primeras raíces en el año 1976 y se consolida en marzo de 1983, cuando se celebra la Asamblea Constituyente con las asociaciones de las provincias de Álava, Valencia y Murcia de la Federación Estatal de Asociaciones de Familiares de Enfermos Psíquicos (FEAFES). Años más tarde, en 1991, pasó a denominarse Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales; Entidad que ha seguido creciendo y trabajando hasta el día de hoy y que en la actualidad, tienen como Misión: representar al colectivo, reivindicar sus derechos y trabajar en la mejora de su calidad de vida, tanto de las personas con enfermedad mental como de sus familias.

En Extremadura y en 1990 se crea en la ciudad de Cáceres la primera Asociación Extremeña de familiares de personas con enfermedad mental y en el año 1993 será también en Cáceres donde se celebren las Jornadas Anuales y la Asamblea General de la Confederación nacional FEAFES .

En 1990 se constituye la Federación Europea de Asociaciones de Familiares, de la que FEAFES entraría a formar parte.

En nuestra Región, esta movilización social (lenta y callada en sus primeros pasos como consecuencia del rechazo de la comunidad para este colectivo) continúa creciendo en diferentes ciudades extremeñas y da como fruto el nacimiento, el día 5 de Diciembre de 1.998 a la Federación Extremeña de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales bajo las siglas de FEXAFEM. Dos años después, en Asamblea General Ordinaria de fecha 17 de junio de 2.000, se acuerda modificar los estatutos y cambiar el nombre de la federación que pasará a denominarse FEAFES EXTREMADURA y ubicará su domicilio social, temporalmente, en la calle 1º de Mayo s/n de Don Benito.

En paralelo al movimiento de familiares, pero destinados a encontrarse, va gestándose en Badajoz un grupo formado por personas con enfermedad mental que no están dispuestos a permanecer al margen de todo este proceso de cambio; de esta forma, en julio de 1999 nace AEMIS, la Asociación de Enfermos Mentales para la Integración Social. Este movimiento asociativo de personas con enfermedad mental será determinante a partir de entonces y después de un periodo de años no exentos de diferencias y de recelos (justificados en aquel tiempo por la bien intencionada visión paternalista y el sentido de protección de las familias) AEMIS se incorpora a

FEAFES EXTREMADURA que pasa a denominarse Federación Extremeña de Asociaciones de Familiares y **Personas con Enfermedad Mental**.

En mayo de 2007 AEMIS inicia los trámites para la creación del primer Centro Especial de Empleo en Extremadura para personas con enfermedad mental y gestionado por ellos mismos. En la actualidad AEMIS forma parte del Comité de Personas con enfermedad mental de la confederación nacional FEAFES.

Durante años las familias y las personas con enfermedad mental en Extremadura lucharían en solitario ante una *Comunidad indolente* y ante una *Administración* que da por sentado que la atención y los escasos medios económicos destinados a tal fin corresponden estrictamente al ámbito sanitario, sin tener en cuenta el resto de necesidades de este amplio grupo de la sociedad extremeña.

La lentitud con la que Extremadura trata de incorporarse al nuevo modelo de atención comunitaria, el incumplimiento de la Ley General de Sanidad del año 86 y la falta de recursos en la comunidad, obligan a las familias a seguir ejerciendo el papel de principal cuidador y a asumir responsabilidades que corresponden a los poderes públicos.

Esta realidad lleva al movimiento asociativo a evolucionar y a aumentar sus expectativas y objetivos; Si antes eran la mejora de la atención y la lucha por los derechos, ahora se le añaden, entre otras, la atención en el marco comunitario y la plena integración en el entramado social y laboral; Esto también repercutirá considerablemente en la forma de actuar y en los medios que utilizamos para llegar al fin y, algunas asociaciones, pasarán en un relámpago de tiempo de ser meros sufridores pasivos a activos gestores y dispensadores de servicios y programas, financiados, en la gran mayoría de los casos, por la Administración Autonómica.

La implicación activa del movimiento asociativo de familiares y personas con enfermedad mental en la creación de la escasa red de recursos comunitarios existentes hoy ha sido de tal importancia que se puede afirmar, de manera categórica, que sin ella esta red no existiría y muchas de las personas que hoy reciben atención y apoyo en la comunidad seguirían reclusos en sus domicilios o en tétricas instituciones de carácter manicomial. Esta realidad es la mejor respuesta para los opositores, más de fuera que de dentro, que reclamaban para el movimiento asociativo un papel secundario, más pasivo, más de sufridores que de actores principales de aquello que les concierne como ciudadanos de pleno derecho.

A partir de ahora el movimiento asociativo FEAFES EXTREMADURA compuesto en su totalidad por agrupaciones de familiares y de personas con enfermedad mental, conjugará su capacidad para defender sus derechos y representarse ante los Organismos y Administraciones Públicas con la función de ser, en algunos casos, gestores y dispensadores de Recursos y Programas de financiación pública, sin que ambas capacidades, la de representar y gestionar, mermen ni se soslayan.

Algunos de los sucesos, hechos y avances del movimiento asociativo de FEFES EXTREMADURA, en su andadura, han sido:

- 5 de Diciembre de 1998: se constituye la Federación Extremeña FEFES EXTREMADURA.
- Mayo de 2002: la Federación decide por unanimidad, en reunión de su junta directiva de fecha 2 de mayo de 2002, aceptar el ofrecimiento de la Consejería de Bienestar Social para la gestión de un piso supervisado para personas con enfermedad mental. Por acuerdo de Federación el piso será gestionado por la asociación PROINES y se ubicará en Don Benito. Esta decisión estuvo precedida de varias reuniones y conversaciones con la administración mencionada para hacerles ver la realidad social de este colectivo y la necesaria implicación de la Consejería de Bienestar Social.
- Noviembre de 2002: se celebra en Valencia de Alcántara el “I Seminario de Grupos de Autoayuda”, en el que participan más de 50 familias procedentes de las distintas asociaciones de la Federación.
- Mayo de 2003: se celebra en Torrejón el Rubio, Cáceres, el Primer Seminario de Profesionales. En este encuentro participan más de 40 profesionales de los diferentes recursos y dispositivos que ya gestionan las asociaciones.
- Julio de 2003: en Madrid, FEFES EXTREMADURA participa en la elaboración del Proyecto Nacional “Feafes Siglo XXI”, que definirá la Misión, Visión y Valores del movimiento asociativo feafes y planificará su estrategia en los próximos años.
- 22 de junio de 2004: en Piornal, con la participación de la Confederación Nacional, se celebran “las Jornadas para la Implantación del Proyecto Siglo XXI en Extremadura”.
- Junio de 2004: la federación es invitada participar en las 2ª Jornadas de la Asociación Extremeña de Neuropsiquiatría, AEN.
- Febrero de 2005: en el Centro “la Encomienda” de Villanueva de la Serena, un grupo de 42 personas representativas del colectivo regional, compuesto por directivos y técnicos de las asociaciones, se reúnen durante 2 días para debatir y establecer las líneas estratégicas de la Federación.



- En el año 2005: la asociación para los Derechos Humanos de Extremadura, ADHEX, en su gala anual concede a FEFES EXTREMADURA el “Premio a la Tolerancia” en reconocimiento de su labor.

- 13 de septiembre de 2006: FEFES EXTREMADURA hace público y comunica a la Delegación del Gobierno de Extremadura su intención de manifestarse públicamente a las puertas del Hospital Psiquiátrico de Mérida. El comunicado reza: *“El motivo de la Concentración es la situación de abandono por la que atraviesa el citado Hospital y las condiciones en la que viven las personas que, por el hecho de padecer una enfermedad mental, tienen necesidad de residir allí.”*

## Familiares de enfermos piden que se reforme el psiquiátrico

**Consideran que está en juego la calidad de vida de los residentes**  
**Exigen mejorar la atención y que se quiten las barreras arquitectónicas**

REDACCIÓN MÉRIDA  
 La Federación Extremeña de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (Feafes-Extremadura) ha reclamado que, “de manera urgente”, se reforme en su totalidad el hospital psiquiátrico “ya que están en juego los derechos humanos y la calidad de vida de las personas que allí viven”.

Los responsables y técnicos de la entidad han visitado recientemente el centro y han explicado que, “independientemente de quien lo gestione y de quien sea la responsabilidad”, es necesario reformar el centro, informa Efe.

Según Feafes, el hospital se fundó en 1842 y desde 1975 se encuentra situado a las afueras de la ciudad, “en una estructura manicomial envejecida y con multitud de barreras arquitectónicas que dificultan la estancia de pacientes psicogerátricos”. Además, “no se ha adaptado a los tiempos ni a las formas y modelos de atención que en la actualidad se requiere”.

Los responsables de la Federación han asegurado que en el transcurso de la visita el director del Psiquiátrico emeritense, Manuel Grandal, “demostró en todo momento su talante colaborador y abierto al diálogo, y sugirió la necesidad de mantener contactos de forma periódica”.

**TRASPASO** / En la visita se abordaron cuestiones como incrementar la colaboración y coordinación entre las asociaciones y el hospital Psiquiátrico, o las negociaciones entre la Diputación Provincial de Badajoz y la Junta de Extremadura para el traspaso del centro a la Consejería de Sanidad y Consumo.

Otros problemas estudiados fueron “la saturación permanente de la unidad de hospitalización breve y las dificultades y problemas que acarrea tanto a profesionales como a pacientes el tener que acoger a personas de tan diversas patologías”.

**Presentadas 40 obras al premio juvenil de relatos**

REDACCIÓN MÉRIDA  
 Más de 40 obras procedentes de toda España se han presentado hasta ahora al VII premio juvenil de relatos cortos Osmundo Cullarás, que organiza la Concejalía de Juventud. El plazo de presentación de trabajos termina el día 1 de marzo.

Las obras deben estar relacionadas con el racismo, la intolerancia y la xenofobia. El premio tiene dos categorías, de 15 a 18 años y de 19 a 30 años.

REGIONALIZACIÓN  
**La plataforma de voluntarios ampliará el eje de actuación**

REDACCIÓN MÉRIDA  
 La Plataforma del Voluntariado de Mérida tiene previsto regionalizarse incorporando asociaciones de toda la comunidad autónoma para mejorar el servicio a sus asociados. Así lo ha afirmado la presidenta de la Plataforma, Dolores Dorado, quien anunció



MANUEL GRANDAL  
 ►► Imagen del hospital psiquiátrico, en las afueras de Mérida.

- 2 de octubre de 2006: Firma del convenio entre la Diputación Provincial de Badajoz, la Consejería de Sanidad y Consumo y Feafes Extremadura por el que las partes se comprometen a participar en el proceso de transferencia del hospital psiquiátrico de Mérida, el inicio de un proceso para su mejora y la elaboración de un Plan Estratégico para tal fin. Este plan estratégico nunca verá la luz, ni se conoce a la fecha de la elaboración de este informe.

*“ Reunidos en Mérida, en la sede del Servicio Extremeño de Salud, a las 10 horas del día 2 de Octubre de 2006, con el fin de analizar la convocatoria de concentración anunciada por parte de Feafes Extremadura a las puertas del Hospital Psiquiátrico de Mérida, con motivo del Día Mundial de la Salud Mental, los abajo relacionados..”.*

- 12 de mayo de 2008: se constituye el “grupo de trabajo CALIDAD” de Feafes Extremadura. *“Este grupo de trabajo actuará como órgano de consulta y diseñador de estrategias que permitan a Feafes Extremadura establecer*

*criterios globales, sin que esto signifique solapar la libertad de movimientos y de acción que cada asociación tenga establecido en su área de actuación, ni la capacidad de decisión del órgano de gobierno de la Federación Regional”.*

- 28 de marzo de 2009: se celebra en Almendralejo el “I Taller de Dirección Estratégica y Gestión de Calidad”, impartido por el equipo de calidad de la federación.
- En junio de 2009, Feafes Extremadura incorpora entre sus miembros a Feafes Calma, asociación que representa y trabaja con población infanto-juvenil. Y es a partir de ese momento cuando la federación incluye entre sus líneas estratégicas y de atención a niños y jóvenes con problemas de salud mental.
- 16 de marzo de 2010: *Feafes Extremadura* estrena y hace público el cortometraje documental ‘Sin diferencias’, que habla sobre la integración laboral de las personas con enfermedad mental.
- Feafes Extremadura elabora y difunde un spot publicitario en contra del estigma y a favor de la inclusión del colectivo.
- En el año 2010 nace el Observatorio de salud mental: Herramienta técnica y órgano consultivo y de propuesta de Feafes Extremadura que, valiéndose de la información que recoge o detecta, analiza la realidad e interviene de forma práctica, directa y eficaz allí donde fuere necesario. Establece 2 líneas bien diferenciadas: Una línea dirigida a la Salud mental infanto/juvenil y otra línea dirigida a la Salud mental de adultos.
- 8 de octubre de 2010: fecha histórica para el movimiento asociativo; Con motivo de la celebración del Día Mundial de la Salud Mental, *Feafes Extremadura* se echa a la calle y protagoniza la manifestación pública más mayoritaria organizada hasta entonces para reivindicar de una vez por todas el cierre de las unidades de hospitalización breve en los antiguos manicomios. Meses después esta reivindicación se hará realidad y las Unidades de Hospitalización pasan a los Hospitales Generales, 24 años después de lo ordenado por la Ley General de Sanidad del 86.
- 21 de diciembre de 2010: se constituye el Consejo Regional de Salud Mental del que *Feafes Extremadura* formará parte ocupando 2 vocalías.
- 12 de Junio de 2012: el presidente de la federación, Casiano Blanco Casallo, comparece ante la Comisión de Salud y Política Social para dar a conocer la situación y las carencias del colectivo.
- Cada año, desde la fecha de su constitución, la federación conmemora “El Día Mundial de la Salud Mental”. Es un acto de carácter y participación regional que se ha convertido en un referente para las asociaciones de todo

el territorio, los recursos públicos y privados y las instituciones y organizaciones que trabajan en y para la salud mental.

- Cada año, desde el año 2000, se celebran “Las Jornadas Deportivas de Salud Mental”, organizadas por la federación y en la que participan usuarios de todos los dispositivos y recursos de la red regional de salud mental: de los Centro Sociosanitarios, de los recursos gestionados por la Hermanas Hospitalarias, de los gestionados por las asociaciones, etc.
- *Feafes Extremadura* es miembro activo de la Confederación Nacional FEAFES, del CERMI autonómico CERMIEX, Patrono de la fundación tutelar de Extremadura FUTUEX.

## IV. Conclusiones.

El logro principal que podemos y queremos destacar es *el de haber podido configurar un conjunto de servicios de atención a la salud mental que proporcionan las condiciones para el desarrollo del Modelo Comunitario*; Modelo, a su vez, plenamente aceptado y considerado como Referencia actual que también propicia la participación de los ciudadanos y asociaciones.

Sin embargo, si bien es cierto que en los últimos años hemos dado un salto importante en nuestra Región poniendo en marcha una incipiente red de recursos en la comunidad, no menos indiscutible es que muchas son las carencias y necesidades que impiden una atención de calidad, al menos en igualdad de condiciones que a cualquier otro ciudadano.

Las conclusiones fruto de este análisis las realizaremos en torno a distintos aspectos:

### a) En relación a la atención general de la política sociosanitaria:

- Incumplimiento de los 2 planes de salud mental implantados en nuestra Comunidad quedando en una declaración de buenas intenciones al no integrar un presupuesto económico que detallara la aportación económica necesaria para su cumplimiento, así como la procedencia y ubicación de este montante.
- El proceso de Reforma psiquiátrica aún no ha finalizado después de 26 años, desembocando en una realidad caracterizada por la convivencia de 2 modelos: el modelo institucional representando por la existencia de los 2 Hospitales Psiquiátricos, hoy llamados Centros Sociosanitarios, y el Modelo Comunitario representado por la existencia de una mínima red de recursos en la Comunidad.
- Falta de prioridad para con la salud mental por parte de la política sanitaria y social: La salud mental se empieza a atender mucho después y, a día de hoy, ni siquiera es considerada de igual a igual con el resto de la Discapacidad. La evidencia es la no inclusión de la salud mental en el “Marco de atención a la Discapacidad de Extremadura”, la existencia de recursos sociales, laborales y residenciales que funcionan bajo la política de subvenciones con la inestabilidad y dificultades de continuidad que esto conlleva, la parálisis actual de la red y, en algunos lugares, su retroceso.
- No existe la prevención en salud mental: los recursos destinados a la prevención y a la detección precoz son irrelevantes en el conjunto de las

**salud mental;** Nos encontramos frente a un nuevo campo de actuación, un nuevo contexto que exige una adaptación en las formas y el contenido, que implica la consideración de un colectivo que, como todos sabemos, no siempre ha estado a la altura del resto de los grupos de personas con discapacidad en cuanto a las miras y expectativas que tiene de la administración pública regional.

Importantísimo es también el reconocimiento de la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006 y su posterior ratificación del Estado Español el 23 de noviembre de 2007, donde se explicita que las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, **mentales**, intelectuales o sensoriales situándonos en una posición de igual respecto a los demás grupos con los que componemos el amplio abanico de personas con discapacidad, de manera genérica y más allá de la idiosincrasia y características de cada uno de ellos.

En el año 2006 se destinaba un total de 454.270 € empleados en financiar los recursos sociosanitarios en la Comunidad. El II Plan Integral de salud mental 2007 /2012 se empieza a desarrollar coincidiendo con una etapa económica convulsa que desembocaría en la crisis económica actual.

Llegados a este punto la pregunta a formular es:

***¿Supondría el II Plan de salud mental el cambio deseado, el pleno desarrollo del modelo comunitario y la apuesta firme para la salud mental?***

Durante su vigencia el mapa de la red de recursos ha mejorado, entre otros, en:

- La apertura de 2 Centros de rehabilitación Residencial en Badajoz y Plasencia con 30 y 40 plazas respectivamente.
- La apertura en Plasencia del Equipo de salud mental infanto-juvenil.
- La apertura de la Unidad de Rehabilitación Hospitalaria en el Hospital Psiquiátrico de Mérida.
- La apertura de la Unidad de Hospitalización breve en el Hospital General de Llerena.
- Se amplían los Programa laborales en Don Benito y el de Badajoz como apoyo al Centro especial de empleo de la Asociación de usuarios Aemis.

En cuanto a acciones específicas y de cara al exterior:

- El año 2010 se crea el Consejo Regional de Salud Mental regulado a través del Decreto 107/2010 de 23 de abril que se define como "Órgano colegiado de carácter consultivo en el que están representadas las administraciones públicas, las asociaciones de personas con enfermedad mental y sus familiares, las sociedades científicas y los profesionales que trabajan en este campo que trabajarán para "detectar e informar" sobre "necesidades emergentes o áreas prioritarias de actuación" en la región. También sería función de este Consejo la Evaluación del II Plan de salud mental. El Consejo

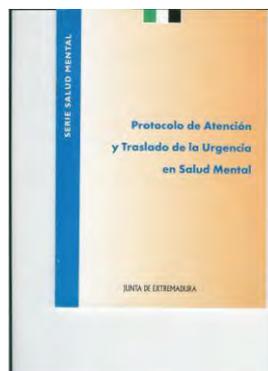
acciones y presupuestos. En el Informe sobre la Salud en el mundo “Salud Mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas” la OMS señala que muchas enfermedades mentales se pueden prevenir, que la mayoría de los trastornos mentales y de conducta pueden ser tratados eficazmente, y que gran parte de las medidas de prevención, curación y tratamiento son asequibles para todos los países; Muchos de los que hoy son personas con enfermedad mental cronicados posiblemente serían personas plenamente normalizadas de haberse detectado su enfermedad en los primeros síntomas.

- Despreocupación y falta de implicación del resto de las administraciones por la atención integral de las enfermedades mentales en Extremadura.
- Falta de datos y estudios sobre la incidencia y prevalencia de los problemas de salud mental en Extremadura.
- “No están todos los que son”: se presupone, en relación a las estadísticas, que la prevalencia de la esquizofrenia (como ejemplo) es del 1,5% con lo que en Extremadura podrían existir en torno a las 16.500 personas sólo con este diagnóstico. Gran parte de ellas ni siquiera están incluidas en el sistema sanitario y/o la incidencia de abandono es alta. También se desconocen datos.
- La falta de atención a la población infanto-juvenil y la falta de planes específicos para con ellos.
- El Consejo Regional de Salud mental que, desde su creación sólo se ha reunido una vez.

## **b) En relación a los recursos de la red y aspectos organizativos:**

- **En relación a los equipos de salud mental:**
  - Falta de dotación de más profesionales que provoca sobrecarga asistencial.
  - Se incumple el ratio nº pacientes por profesional, lo que implica que el tiempo de espera haya aumentado de 4 a 6 meses y las consultas duren de 5/10 minutos.
  - Sigue existiendo, salvando excepciones, una atención basada en contrarrestar la sintomatología y no centrada en el paciente como persona, de forma que el tiempo de consulta se limita a decidir el cambio o mantenimiento de medicación.
  - Hay cambios frecuentes de profesionales en algunas zonas lo que impide la continuidad en la atención.
  - Normalmente no se suele informar a los pacientes ni a las familias de los recursos comunitarios que existen en las localidades (posiblemente por su desconocimiento) lo que dificulta en gran medida el desarrollo del modelo psicosocial.
- **Las Unidades de Hospitalización Breve:**
  - Hace falta crearlas en Coria, Navalmoral de la Mata y en Don Benito-Villanueva de la Serena.

- El número de camas en la UHB de Mérida específicamente son insuficientes ya que atiende las áreas sanitarias nº 2 y 3.
- En Cáceres el nº de camas es escaso y las visitas son limitadas.
- Existe ausencia de actividades alternativa o programas de Terapia Ocupacional.
- Inexistencia de Unidades de Hospitalización infanto-juveniles.
- Los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS):
  - Sólo existen seis centros de rehabilitación psicosocial en Extremadura, cuando deberían existir ocho, uno por cada área sanitaria. La cartera de servicios que estaba definida según Decreto, se ha ido modificando a medida que se han distribuido las competencias entre SES y SEPAD, creando, en ocasiones, un importante vacío asistencial y de apoyo a los usuarios de estos dispositivos. La mayoría están por encima de su capacidad asistencial, según concierto, y la falta de suficientes recursos de soporte en la comunidad colapsa su puerta de salida y obliga a crear listas de espera. Aun así, son los recursos comunitarios de corte sociosanitario, aunque de dependencia sanitaria, que mejor han evolucionado y asentado en la red pública. Los cinco centros de rehabilitación psicosocial concertados con el SES están acreditados de Calidad, según el Modelo de Calidad de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- A nivel general, poca formación e implicación de los médicos de atención primaria en consultas y en urgencias.
- En la atención a la urgencia psiquiátrica y el traslado de pacientes a las unidades de hospitalización existe aún gran cantidad de vacíos en relación a aspectos sanitarios y legales; la coordinación necesaria entre las partes implicadas es insuficiente y el cumplimiento del protocolo es de escasa relevancia.



- *Sobre los recursos comunitarios:*
  - Parálisis absoluta de la red. Incertidumbre ante el futuro próximo. Cada vez más demanda y menos cobertura. Alto riesgo a volver al modelo asistencial.
  - No existe cobertura mínima en la provincia de Cáceres creando desigualdad importante entre distintas zonas de la misma provincia. Falta de recursos sanitarios y sociosanitarios en Coria y en Navalmoral de la Mata (CRPS, PS, CIS..).
  - Desde el año 2009 se produce un deterioro en la red por falta de financiación, de forma que se realiza la misma atención con menos medios; de seguir así mermará la calidad de los servicios y dificultará la gestión de estos, poniendo en peligro su existencia. En los 2 últimos años se obvia el principio de equidad del que hace gala el II Plan de Salud mental como valor, implicando la existencia de desigualdad de atención de un mismo recurso en distintas zonas, propiciando una atención sectorizada altamente diferenciadora.
  - Actualmente existe verdadera dificultad para mantener abiertos de manera continuada algunos recursos sociosanitarios, sobre todo algunos centros de inserción social.
  - Siguen sin existir centros de Día.
  - Los recursos residenciales no cubren las necesidades mínimas de la población. Listas de espera amplias. Alto riesgo de desprotección.
  - No existen programas asertivo-comunitarios.
  
- *Sobre la coordinación entre recursos:*
  - La coordinación sigue siendo un aspecto clave, ya exigido en la L.G.S. del año 86, en el desarrollo de un funcionamiento correcto en salud mental; sin embargo siguen existiendo grandes carencias:
    - En relación a las Gerencias de Área hay poca o nula relación con los recursos de la red de salud mental.
    - De las Comisiones de Áreas: en algunas zonas no se llevan cabo y, en general, existe un desconocimiento de la participación en ellas.
    - En algunas zonas el Protocolo de Atención en Urgencias sigue siendo poco eficiente como consecuencia de la descoordinación con lo que ello supone para el paciente.
  
- *Mención especial a los Hospitales Psiquiátricos, Centros Sociosanitarios:*
  - Aún se mantienen fuera de la Comunidad los dos antiguos hospitales psiquiátricos, hoy llamados Centros Sociosanitarios. Establecimientos caducos y obsoletos que mantienen su estado más manicomial y que ponen en peligro a diario la supervivencia y la calidad de vida de las personas que allí residen. Sus carencias infraestructurales, la inaccesibilidad de sus pabellones y el consumo de sustancias tóxicas

dentro del “Hospital” han sido reveladas infinidad de veces por las familias de las personas ingresadas, sin resultado alguno al día de hoy.

- En los últimos 2 años, el presupuesto para su mantenimiento ha descendido en aproximadamente un 50%.
- Las instalaciones, el mobiliario, la dotación de material y herramientas de trabajo para los profesionales y otros aspectos evidencian el más cruel de los abandonos.
- Podemos afirmar con absoluta contundencia que ambos hospitales son el símbolo de la exclusión y de la marginación en Extremadura.
- La asignatura pendiente más evidente e importante es la existencia de UN PLAN ESTRATÉGICO PARA AMBOS HOSPITALES, demandado por la Federación y asociaciones durante años, propuesto en ambos planes de salud mental y que a día de hoy sigue sin realizarse.

### c) En relación a la legislación:

- Como se ha reseñado anteriormente el MADEX – Marco de atención a la Discapacidad en Extremadura – no contempla a la salud mental con lo que, formalmente, es un Marco exclusivo y excluyente para con ella.
- La Ley de accesibilidad: Si existen barreras que impiden la integración, normalización, aceptación... de las personas con discapacidad, no son sólo las barreras arquitectónicas; También existen las barreras invisibles - la discriminación, el rechazo social y el estigma, que desde tiempos inmemorables han acompañado a este colectivo.
- La Ley de Servicios Sociales de Extremadura, LEY 5/1987 de 23 de Abril, ley obsoleta que ha servido de base hasta nuestros días, no dejaba lugar para la población con problemas de salud mental.
- La LISMI, en su artículo 7.1 entiende por minusválido “toda persona cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se hallen disminuidas como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente, de carácter congénito o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales”. Ley obsoleta en términos y en consideración a las personas con Discapacidad por trastorno mental. .
- La **Convención ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**, que entró en vigor en España en 2008, supone un cambio de mentalidad, y marca el camino a seguir para evitar cualquier situación de exclusión social de las personas con discapacidad.

### d) En relación a las personas con enfermedad mental y familia:

- La dinámica establecida en la organización y gestión de la salud mental en la política sanitaria y social de Extremadura se caracteriza por no contar con la participación activa de personas con trastorno mental y con sus familias, grave error ya que “Trabajar para un colectivo sin el colectivo” implica acciones directivas alejadas de la realidad social y por ende, de las personas.

- Las familias siguen haciéndose cargo de aquello que el sistema sanitario no puede atender pero que debería, generando sobrecarga y pérdida de calidad de vida.
- La prescripción de medicamentos, en ocasiones, se sobredimensiona en detrimento de otros pilares del tratamiento integral como son la psicoterapia, rehabilitación psicosocial y laboral, con consecuencias negativas para la evolución del trastorno.
- Las personas con problemas de salud mental han manifestado, en numerosas ocasiones, su opinión al respecto de distintas cuestiones; Como ejemplo se cita a continuación las conclusiones del “Encuentro de Usuarios y Gestores de Salud Mental: Afrontando retos, buscando soluciones”<sup>9</sup>:
  - *“Los usuarios perciben que los dispositivos están equipados de forma insuficiente en cuanto a medios materiales y que no están acondicionados estructuralmente según las necesidades de las personas con enfermedad mental. Además, los centros no presentan una adecuada accesibilidad.*
  - *Los servicios y sus profesionales no suelen ser sensibles ni perciben la capacidad de autogestión de los usuarios, no dan la oportunidad de implicación de éstos en la toma de decisiones y no consideran sus puntos de vista en la planificación de su tratamiento.*
  - *Aunque la cualificación técnico-asistencial de los profesionales es percibida en general como correcta, se observan carencias en la calidad de la atención y el trato. En todos los grupos se señala la escasez de profesionales de los dispositivos.*
  - *En el grupo de Unidades Hospitalarias se subraya la ausencia de aplicación de procedimientos asistenciales protocolizados, lo que genera una merma en la calidad asistencial, falta de seguridad y problemas de convivencia en los usuarios”<sup>9</sup>.*
- Por las características que definen a la aparición de los trastornos una de las prioridades debería ser la potenciación de una red residencial para las PCEM; Los recursos residenciales son escasos y no cubren las necesidades.
- De mismo modo, las personas con enfermedad mental es uno de los grupos con menor inserción laboral. Según el informe “Estigma social y enfermedad mental” de Manuel Muñoz, sólo un 5% tiene un trabajo estable. En muchas ocasiones, los prejuicios de las personas que contratan hacia este colectivo es la principal barrera de acceso al mundo laboral.

### e) En relación a la Comunidad:

- La marginación y la estigmatización social es una de las graves repercusiones que aún hoy han de soportar las personas con trastorno mental y sus

<sup>9</sup> Extraído del Cuaderno Técnico de Salud Mental “Afrontando retos, buscando soluciones”. Junta de Extremadura. 2010

familiares. Los falsos prejuicios sobre este colectivo son tan graves que incluso desalientan a muchas personas a reconocer que tienen un problema de salud mental y seguir un tratamiento.

- La desinformación y la falta de conocimiento sobre los trastornos mentales producen discriminación y rechazo por parte de la sociedad a las personas con este tipo de problemas.
  
- Existencia de silencio administrativo hacia la concienciación y la sensibilización social que contribuya a eliminar el lastre del estigma, dejando la única responsabilidad a otras entidades y en particular las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental.

## V. Propuestas.

Teniendo en cuenta el análisis realizado, las conclusiones estimadas y siendo conscientes de la realidad y los tiempos de dificultades económicas que atravesamos, este informe carecería de valor si no aportara propuestas de mejora que nos guíen hacia un futuro cercano más esperanzador.

Desde el movimiento asociativo hemos aprendido y demostrado durante años que además de una financiación coherente debe haber compromiso y voluntad, ambas cosas no cuestan dinero y pueden ser también eficientes.

De las propuestas que realizamos, habrá algunas que se consideren inviables, otras razonables, otras posibles y otras imposibles. No es nuestra misión gestionar la salud mental; sí proponer, participar, opinar y trabajar en pro, por ello consideramos las siguientes propuestas:

- Desarrollar una política de prevención y detección precoz de la enfermedad mental.
  
- Demandar la sensibilización y la mayor implicación presupuestaria de nuestro gobierno autonómico para con este colectivo, que ha sido desde tiempos remotos y bajo todas las banderas de color y signo político el gran olvidado del sistema público.
  
- Además, La cultura de la prevención y promoción de la Salud Mental debe hacerse extensiva al conjunto de la sociedad, mediante campañas divulgativas que promuevan la Salud Mental, permitan señalar los factores de riesgo y expliquen

con claridad cómo una enfermedad mental puede afectar a cualquiera, aún cuando no tenga antecedentes familiares cercanos.

- Aunque la red de atención ha mejorado, en los últimos años en la actualidad se ha paralizado y los recursos son desiguales e insuficientes. Es necesario garantizar la atención integral y equitativa a las personas con trastorno mental desde todos los ámbitos, áreas y niveles y seguir estableciendo y potenciando medidas integrales de apoyo que incidan en aspectos formativos, educativos, residenciales, laborales, de ocio y tiempo libre, familiares, etc, implicando a todos los agentes posibles. Es decir programar y atender la salud mental de forma transversal.
- Debe prestarse especial importancia a la población infantil y juvenil porque en esta población se inician normalmente los primeros estadios de la enfermedad mental. En esta etapa los dos cauces básicos de actuación son las familias y los Centros escolares, por ser los que más contactos mantienen con niños y jóvenes y los que más influyen en la formación de sus hábitos y pautas de comportamiento.
- Dar valor y utilidad al Consejo Regional de Salud Mental y realizar la evaluación del II Plan para analizar y avanzar en mejoras. Los tiempos de dificultades económicas que vivimos no impiden la planificación, ni la revisión, ni la aportación de mejoras que den como resultado un proyecto compartido más eficaz, eficiente, realista y acorde con las necesidades actuales.
- Realizar y diseñar, de una vez por todas, los planes estratégicos de los antiguos Hospitales Psiquiátricos. Si hemos de entender que estos establecimientos deberán permanecer abiertos hasta la creación en la comunidad de los recursos que los desalojen, el primer deber de los poderes públicos es garantizar la calidad de vida de sus residentes; obviar esta realidad o esperar más a circunstancias y expectativas que nunca llegan supondría un agravio contra la moralidad de todos nosotros y contra los derechos fundamentales de los ciudadanos y ciudadanas que allí viven.
- Establecer, retomar, potenciar, las Comisiones de áreas como procedimiento idóneo para la mejora de la coordinación en salud mental.
- Desarrollar programas psicoeducativos para familiares que sufren primeros episodios de trastornos mentales con el fin de informarles sobre aspectos generales de la enfermedad mental y posibilitar el entrenamiento para enfrentarse a situaciones de la vida diaria.
- Aumentar la concienciación pública sobre la salud mental, mejorar la actitud de la opinión pública hacia las personas afectadas por esta enfermedad y generar acciones que prevengan o eliminen la discriminación y los mencionados prejuicios.

- El empoderamiento es un elemento fundamental del desarrollo humano. Se trata del proceso de toma de control y responsabilidad en sus acciones. Es prioritario fomentar acciones que favorezcan que las personas con enfermedad mental desarrollen al máximo capacidades con el fin de que alcancen cada vez una mayor autonomía.
- Tal y como considera el Comité de Personas con Enfermedad Mental de FEAFES, las personas con enfermedad mental y sus familias deben tener la oportunidad de ejercer una participación más activa en sus propios procesos de recuperación y mejora de su calidad de vida; participación que se considera un derecho inherente a su condición de ciudadanos/as.
- Es preciso ajustar nuestro ordenamiento jurídico y revisar figuras jurídicas que no sean compatibles y crear otras nuevas que se adecúen al objeto de esta norma.
- Seguir trabajando y fomentando el modelo comunitario, contrastado y recomendado a nivel mundial como el mejor modelo a seguir.
- Fomentar el asociacionismo a nivel regional, creando una red asociativa más amplia distribuida por todo el territorio regional, más participativa en la comunidad, que supera las dificultades territoriales y la falta de recursos con el apoyo mutuo, creando nuevas alianzas, nuevas estrategias, con la seguridad de que juntos seremos más capaces y llegaremos más lejos.
- Fomentar políticas y estrategias públicas que garanticen los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental y faciliten su plena integración en la comunidad y vida social.

*Feafes Extremadura*, fiel a su Misión, seguirá trabajando activamente en la búsqueda de los derechos y la mejora en la calidad de vida de este colectivo y seguirá colaborando con el gobierno autonómico en la creación de un modelo estable de calidad, que dé cobertura a todas las necesidades y expectativas de las personas con trastorno mental grave de Extremadura.