

CONSEJERÍA DE SALUD

II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012



II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012

ANDALUCÍA. Plan Integral de Salud Mental
(2º. 2008-2012)

II Plan Integral de Salud Mental de
Andalucía [Archivo de ordenador] : 2008-2012 /
[autoría, Valmisa Gómez de Lara, Eulalio
(coord.) ... et al.]. – ed. provisional. –
[Sevilla] : Consejería de Salud, [2008]

1 disco compacto (CDROM) ; 12 cm

1. Andalucía. Plan Integral de Salud Mental
(2º. 2008-2012) 2. Planes y programas de salud
3. Salud mental 4. Andalucía I. Valmisa Gómez
de Lara, Eulalio II. Andalucía. Consejería de
Salud III. Título
WM 30

Edición Provisional

Autoría:

Valmisa Gómez de Lara, Eulalio (coordinador)
Alén Fidalgo, Manuel
Amo Alfonso, Mercedes
del Pino López, Rafael
Díaz del Peral, Domingo
Fernández Regidor, Gonzalo
Fornieles García, Yolanda
García-Cubillana de la Cruz, Pablo
Rodríguez Rodríguez, Manuel
Ruiz García, Ana
Sánchez García, Lourdes

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud
Diseño y maquetación: OBEMEDIA S.C.

Relación de participantes

Dirección:

del Pino López, Rafael (Director)
Rodríguez Rodríguez, Manuel
Valmisa Gómez de Lara, Eulalio
Amo Alfonso, Mercedes
García-Cubillana de la Cruz, Pablo

Comité Técnico de Redacción:

Coordinación:

Valmisa Gómez de Lara, Eulalio

Integrantes:

Alén Fidalgo, Manuel
Amo Alfonso, Mercedes
del Pino López, Rafael
Díaz del Peral, Domingo
Fernández Regidor, Gonzalo
Fornieles García, Yolanda
García-Cubillana de la Cruz, Pablo
Rodríguez Rodríguez, Manuel
Ruiz García, Ana
Sánchez García, Lourdes

Grupos Expertos:

Comunicación:

Fernández Regidor, Gonzalo (Coordinador)
Mena Jiménez, Ángel (Secretario)
Contreras Sánchez, Juan
Fernández López, Mercedes
León Maqueda, Antonio
Pérez Rojano, Rocío
Tristán Romero, Falina

Prevención y Promoción

de la Salud Mental en Población General

Ariza Conejero, Maria José (Coordinadora)
Cano Valero, Mercedes (Secretaria)
Díaz Gavira, Concepción
Fuentes Caro, Irene
Jiménez Escalante, Francisco
Moreno Muela, Margarita
Reina Reina, Carmen Lucia
Sánchez Pellón, Elsa

Promoción de la Salud

en Personas con Enfermedad Mental

García Santos, Juan de Dios (Coordinador)
 Fernández Portes, Luis (Secretario)
 Blanco Aguilar, Javier
 Fernández Sánchez, Carmen
 García Iraola, Marisol
 Pérez Delgado, José Manuel
 Ponce Hernández, José Antonio

Ordenación y Cartera de Servicios

Valmisa Gómez de Lara, Eulalio
 (Coordinador)
 Ramírez Benítez, José Indalecio (Secretario)
 Carrasco García, Aurelio
 Hernández Esteban, Fernando
 Moreno Corona, Cristina
 Perona Garcelán, Salvador
 Soler Pelegrín, Rosa

Atención a la Infancia y Adolescencia

Sánchez García, Lourdes (Coordinadora)
 Gravan Morales, María José (Secretaria)
 Báez López, Marta
 Barba Rodríguez, Pilar
 García Túnez, Pablo
 Herrera Rodríguez, Manuel
 Ianez Rodríguez, Antonio
 Martínez de Salazar Arboleas, Alma
 Dolores
 Pulido Díez, Juana
 Rodríguez Natal, Isabel
 Sánchez Vázquez, Vicente
 Vidal Verdú, María Luisa

Género y Salud Mental

Jiménez García Bóveda, Rosa
 (Coordinadora)
 Luque Budía, Asunción (Secretaria)
 Alba Pérez, Teresa
 Amo Alfonso, Mercedes
 Cano Caballero Gálvez, Dolores
 Estebanez Morales, Dori
 Moya Morales, Miguel
 Ruiz Pérez, Isabel
 Sáez Méndez, Hilario

Programas de Apoyo Social

López Álvarez, Marcelino (Coordinador)
 López Pardo, Andrés (Secretario)
 Acosta Díez de los Ríos, Miguel
 Arévalo López, José Manuel
 Becerra Martín, Francisco
 García Guadix, Valle
 González Álvarez, Sergio
 Jiménez González, Soledad
 Ramírez Chía, Eleuteria

Detección e Intervención

Precoz en la Psicosis

Ibáñez Rojo, Vicente (Coordinador)
 Maestro Barón, Juan Carlos (Secretario)
 Alba Marín, Inmaculada
 de la Higuera Romero, Jesús
 Gil Álvarez, Manuel
 Gómez García, María Dolores
 González Acien, Cristina
 Gutiérrez Blanco, Raquel

Tratamiento Intensivo en la Comunidad

Huizing, Evelyn (Coordinadora)
González Bellido, Celedonia (Secretaria)
Anguita Duarte, Fátima
Laviana Cuetos, Margarita
López Robledillo, Manuel
Palenciana Herrerías, Gines
Rivas Guerrero, José Fabio

Población Penitenciaria

Guerrero Romero, Antonio José
(Coordinador)
Doña Díaz, Alvaro José (Secretario)
García Téllez, Jorge Miguel
Mañas Olmo, Teresa
Ortega Bazanta, Luis
Sánchez Moyano, José Manuel
Vidal Carballo, José

Epidemiología

del Río Noriega, Francisco (Coordinador)
Moreno Kustner, Berta (Secretaria)
Fornieles García, Yolanda
Gay Pamos, Eudoxia
Guillén Enríquez, Javier

Trastornos de Personalidad

Rueda Lizana, Mercedes (Coordinadora)
Moreno Aranda, Manuel (Secretario)
Gómez Reyes, Isabel
Jiménez Egea, Aurora B.
Márquez Delgado, Alicia
Plaza del pino, Maria Dolores
Ruiz Sicilia, Leonor
Vallejo Jiménez, Felipe

Población Inmigrada y Exclusión Social

Río Benito, María Jesús (Coordinadora)
Jiménez Casado, Carmen (Secretaria)
García de Sola, Adolfo
González Aceituno, Pedro
Martín Díaz, Emma
Martínez de Salazar Arboleas, Alma
Dolores
Rouch, Minna
Sayed Ahmad Beiruti, Nabil
Tejedor de Santamaría, Elena

Evaluación y Sistemas de Información

García-Cubillana de la Cruz, Pablo
(Coordinador)
Carmona Calvo, José (Secretario)
Carmona Jurado, Raquel
González Villalba, Asunción
Retamar Parra, Manuel
Velardo Hernández, Ana

Formación y Desarrollo Profesional

Lorenzo López, Dolores (Coordinadora)
Rojo Villalba, Matilde (Secretaria)
Iglesias Salas, Rosario
Martínez García de Castro, Manuel
Ramírez Esteban, Manuela
Rodríguez Martínez, Magdalena
Rodríguez Morilla, Felipe
Roldán Maldonado, Gloria María

Potenciación de la Investigación

Villagrán Moreno, José María
(Coordinador)
Lamote de Grignon Querol, Esteban
(Secretario)
Díez Patricio, Antonio
Luque Luque, Rogelio
Mayoral Cleries, Fermín
Salvador Carulla, Luis
Torres González, Francisco
Vázquez Morejón, Antonio José

Evidencia Clínica en Salud Mental

Ruiz García, Ana (Coordinadora)
Bordallo Aragón, Antonio (Secretario)
Blanco Venzala, Matilde
Jiménez Estévez, Juan Francisco
Romero Cuesta, Javier
Sánchez Sánchez, Francisca
Soriano Peña, María Felipa

**Elaboración del Informe “Vigilancia
Epidemiológica de Enfermedades
Crónicas: Indicadores de Salud Mental”**

Mayoral Cortés, José M^º
Durán Pla, Enric
Pérez Morilla, Esteban
Rodríguez Moreno, Elisa

Colaboradoras y colaboradores:

Bono del Trigo, Águila
Carmona López, Guadalupe
Caro Martínez, Araceli
González Villalba, Asunción
Hedo Moreno, Germán
Mendoza García, Oscar J.
Pérez Romero, Carmen
Valcárcel Cabrera, María del Carmen
Vega Monclús, Evelia

	PRESENTACIÓN	9
I.	INTRODUCCIÓN	13
II.	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN	17
	1. LA SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA	17
	1.1 Demografía	17
	1.2 Percepción social sobre la enfermedad mental	19
	1.3 Factores de riesgo para la enfermedad mental	20
	1.4 Salud mental autopercebida	22
	1.5 La enfermedad mental en Andalucía	23
	1.5.1.- Prevalencia en Europa y España	23
	1.5.2.- Suicidios y enfermedad mental	25
	1.5.3.- Incapacidad laboral y enfermedad mental	26
	1.5.4.- Población penitenciaria y enfermedad mental	27
	1.5.5.- Personas sin hogar y enfermedad mental	28
	1.6 Morbilidad atendida	28
	1.6.1.- Atención primaria	28
	1.6.2.- Atención especializada de salud mental	30
	1.6.3.- Atención urgente a los problemas de salud mental	41
	1.6.4.- Consumo de psicofármacos	42
	1.6.5.- Personas atendidas en la red de apoyo social de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM)	43
	1.6.6.- Inmigración y enfermedad mental	44
	1.6.7.- Personas internadas en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla	45
	1.6.8.- Personas con enfermedad mental atendidas en la red de atención a las drogodependencias	45
	1.6.9.- Atención a las víctimas de la violencia de género	46
	2. RECURSOS PARA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN ANDALUCÍA	48
	2.1 Recursos sanitarios de salud mental	48
	2.1.1.- Dispositivos específicos de salud mental	48
	2.1.2.- Recursos humanos en salud mental	53
	2.1.3.- Unidades de Gestión Clínica de salud mental	54
	2.2 Recursos comunitarios de apoyo social	55
	2.2.1.- Recursos Generales	55
	2.2.2.- Recursos Específicos (FAISEM)	55
	2.2.3.- Red de Ayuda Mutua	60

III.	EXPECTATIVAS DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL, FAMILIARES Y PROFESIONALES	63
IV.	ÁREAS DE MEJORA	69
V.	OBJETIVOS GENERALES	73
VI.	ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN	77
	1. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN SALUD MENTAL	78
	2. PROMOCIÓN DE SALUD	80
	3. SALUD MENTAL Y GENERO	84
	4. PREVENCIÓN Y ENFERMEDAD MENTAL	86
	5. RED SANITARIA, MODELO ORGANIZATIVO Y CARTERA DE SERVICIOS	87
	6. APOYO SOCIAL A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE	89
	7. ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN ANDALUZA	92
	8. ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	94
	9. DETECCIÓN E INTERVENCIÓN PRECOZ DE LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS	96
	10. TRATAMIENTO INTENSIVO EN LA COMUNIDAD PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE	98
	11. ATENCIÓN ESPECÍFICA A PERSONAS CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	99
	12. ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS EN RIESGO O SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL	100
	13. PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y AYUDA MUTUA	102
	14. EPIDEMIOLOGÍA, EVALUACIÓN Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	103
	15. FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL, INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	105
VII.	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	111
VIII.	MARCO NORMATIVO	115
IX.	RESUMEN EJECUTIVO	119
X.	BIBLIOGRAFÍA	124
XI.	ABREVIATURAS	142
XXI.	ÍNDICE DE TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS	144

Presentación

Un Plan Integral es un instrumento de planificación a medio plazo. Su elaboración no garantiza por sí sola la consecución de las metas que se plantean, pero al definir las, establecer prioridades, marcar líneas de acción y actividades concretas, permite una visión global de los objetivos que pretende alcanzar y de las tareas que han de realizarse.

Con ese enfoque se desarrolló el primer Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007 (I PISMA). Este Plan contemplaba nueve líneas de acción, que permitieron, a lo largo de su vigencia, avanzar de forma notable en diversos ámbitos:

- Sensibilización a la población general contra el estigma asociado a la enfermedad mental, a través del desarrollo de acciones de comunicación e información a la ciudadanía.
- Potenciación de la red de atención a la salud mental, con un incremento importante de recursos, tanto en cuanto a apertura, ampliación y remodelación de dispositivos asistenciales, como en incorporación de nuevos profesionales.
- Crecimiento de los recursos específicos de apoyo social gestionados a través de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM), que prácticamente ha duplicado sus plazas residenciales y ha incrementado la cobertura de todos sus programas.
- Mejora de la accesibilidad a las unidades de salud mental comunitarias e impulso a la atención domiciliaria.
- Avances en la implantación del modelo de gestión clínica, que ha llevado a que prácticamente el 68% de profesionales de la red se SM trabajen ya dentro de este modelo. Este avance se ha visto reforzado con la reciente aprobación del Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de salud mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud (SAS), que consolida este modelo como nueva estructura organizativa de los dispositivos de salud mental.
- Impulso a la continuidad asistencial mediante la extensión de la implantación y el desarrollo de nuevos Procesos Asistenciales Integrados (PAIs).
- Fomento de la participación ciudadana y avances en la consolidación del movimiento asociativo de familiares y personas usuarias.

- Desarrollo de estrategias de formación, investigación y gestión del conocimiento como pilares en los que basar el avance en el conocimiento y la atención a la salud mental de la población.

La evaluación del I PISMA y la experiencia acumulada en su desarrollo encauzan este segundo Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012 (II PISMA), que tiene como principios fundamentales la mejora de la calidad, la equidad y la eficiencia de los servicios sanitarios, orientados hacia la promoción de la salud mental de la población andaluza, la prevención de la enfermedad y la mejora asistencial y de cuidados de pacientes y familiares.

Incorporar de forma explícita el principio de equidad supone el compromiso de trabajar en la reducción de las desigualdades (incluidas las inequidades debidas a los condicionantes de género), en la protección de las personas más vulnerables (prestando especial atención a garantizar los derechos de quienes padecen una enfermedad mental) y en el respeto a la identidad cultural, en una sociedad, como la andaluza, cada vez más diversa.

Asimismo, el fomento de la participación ciudadana se considera como uno de los componentes básicos propuestos por la OMS para alcanzar la equidad en salud. El modelo comunitario de atención a la salud mental implantado en Andalucía ya establecía, entre sus principios, la implicación de pacientes y familiares en su proceso de tratamiento y su participación activa en los servicios de salud mental. Con este II Plan se pretende dar un paso más en este sentido, incorporando la perspectiva de la recuperación. Y entendiendo como tal un proceso de crecimiento personal que va mucho más allá que la mera desaparición de los síntomas.

La atención a profesionales es otro aspecto que tiene en cuenta este Plan, con el fomento de la carrera profesional, la formación y la investigación. Y con medidas organizativas orientadas a hacer aflorar y aprovechar el capital humano de la organización.

No quiero dejar de expresar mi agradecimiento a todas las personas que han colaborado en la elaboración de este documento, que ha contado con una amplia participación, tanto de los diversos colectivos profesionales implicados en la atención a la salud mental, como de las propias asociaciones ciudadanas y de las sociedades científicas relacionadas.

Este segundo Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012 se nutre del primero, es ambicioso en objetivos y será generoso en resultados. Esa es nuestra tarea y nuestro empeño.

María Jesús Montero Cuadrado

Consejera de Salud de la Junta de Andalucía

Introducción

La mayor parte de las enfermedades mentales obedecen a una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Estos trastornos, que pueden afectar a cualquier persona, en la mayoría de los casos pueden tanto prevenirse, como beneficiarse de tratamientos eficaces. Tan importante es la adecuada planificación de los servicios de salud mental que prestan dichos tratamientos, como la adopción y financiación de medidas eficaces en materia de promoción de salud y prevención de la enfermedad mental. Además, siguen siendo necesarias las políticas dirigidas a minimizar las situaciones de estigmatización y discriminación, que excluyen a este tipo de pacientes de la participación en diversos ámbitos de la sociedad.

La atención a las personas con trastornos mentales es una prioridad para el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), tanto por sus elevadas cifras de incidencia y prevalencia, como por el sufrimiento personal y el impacto familiar y social que provocan, y la complejidad y coste de los procesos de tratamiento y rehabilitación.

Desde que se inició, en 1984, el proceso de reforma psiquiátrica en Andalucía, se ha propiciado, a lo largo de más de dos décadas, el aumento de recursos y también el compromiso y esfuerzo de las y los profesionales de las distintas redes asistenciales del Servicio Andaluz de Salud (SAS) para el abordaje de los problemas de salud mental. Y siguen siendo sus pilares aquellos que definen el modelo de atención comunitario: los equipos de trabajo multidisciplinarios, la continuidad asistencial y de cuidados, la cultura de trabajo conjunto con el nivel primario de salud y el desarrollo de programas intersectoriales. En los últimos años, la atención a la salud mental basada en el modelo comunitario se ha visto enriquecida por la perspectiva de la recuperación. Este novedoso paradigma implica realmente un proceso de cambio personal, al retomar la persona su proyecto de vida y recuperar al máximo sus propias capacidades como individuo y como ciudadano o ciudadana, independientemente de la evolución de sus síntomas o problemas.

A lo largo de su vigencia, el I PISMA ha constituido un marco de referencia, a partir del cual se han introducido mejoras en la cobertura y en la calidad de la asistencia y de los cuidados prestados a la población andaluza con problemas de salud mental. La adecuación de los servicios a las necesidades de las personas usuarias y la garantía de continuar desarrollando un modelo de orientación comunitaria, fueron dos de los objetivos sobre los que pivotaron distintas líneas de actuación estratégica, entre ellas las siguientes:

- El incremento y diversificación de recursos profesionales y estructurales y una organización y gestión de los mismos más eficiente.
- El compromiso de trabajo conjunto con Atención Primaria.
- El desarrollo de programas de atención integral a pacientes con enfermedad mental grave en la comunidad.
- El incremento de la atención domiciliaria.
- Una atención coordinada entre niveles asistenciales y sectores no sanitarios.
- Un estímulo para la participación de personas usuarias, familiares y profesionales, tanto a nivel individual como colectivo.

Finalizado su periodo de vigencia y tras su evaluación^A, se ha elaborado este segundo Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012 (II PISMA), teniendo en cuenta lo realizado durante los últimos cinco años, así como el análisis de la situación actual de la salud mental en Andalucía y las referencias y recomendaciones de organismos nacionales e internacionales^B. Igualmente se ha contado con las aportaciones provenientes del trabajo de diversos grupos expertos (17 grupos de trabajo con participación de alrededor de 150 personas, tanto profesionales de los diversos ámbitos relacionados con la salud mental, como pacientes y familiares) y con las opiniones y expectativas de los colectivos destinatarios de las medidas del Plan.

A] El documento de evaluación del I PISMA 2003-2007 se encuentra disponible en el área destinada a salud mental de la Web del SAS www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

B] Entre estas recomendaciones, se recogen las expresadas en la "Declaración Europea de Salud Mental" (Helsinki, Enero 2005), suscrita por los Ministerios de Sanidad de los 52 estados miembros en la región Europea de la OMS y la "Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud" (2006) del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España.



DESCRIPCION DE LA SITUACIÓN^c

1.- LA SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA

1.1. DEMOGRAFÍA

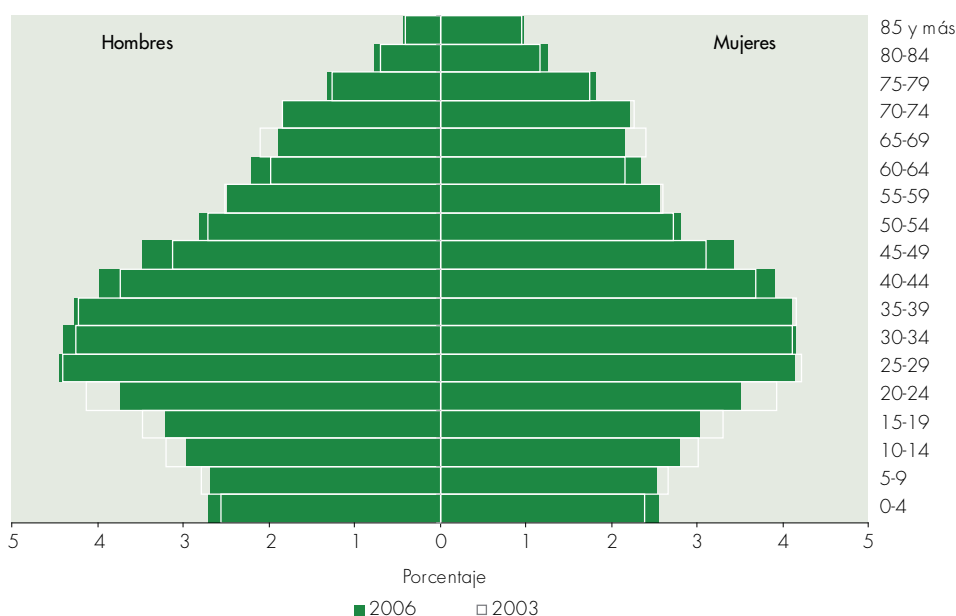
En el año 2006 la población de la Comunidad Autónoma de Andalucía era de 7.975.672 habitantes, según el Instituto de Estadística de Andalucía (IEA)⁽¹⁾, de los cuales el 49,63% eran hombres (3.958.565) y el 50,37% mujeres (4.017.107). Esta población se incrementó un 4,85% con respecto a la del año 2003, en el que la población de Andalucía era de 7.606.848 habitantes (gráfico 1).

Al comparar las pirámides de población del 2003 y 2006 (gráfico 1), no se encuentran diferencias significativas, si bien en el 2006 se observa una disminución de la base en las cohortes más jóvenes de la población, de 4 a 24 años y una ampliación de la parte superior de la pirámide, especialmente en mujeres, al tener éstas una mayor esperanza de vida.

Este patrón de envejecimiento tiene consecuencias sobre la necesidad de intervenciones en salud mental dirigidas al envejecimiento saludable y a la atención a los problemas de las personas mayores y de quienes les cuidan cuando están en situación de dependencia.

C] Se dispone de información ampliada en el documento "La Salud Mental en Andalucía 2003-2007", disponible en el área destinada a salud mental de la Web del SAS www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

Gráfico 1: Pirámides de edad de Andalucía, 2003-2006.



Fuente: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2003 y 2006. Instituto de Estadística de Andalucía.

Redes familiares

Según Encuesta de Dependencia y Solidaridad en las Redes Familiares de Andalucía realizada en 2005⁽²⁾, en Andalucía había 679.088 personas que demandaban ayuda. Entre ellas se incluían personas enfermas, con alguna discapacidad o que, a causa de la edad, tenían alguna dificultad para realizar las tareas de la vida diaria. En la actualidad no existen datos sobre el número de personas que demandan ayuda específica por problemas de salud mental.

La prestación de atención y cuidados a las personas con trastorno mental grave y de duración prolongada se realiza fundamentalmente por parte de sus familiares. Los estudios coinciden en que el perfil característico de la persona que cuida es: mujer, generalmente esposa o hija, entre 50-65 años, ama de casa y con un nivel cultural medio⁽³⁾.

El hecho de que las mujeres hayan sido las que tradicionalmente han asumido el cuidado de las personas dependientes tiene su base en la distribución sexual del trabajo ligado a los roles de género tradicionales. De hecho, la asignación de la persona cuidadora no es casual, siendo los mandatos culturales los que condicionan que sea la mujer quien cuida a su pareja y a sus familiares cuando enferman o envejecen.

Población inmigrante

Aunque la migración no es en sí misma una causa de trastorno mental, se puede considerar un acontecimiento vital estresante, dado el posible desarraigo, vivencia de duelo y riesgo de exclusión social de la población inmigrante. Además, el número creciente de personas de este colectivo supone un nuevo reto para el SSPA, no sólo por la barrera idiomática, sino también por las diferencias socioculturales, incluidas las ligadas a su concepción de la salud y

la enfermedad, así como por las posibles variaciones en la expresión del padecimiento físico y mental^[4].

El 6,13% de la población de Andalucía, según el padrón del año 2006, correspondía a personas extranjeras (un total de 488.928), de las cuales 266.149 eran hombres y 222.779 mujeres^[1]. De este total, el 34,30% pertenecía a la Unión Europea. Las provincias andaluzas que recibieron un mayor número de inmigrantes en ese año fueron Almería (17,40%) y Málaga (13,68%).

Los datos del Observatorio Permanente Andalúz de Migraciones^[5], a 31 de diciembre del 2005, muestran que las personas con tarjeta o autorización de residencia eran 326.831, lo que supone un 66,85% del total de población extranjera.

Según la información de la Base de Datos de Usuarios del SSPA (BDU), del total de personas usuarias de Andalucía a 31 de diciembre de 2006 (7.764.486), el 0,96% correspondía a personas inmigrantes sin documentación reglada, procedentes, sobre todo, de Rumania (25,16%) y de África (23,67%).

En cuanto al número de nacimientos, los últimos datos publicados por el Instituto de Estadística de Andalucía (correspondientes a los 9 primeros meses de 2007), muestran que, aproximadamente el 12,4% de los nacimientos corresponden a hijos e hijas de inmigrantes. Del total de nacimientos, en el 7,6% ambos progenitores son inmigrantes (5.464 de los 71.848 nacimientos producidos en ese periodo de tiempo en nuestra Comunidad) y en el 4,8% sólo uno de ellos es inmigrante.

1.2. PERCEPCIÓN SOCIAL SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL

La enfermedad mental y las personas que la padecen son todavía vistas por la sociedad actual con una mirada negativa. Persisten la estigmatización, la discriminación y la falta de respeto por los derechos humanos y la dignidad de estas personas. Organismos internacionales, como la Organización de Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud y la Unión Europea sitúan la lucha y erradicación del estigma como una prioridad de sus políticas sanitarias y sociales^{[6][7]}. Igualmente, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud considera fundamental tomar iniciativas que aumenten el conocimiento de la enfermedad mental y ayuden a reducir el estigma y la marginación de quienes la padecen^[3].

Uno de los elementos de la estigmatización social es la idea generalizada de que los trastornos mentales son “graves y para toda la vida”, cuando, con la ayuda y el tratamiento adecuados, en la mayoría de casos la recuperación es posible, mientras que en otros cabe lograr una remisión o un grado suficiente de funcionalidad o estabilidad^[8].

Algunos de los principales motivos de alarma ciudadana, y de los más visibles en nuestra sociedad, como la criminalidad, los abusos y la violencia doméstica y de género o el colectivo de personas sin hogar, se asocian a la enfermedad mental en el imaginario colectivo.



La estigmatización, además de aumentar el sufrimiento personal y la exclusión social, puede impedir el acceso a la vivienda y al empleo, e incluso hacer que la persona afectada no busque ayuda por miedo a ser “etiquetada”. Por ello, la Unión Europea pide “un cambio en las actitudes de la ciudadanía en general, de los interlocutores sociales, de las autoridades públicas y de los gobiernos. Dicho organismo insiste en que una mejor concienciación con respecto a las enfermedades mentales y su posible tratamiento, así como el fomento de la integración de las personas afectadas en la vida laboral, pueden generar una mayor aceptación y comprensión en el seno de la sociedad”⁽⁹⁾.

1.3. FACTORES DE RIESGO PARA LA ENFERMEDAD MENTAL

Existe sólida evidencia acerca de los factores de riesgo y sus vínculos con el desarrollo de los trastornos mentales. Los factores de riesgo pueden ser de carácter individual, relacionados con la familia, factores sociales, económicos y ambientales. Generalmente, es el efecto acumulado de la presencia de múltiples factores de riesgo, la falta de factores de protección y la interacción de situaciones de riesgo, lo que predispone a los individuos a cambiar de una condición mentalmente saludable a una mayor vulnerabilidad, pasar luego a un problema mental y finalmente a un trastorno mental con todas las características⁽¹⁰⁾.

Los bajos niveles de ingresos económicos y la desigualdad social son algunos de los factores socioeconómicos que influyen negativamente en la salud mental de las personas. Así, la pobreza, la exclusión social (como la que padecen determinados colectivos, por ejemplo, la población penitenciaria y las personas sin hogar) o la discriminación racial se asocian con mayores niveles de sintomatología psiquiátrica⁽¹⁰⁾. También la situación de desempleo, el estrés laboral o el empleo precario resultan ser factores de riesgo psicosocial con repercusiones negativas sobre la salud mental.⁽¹¹⁾

Otros factores de riesgo importantes están relacionados con el propio individuo, sus relaciones con la familia y la red de apoyo social. La interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales puede llevar incluso a una transferencia de trastornos mentales entre generaciones, especialmente episodios depresivos y de ansiedad⁽¹⁰⁾.

Estos factores muchas veces actúan de forma acumulativa. Por ejemplo, en determinados momentos de su proyecto migratorio, las personas inmigradas pueden estar sometidas a simultáneamente a varios factores de vulnerabilidad, como son el desarraigo y la pérdida de vínculos afectivos y de apoyo social, la precariedad o inestabilidad laboral, la mala situación económica o la discriminación.

Desde una perspectiva de género, las diferencias socioeconómicas entre sexos influyen especialmente en la salud mental de las mujeres. A estas desigualdades hay que añadir que algunos trastornos mentales se asocian a menudo a las situaciones de violencia, a las relaciones de subordinación, a la desigual distribución de tareas (incluidos los cuidados)⁽³⁾ y a la acumulación de roles a los que se ven sometidas muchas mujeres. Estudios realizados

con mujeres maltratadas encuentran que éstas tienen una mayor prevalencia de síndrome de estrés postraumático, crisis de ansiedad, fobias, abusos de sustancias, trastornos por somatización, dolor crónico, depresión y riesgo de suicidio⁽¹²⁾.

Asimismo, también debe ser tenido en cuenta el papel que juega la distinta distribución “clásica” de tareas, en la que a las mujeres se les ha asignado de forma prioritaria el trabajo reproductivo^D, llamado así para diferenciarlo del trabajo productivo (siendo éste el único reconocido económica y socialmente como trabajo en las sociedades industrializadas y asignado mayoritariamente al ámbito masculino). Las características y las circunstancias en las que se lleva a cabo la tarea de cuidados en el ámbito doméstico es uno de los factores de riesgo conocidos de merma de salud.

Con los cambios sociales y la incorporación de las mujeres al trabajo productivo, pero sin la paralela implicación de los hombres en el trabajo de reproducción, la acumulación de roles y tareas (doble jornada y doble presencia^E) está influyendo de forma decisiva en la disponibilidad de tiempo de reposición (de descanso y de ocio), con las consiguientes repercusiones en la salud física y mental de quienes asumen esa doble carga.

La salud mental también interrelaciona con la salud física. Por ejemplo, la enfermedad cardiovascular puede producir depresión y viceversa, sin olvidar que ambas pueden estar relacionadas a través de factores comunes de riesgo como podrían ser los estilos de vida poco saludables. Esta interrelación (salud física/mental) tiene especial relevancia en la etapa de envejecimiento, por la asociación de factores específicos, como las enfermedades crónicas o terminales, la soledad, la precariedad económica y/o la falta de redes sociales⁽¹³⁾.

En cuanto al suicidio, los factores de riesgo más importantes son el padecimiento de depresión y esquizofrenia, factores de estrés social recientes o pasados, antecedentes de suicidio en la familia o personas allegadas y acceso limitado a ayuda psicológica. Este es un problema especialmente común entre las personas ancianas, en muchos casos ligado a factores de riesgo como la enfermedad física o mental, la discapacidad, la pérdida de personas cercanas, la soledad, la falta de redes sociales, las malas condiciones de la vivienda o la inactividad⁽¹⁴⁾.

1.4. SALUD MENTAL AUTOPERCIBIDA

Los datos procedentes de las Encuestas Andaluzas de Salud de 2003 y 2007 ponen de manifiesto que la frecuencia de personas en Andalucía que **manifiestan** padecer nervios, depresión u otros trastornos mentales (en el momento de realizarse la encuesta) ha aumentado del 1,5% al

D] Por trabajo reproductivo se entiende la realización de actividades destinadas a atender el cuidado del hogar y de la familia, que tiene lugar en el ámbito privado y que incluye tareas de gestión y organización doméstica, así como funciones de representación y socialización, apoyo afectivo, cuidados, etc. Sus características principales son: no estar prestigiado ni remunerado mediante un salario, no tener horario y permanecer invisible incluso a los ojos de las personas que lo llevan a cabo.

E] El término de «doble presencia» expresa la realidad de una doble carga e intensidad de trabajo vivida sincrónicamente en un mismo espacio y tiempo.

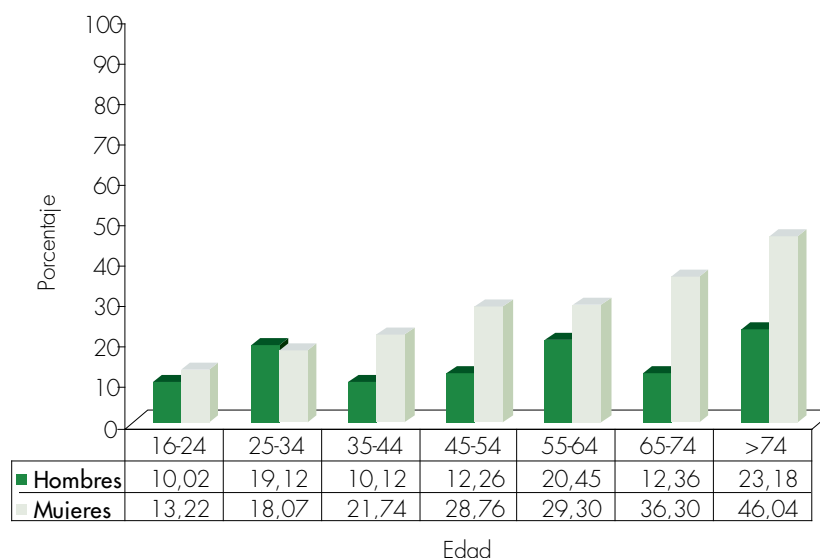
2,3%. Este aumento se ha producido especialmente a expensas de las mujeres, que aumentaron del 1,9% al 3,4%, mientras que los hombres pasaron de 1,5 a 2,3% durante este periodo.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2006⁽¹⁵⁾, un 14,9% de la población andaluza mayor de 15 años (8,4% hombres y 21,2% mujeres) declara haber padecido algún problema de "Depresión, ansiedad u otros trastornos mentales" en los últimos 12 meses, siendo prácticamente iguales los porcentajes de personas que dicen haber sido diagnosticadas por personal facultativo (8,8% y 20,7% respectivamente). En España, según datos de esta encuesta, el porcentaje de personas mayores de 15 años que declara haber padecido alguno de estos problemas es de 13,7% (19,0% en mujeres y 8,1% en hombres), ocupando Andalucía el sexto puesto en orden de frecuencia.

En Andalucía, un 20,1% de la **población mayor de 15 años**^F presenta riesgo de padecer alguna patología mental, siendo el porcentaje en hombres de un 14,6% y en mujeres de un 25,4%. En España, este porcentaje alcanza el 21,3% (26,8% de mujeres y 15,6% de hombres), lo que sitúa a Andalucía el undécimo puesto de las comunidades autónomas.

En ambas encuestas (nacional y andaluza) se aprecia que, en los grupos de edad más jóvenes, el riesgo de mala salud mental es similar en ambos sexos. Este riesgo aumenta a medida que avanza la edad, incrementándose además las diferencias entre sexos. Y, en general, este riesgo disminuye a medida que mejoran el nivel de estudios y el nivel de ingresos. En cualquier caso las mujeres presentan siempre mayor riesgo de padecer alguna enfermedad mental (gráfico 2).

Gráfico 2: Riesgo de mala salud mental en personas adultas según grupos de edad y sexo. Andalucía, 2006.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo.

F] Se ha utilizado el cuestionario que corresponde a la forma abreviada de 12 ítems del Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire -GHQ-).

Al menos en parte, la explicación para esas diferencias por sexo, en las que, en general, se aprecia un peor estado de salud mental autopercebido en las mujeres (en igualdad de otras variables sociodemográficas), habría que buscarla incluyendo, entre las variables a analizar, qué papel están desempeñando los factores socioculturales ligados al género, entre ellos las relaciones de subordinación o la violencia, a la que se ven sometidas parte de este colectivo.

En la **población infantil**^G de Andalucía, un 21,7% de menores entre 4 y 15 años (25,7% de niñas y 17,8% de niños) presentan riesgo de padecer mala salud mental infantil, siendo el porcentaje global similar a nivel nacional (22,1%), aunque aquí se atenúan las diferencias por sexo (23,2% de niños y 21,0% de niñas). En la actualidad no se dispone de un análisis explicativo que justifique las diferencias encontradas, que requerirán de futuras investigaciones.

Los problemas de salud mental con mayor riesgo de aparición en la población infantil, en ambos sexos, son la hiperactividad y los trastornos de conducta, seguido de los síntomas emocionales y dificultades relacionales con compañeros y compañeras, cuya incidencia es menor.

1.5. LA ENFERMEDAD MENTAL EN ANDALUCÍA

1.5.1. Prevalencia en Europa y España

El análisis de la prevalencia-vida^H de los trastornos mentales incluidos en el estudio ESEMeD^I ha dado como resultado que una de cada cuatro personas europeas mayores de 18 años sufre, a lo largo su vida (25,0%), alguno de los trastornos mentales estudiados^J, mientras que en España esta prevalencia es inferior (19,5%)⁽¹⁶⁾.

En cuanto a la prevalencia-año^K, un 9,6% de la población europea y un 8,5% de la española, ha sufrido alguno de los trastornos mentales incluidos en este estudio en el último año (tabla 1).

G] Se ha utilizado el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (Strengths and Difficulties Questionnaire -SDQ-). El informante de este cuestionario es la persona del hogar que conozca mejor los aspectos referidos al estado de salud y atención sanitaria del niño/a.

H] Prevalencia-vida: proporción de personas de una población que refieren haber presentado el trastorno estudiado, en este caso trastorno mental, en algún momento de su vida.

I] Conviene señalar que dado que los datos que se reflejan en este estudio corresponden al año 2000, es posible que no reflejen con exactitud la realidad actual.

J] En este estudio se incluyen los trastornos de la ansiedad, trastornos del ánimo y de consumo de alcohol.

K] Prevalencia-año: proporción de personas de una población que refieren haber presentado el trastorno estudiado, en este caso trastorno mental, en los últimos doce meses.

Tabla 1: Prevalencia-año de los principales trastornos mentales en España y Europa. ESEMeD, 2002.

PREVALENCIA AÑO	ESPAÑA % Prevalencia			EUROPA % Prevalencia		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Trastornos del estado de ánimo						
Episodio depresivo mayor	2,1	5,6	4,0	2,6	5,0	3,9
Distimia	0,5	2,4	1,5	0,8	1,5	1,1
Cualquier trastorno del estado de ánimo	2,3	6,2	4,4	2,8	5,6	4,2
Trastornos de ansiedad						
Trastorno de ansiedad generalizada	0,4	1,2	0,5	0,5	1,3	1,0
Fobia social	0,6	0,6	0,6	0,9	1,4	1,2
Fobia específica	1,2	4,2	3,6	1,9	5,0	3,5
Trastorno de estrés postraumático	0,2	0,9	0,5	0,4	1,3	0,9
Agorafobia	0,1	0,6	0,3	0,2	0,6	0,4
Trastorno de angustia	0,4	1,0	0,6	0,6	1,0	0,8
Cualquier trastorno de ansiedad	2,5	7,6	6,2	3,8	8,7	6,4
Trastornos por abuso de alcohol						
Trastorno por dependencia de alcohol	1,4	0,0	0,7	0,4	0,1	0,3
Trastorno por abuso del alcohol	0,2	0,0	0,1	1,3	0,2	0,7
Cualquier trastorno por consumo de alcohol	1,4	0,0	0,7	1,7	0,3	1,0
Cualquiera de estos trastornos mentales	5,2	11,4	8,5	7,1	12,0	9,6

Fuentes:

- ESEMeD/MEDHEA 2000. Prevalence of mental disorder in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand 2004; 109 Supl. 420: 1-64.
- Haro JM, Palacín C, Vilagut G, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin 2006; 126 (12): 445-51.

De estos trastornos, los más frecuentes, tanto en Europa como en España, son los trastornos de ansiedad con una prevalencia del 6,4% y 6,2%, respectivamente.

Cabe destacar que en todos los trastornos del ánimo y ansiedad la prevalencia-año en mujeres es más del doble que en hombres. Sin embargo, ésta se invierte al hablar de los trastornos por abuso de alcohol.

Basándonos en los resultados del estudio ESEMeD-España, se puede estimar que en Andalucía en el año 2006, 677.932 personas padecerían algunos de estos trastornos mentales, de los cuales 79.757 tendrían la consideración de graves^L. Estos procesos de mayor gravedad interfieren con las actividades cotidianas de quienes los padecen una media de 81,4 días/año, lo que afecta negativamente en su posible recuperación, a la vez que supone unos elevados costes familiares, sociales y económicos⁽¹⁷⁾.

En cuanto al Trastorno Mental Grave (TMG)^M, no existen estudios con metodología homogénea que permitan estimar la prevalencia en la población, aunque si de la morbilidad atendida en los dispositivos de salud mental. No obstante, existe consenso en que, aproximadamente, entre 1,5 y 2,5 por cada 1.000 personas de la población general sufre estos tipos de trastornos⁽¹⁸⁾.

1.5.2. Suicidios y enfermedad mental

En Andalucía, en el año 2006, la mortalidad por suicidio representó el 1,16% del total de defunciones de la Comunidad Autónoma⁽¹⁹⁾.

Los hombres presentan tasas brutas más altas de suicidio que las mujeres (13,97 y 4,33 por 100.000 habitantes, respectivamente, en el año 2006), al igual que ocurre en otros países de nuestro entorno, probablemente en relación con los patrones tradicionalmente masculinos de socialización existentes en nuestra cultura.

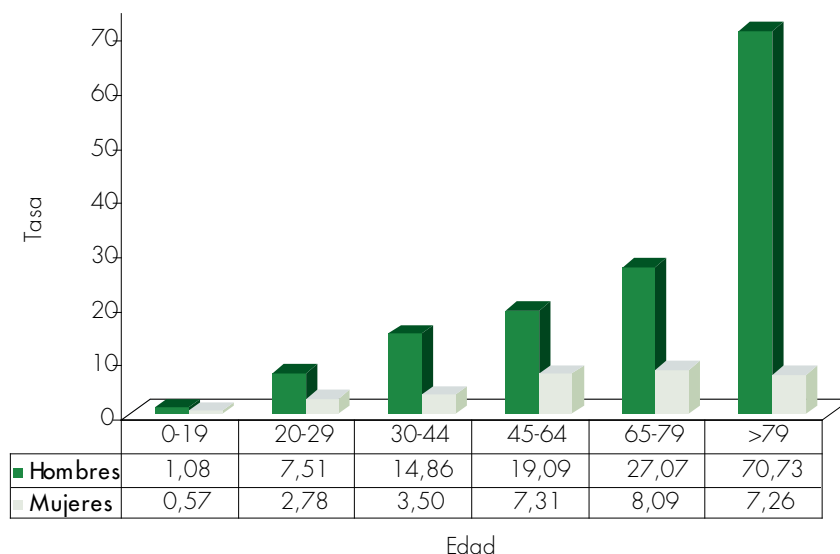
En los últimos años, las tasas de mortalidad por suicidio de Andalucía ajustadas a población europea, se sitúan en hombres por encima de las nacionales⁽²⁰⁾, siendo sin embargo muy similares en las mujeres. No disponemos en la actualidad de una explicación que justifique esta diferencia.

En las tasas de suicidios específicas por grupo de edad se observa un notable incremento conforme aumenta la edad, en ambos sexos, siendo especialmente destacable en hombres mayores de 64 años (gráfico 3). Es de señalar que a partir de esta edad, como ya se ha comentado anteriormente, existen más factores de riesgo, como son la mayor prevalencia de trastornos depresivos, la más frecuente carencia de apoyo social, la alta frecuencia de enfermedades graves, etc.

L] Según clasificación de niveles de severidad del estudio ESEMeD.

M] Según definición del Proceso Asistencial Integrado: Trastorno Mental Grave. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Gráfico 3: Suicidios según grupo de edad y sexo. Tasas por 100.000 habitantes. Andalucía, 2006.



Fuentes:

- Defunciones según causa de muerte, 2006. Instituto de Estadística de Andalucía.
- Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero 2006. Instituto de Estadística de Andalucía.

1.5.3. Incapacidad laboral y enfermedad mental

Los datos de la Encuesta Andaluza de Salud de 2007 muestran que las personas en situación de incapacidad e invalidez constituyen un subgrupo de especial riesgo para el padecimiento de problemas de salud mental, con cifras claramente superiores al resto de las categorías en salud mental autopercebida y diagnosticada (autodeclarada). De hecho, en este grupo, un 9,5% de las personas encuestadas (10,30% de hombres y 8,10% de mujeres) declaran padecer *problemas de nervios, depresión u otros trastornos mentales autopercebidos* y un 23,8% (22,10% de hombres y 27% de mujeres) declaran haber sido diagnosticadas por personal médico de depresión y/o ansiedad.

En cuanto a bajas laborales, durante el periodo comprendido entre mayo de 2006 y abril de 2007^N, el 5,76% de las bajas en Andalucía (41.051 sobre un total de 712.553 bajas) han correspondido a bajas por trastornos mentales^O, lo que supone unas tasas de 13,40 por 1.000 habitantes en activo.

La duración media de las bajas registradas por trastorno mental es de tres meses (92,60 días), ligeramente superior a la duración media de las bajas por cualquier causa (87,8 días).

^N] Sistema de Información SIGILUM, Consejería de Salud.

^O] Códigos de diagnóstico 290-319. Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-9.

Estos datos son similares a los reflejados en el Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010(21). En esa Comunidad Autónoma, el 5% del total de las incapacidades temporales son debidas a trastornos mentales, con una duración media por proceso de 102 días, alcanzando al 10 por 1.000 de personas en activo.

El 76% de las incapacidades laborales por trastorno mental de este periodo se han debido a Trastornos de Ansiedad, Depresión y Somatizaciones^P, con una tasa de 10,18 por cada 1.000 habitantes en activo y una duración media de 88,8 días.

Es importante destacar que la mayoría de personas con TMG tienen limitado el acceso al empleo, y por tanto son pocos los casos que puedan encontrarse en situación de incapacidad laboral.

1.5.4. Población penitenciaria y enfermedad mental

En relación con la población general, las personas internas en centros penitenciarios padecen entre 2 y 4 veces más trastornos psicóticos y depresiones mayores y casi 10 veces más trastornos antisociales de la personalidad⁽²²⁾.

La OMS estima que en las sociedades occidentales, la incidencia de alteraciones psiquiátricas es hasta siete veces mayor en la población penitenciaria, existiendo un mayor índice de problemas psiquiátricos graves y trastornos adaptativos. Esta circunstancia podría deberse a que las personas con enfermedad mental tuvieran más probabilidad para ser internadas en un centro penitenciario, a que el entorno penitenciario aumente el riesgo de enfermar o a una combinación de ambos factores⁽²³⁾, debiéndose avanzar en el conocimiento sobre este colectivo.

Según un estudio de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias⁽²⁴⁾, en España, en el año 2006, un 13,5% de las personas internadas presentaban trastornos psiquiátricos sin consumo de drogas, un 12,1% patología dual y un 24,0% abuso o dependencia de drogas sin patología psiquiátrica.

Los principales trastornos mentales que padecen las personas internas^Q, excluyendo el consumo de drogas de manera aislada, son los trastornos afectivos (12,8%), trastornos de la personalidad (9,4%) y trastornos psicóticos (3,4%). Las cifras encontradas son, en general, similares a las de otros estudios⁽²²⁾.

En cuanto a las tentativas de suicidio, se registraron intentos de autolisis en un 2,7% de la población interna en un año^R.

P] Códigos de diagnóstico según definición de Proceso Asistencial Integrado de Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (ADS). Consejería de Salud.

Q] La clasificación diagnóstica utilizada en el estudio recogía las siguientes categorías: trastornos psicóticos, trastornos afectivos, trastornos de la personalidad y otros diagnósticos.

R] Debido a la enorme dificultad que existe para el diagnóstico y el registro de los intentos de autolisis en la población general (la estadística del INE refleja solo 211 intentos de autolisis en 2006), no es posible comparar los datos entre ambos grupos de población.

1.5.5. Personas sin hogar y enfermedad mental

En España, las estimaciones indican que existen alrededor de 100.000 personas sin hogar^[25], caracterizadas por la ausencia de hogar, empleo y lazos sociales, lo que supone una forma extrema de exclusión social. De estas, el 19,54% viven en Andalucía, siendo el 82,7% hombres y el 17,3% mujeres, con una edad media en torno a los 38 años^[26]. Atendiendo a la nacionalidad, un 48,2% son de origen extranjero (43,6% procedentes de África y 37,5% de Europa). El desempleo es uno de los grandes problemas que afecta a este colectivo, ya que sólo el 11,8% tenía trabajo, situándose los ingresos medios mensuales por debajo de los 300€ en el 50% de las personas sin hogar.

En el ámbito internacional, hay estudios que señalan la prevalencia de trastornos mentales graves en personas sin hogar entre el 25%-35%^[27]. Si se incluyen otros trastornos como los de ansiedad, los de la personalidad y abuso/dependencia de drogas los datos pueden llegar al 80%^[25].

En España, datos de 2007^[27] reflejan que un 34% de este colectivo padece patología psiquiátrica, siendo las más frecuentes la esquizofrenia (9,2%), los trastornos del ánimo (9,7%) y los trastornos de la personalidad (5,5%). También reflejan que la prevalencia de las enfermedades mentales es mayor en las mujeres^[28].

Según un estudio del año 2006, en Andalucía^[29], el 36% de las personas sin hogar entrevistadas habían acudido en algún momento a un servicio médico por patología mental, siendo el porcentaje de mujeres superior (40% frente al 35,5% de hombres).

1.6. MORBILIDAD ATENDIDA

1.6.1. Atención primaria

En este apartado se analizan los datos registrados durante el año 2004 en 75 Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria. La población cubierta por las UGC de este estudio es el 18,07% (1.133.413 personas) del total de Andalucía⁵.

En ese año, el total de personas atendidas con algún problema de salud mental^T fue de 125.359, lo que representaba un 11,10% de la población objeto del estudio. Para todos los grupos de edad, a excepción del de menores de 18 años, el porcentaje de mujeres fue superior al de hombres, siendo esta diferencia especialmente notable en los grupos de edad de 31-50 y mayores de 64 años.

S] Base de Datos de Usuarios de Andalucía (BDU) a 1 de enero de 2004: 7.376.134 habitantes, 49,5% hombres y 50,5% mujeres.

T] Códigos de diagnóstico: 290-319. Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-9.

Este grupo de pacientes generó 2.199.140 visitas por su trastorno mental y/o comorbilidad presente, lo que supone una media de 17,54 visitas/paciente/año (15,5 en hombres y 19,0 en mujeres).

Esta media es superior a la del total de pacientes incluidos en el estudio (11,07), siendo la media de visitas en hombres inferior a la de mujeres (9,93 y 12,02, respectivamente). Sin embargo, si se compara con otros procesos crónicos y sus comorbilidades, la media de visitas/paciente/año de este grupo de pacientes es inferior: diabetes (24,85), hipertensión arterial (23,30) y obesidad (22,23).

1.6.1.1. Caracterización de pacientes con trastorno mental

La distribución por ACG^U de las personas atendidas con trastorno mental sugiere que la mayoría presentan además otras comorbilidades. Un 55,16% de las personas atendidas se agrupan en 3 ACGs con varias patologías: un 22,59% corresponde a personas mayores de 34 años con 2-3 ADGs^V, un 17,99% a mayores de 44 años con 4-5 ADGs y un 14,58% son personas mayores de 34 años con 6-9 ADGs. Estos datos ponen de manifiesto las interrelaciones entre la enfermedad mental y física descritas en la bibliografía.

En relación a grupos de diagnósticos de especial interés en salud mental, un 58,40% de las personas con enfermedad mental atendidas en atención primaria en este estudio padecen trastornos de Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (ADS), un 3,34% Trastorno Mental Grave (TMG) y un 0,41% Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)^W.

De las personas atendidas por ADS casi un 75% son mujeres y principalmente de edades comprendidas entre los 31 y 50 años (28,54%). En el caso de la población atendida con TMG, la distribución por sexo varía, un 58,86% son hombres y un 41,14% mujeres. Las personas que padecen TCA son fundamentalmente mujeres de 18 a 30 años y de 31 a 50 años, representando estos grupos respectivamente el 44,12% y el 35,45% del total de personas atendidas por este tipo de trastornos.

1.6.1.2. Utilización de recursos por pacientes con trastorno mental

Para describir la posible influencia de la tipología de pacientes en el uso de recursos se analiza el índice casuístico^X como medida de la “complejidad” de un grupo de pacientes en función de la intensidad de recursos necesaria para su atención.

U] La clasificación de pacientes en “Adjusted Clinical Groups (ACG)” es un sistema orientado a recoger la “complejidad clínica” o “umbral de enfermedad” de la población usuaria y considerar esta junto con la edad y el sexo, como factores que explican la variabilidad observada en el uso de recursos durante un periodo de un año.

V] Ambulatory Diagnosis Groups (ADG): agrupación de diagnósticos utilizada en el sistema ACG.

W] Selección de códigos de diagnóstico según definición de Proceso Asistencial Integrado: Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (ADS), Trastorno Mental Grave (TMG) y Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Consejería de Salud.

X] Un índice casuístico mayor de 1 nos indica una “complejidad” de población usuaria mayor que la del estándar. Como estándares se han considerado el número medio de visitas por paciente y el coste medio variable (coste de pruebas diagnósticas, derivaciones y farmacia prescrita) del total de personas atendidas en las 75 UGCs durante ese año.

En cuanto al número de visitas, las personas con trastorno mental tienen un índice casuístico mayor que el estándar, 1,58 en hombres y 1,69 en mujeres, lo que nos indica que este tipo de pacientes presentan mayor “complejidad”, requiriendo para su atención mayor número de visitas.

Respecto al coste variable, la diferencia con el estándar aumenta, siendo el índice casuístico de 1,92 en hombres y 1,96 en mujeres, debido fundamentalmente al alto coste de los fármacos prescritos.

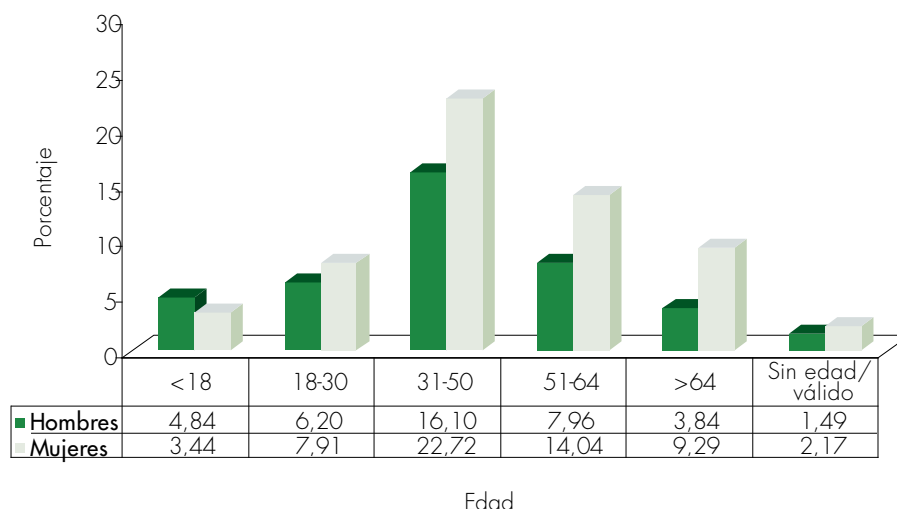
1.6.2. Atención especializada de salud mental

1.6.2.1. Características demográficas de la población atendida

Durante el año 2006, 198.955 personas acudieron a las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC)^Y, de las cuales un 59,56% eran mujeres y un 40,44% hombres.

Respecto a la distribución por edad y sexo (gráfico 4), el 22,72% de las personas atendidas fueron mujeres entre 31 y 50 años, seguido por el grupo de hombres de esa misma edad, con un porcentaje de 16,10%. En todos los grupos de edad el porcentaje de mujeres es mayor que el de hombres, a excepción del grupo de menores de 18 años, donde el porcentaje de hombres (4,84%), supera ligeramente al de mujeres (3,44%).

Gráfico 4: Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo de edad y sexo. SSPA, 2006.



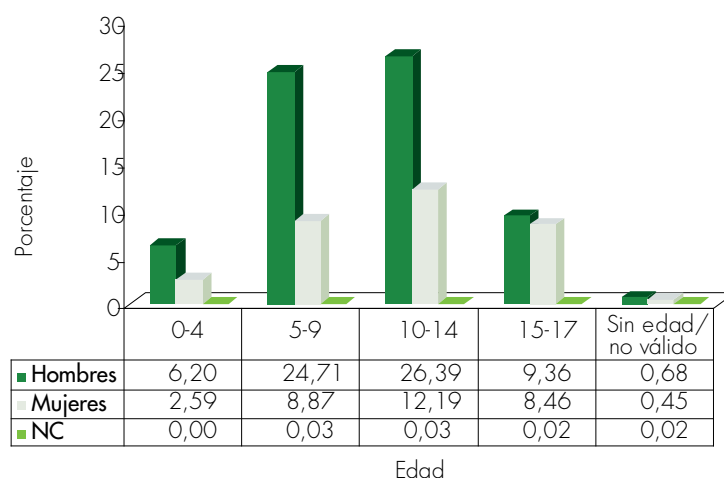
Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.

^Y Denominación recogida en el Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los Servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. Sustituye a los antiguos Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD).

En las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMJ), el número de personas menores de 18 años atendidas en el año 2006 fue de 12.892, de las cuales el 67,34% eran niños y el 32,56% niñas.

Respecto a la distribución por edad y sexo, el 26,39% eran niños de 10 a 14 años, seguido del grupo de niños de 5 a 9 años, que representan un 24,71%, existiendo una gran diferencia con el porcentaje de niñas de estos mismos grupos de edad, 12,19% y 8,46%, respectivamente. En el grupo de edad de 15 a 17 años, los porcentajes por sexo son similares (gráfico 5). Este patrón es coincidente con los estudios realizados sobre los trastornos mentales de la infancia y adolescencia.

Gráfico 5: Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, según grupo de edad y sexo. SSPA, 2006.

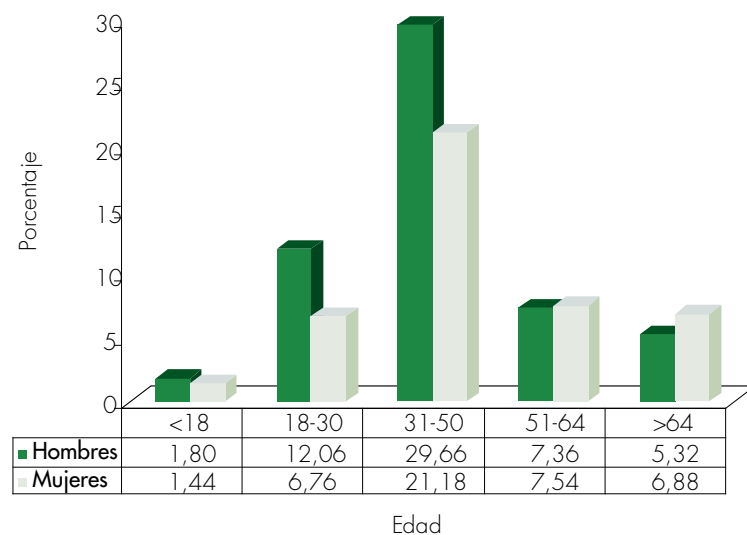


Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.

En cuanto a los episodios de hospitalización, durante el año 2006 se produjeron 10.262 altas por trastorno mental^z en los hospitales del SSPA, de las cuales un 56,19% correspondían a hombres y un 43,81% a mujeres. La mayor parte de las personas hospitalizadas pertenecen al grupo de edad de 31 a 50 años, 29,66% hombres y 21,18% mujeres (gráfico 6).

^z Enfermedades y trastornos mentales: Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) 424-430.

Gráfico 6: Altas hospitalarias por enfermedades y trastornos mentales según grupo de edad y sexo. SSPA, 2006.



Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria, 2006. Servicio Andaluz de Salud.

1.6.2.2. Morbilidad atendida en los dispositivos de salud mental

a) Unidades de Salud Mental Comunitaria

La distribución por grupos diagnósticos de las personas atendidas en las USMC se desglosa en la tabla 2.

Tabla 2: Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico. SSPA, 2006.

CIE-10	Grupo Diagnóstico	Número	%	Tasa x100.000 h
F40-F49	T. Neuróticos	65.048	32,69	815,58
F30-F39	T. Humor	41.287	20,75	517,66
F99	T. Mental sin especificación	41.158	20,69	516,04
F20-F29	T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	20.424	10,27	256,08
F60-F69	T. Personalidad	7.568	3,80	94,89
F90-F98	T. Infancia y adolescencia	5.731	2,88	71,85
F00-F09	T. Orgánicos	3.709	1,86	46,50
-	Sin patología psiquiátrica	3.672	1,85	45,04
F70-F79	Retraso mental	3.653	1,84	45,80
F10-F19	T. Consumo sustancias psicotropas	3.093	1,55	38,78
F50-F59	Disfunciones fisiológicas y factores somáticos	2.964	1,49	37,16
F80-F89	T. Desarrollo	648	0,33	8,12
TOTAL		198.955	100,00	2.494,52

Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.

En cuanto a la distribución según diagnósticos y sexo, podemos destacar que hay enfermedades mentales que se diagnostican más frecuentemente en hombres, como son los trastornos por consumo de sustancias (83,45%), trastornos del desarrollo (74,69%), trastornos de la infancia y adolescencia (65,05%) y trastornos esquizofrénicos e ideas delirantes (64,42%).

Sin embargo, en mujeres son más habituales los diagnósticos de trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos (75,00%), trastornos del humor (71,28%) y trastornos neuróticos (67,61%).

El número de personas atendidas en las USMC en el año 2003 fue de 186.962, incrementándose en un 6,41% en 2006, algo superior al crecimiento demográfico durante ese periodo (4,85%).



Al analizar la variación 2003-2006 de las tasas por 100.000 habitantes por grupo diagnóstico (tabla 3), los principales incrementos se observan en trastornos del desarrollo (36,70%), trastornos de la personalidad (34,67%) y trastornos neuróticos (22,04%). En parte, estos incrementos pueden justificarse por el propio aumento de los registros. De hecho, se ha podido observar una disminución del 32,78% en los casos atendidos sin especificación diagnóstica, lo que indica una tendencia al alza en el porcentaje de personas atendidas con diagnóstico CIE-10 registrado en el SISMA.

Tabla 3: Evolución de las personas atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2003-2006.

CIE-10	Grupo Diagnóstico	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006	% Variación 03-06
F00-F09	T. Orgánicos	44,79	48,46	41,99	46,50	3,82
F10-F19	T. Consumo sustancias psicotropas	32,81	35,84	35,06	38,78	18,20
F20-F29	T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	223,72	239,23	236,35	256,08	14,46
F30-F39	T. Humor	482,05	502,17	483,27	517,66	7,39
F40-F49	T. Neuróticos	668,28	747,37	728,69	815,58	22,04
F50-F59	Disfunciones fisiológicas y factores somáticos	37,57	40,88	35,72	37,16	-1,09
F60-F69	T. Personalidad	70,46	89,60	83,39	94,89	34,67
F70-F79	Retraso mental	39,99	42,25	42,71	45,80	14,53
F80-F89	T. Desarrollo	5,94	6,59	6,41	8,12	36,70
F90-F98	T. Infancia y adolescencia	64,18	67,18	62,89	71,86	11,97
F99	T. Mental sin especificación	767,74	684,41	648,81	516,04	-32,78
-	Sin patología psiquiátrica	20,27	32,41	33,58	46,04	127,13
TOTAL		2.457,81	2.536,37	2.438,88	2.494,52	1,49

Fuentes:

- Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.
- Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2003 y 2006. Instituto de Estadística de Andalucía.

En relación al número de consultas realizadas por las USMC, éstas han aumentado un 12,52% desde el año 2003. Entre los grupos diagnósticos que han tenido un mayor incremento en consultas se encuentran, además del grupo catalogado como "sin patología psiquiátrica" (con un 185,96% de incremento), los trastornos de personalidad (con un 49,38%) y los trastornos esquizofrénicos e ideas delirantes (con un 33,49%).

El número medio de consultas por paciente ha pasado de 4,02 en el año 2003 a 4,36 en el año 2006. El grupo diagnóstico con mayor incremento de número medio de consultas al año ha sido el correspondiente a los trastornos esquizofrénicos e ideas delirantes, que ha pasado de 10,33 consultas por paciente en 2003 a 11,67 en 2006.

En la tabla 4 se presentan los grupos diagnósticos de especial interés y su evolución en el periodo 2003-2006. En el grupo de Trastornos de Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (ADS)^{AA}, el total de personas atendidas en 2006 fue de 68.355, lo que supone un 34,36% del total de pacientes de las USMC. Como viene pasando en los últimos años, el número de mujeres con este tipo de trastornos ha sido el doble que el de hombres. Sin embargo, el incremento de las tasas por 100.000 habitantes en hombres ha sido del 20,52%, y del 14,65% en mujeres.

Tabla 4: Evolución de las personas, por grupos de diagnósticos específicos, atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria, según sexo. Tasa por 100.000 habitantes. SSPA, 2003-2006.

Trastorno		Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006	% Variación 03-06
ADS	Hombres	448,72	491,55	488,71	540,80	20,52
	Mujeres	1.019,28	1.097,21	1.070,12	1.168,68	14,66
TMG	Hombres	375,93	401,93	398,88	432,35	15,01
	Mujeres	248,68	273,71	273,45	302,71	21,73
TCA	Hombres	3,38	3,89	3,68	3,81	12,72
	Mujeres	37,98	43,24	37,67	37,76	-0,58
TIA	Hombres	379,49	396,16	388,87	455,72	20,09
	Mujeres	203,27	225,88	216,39	235,36	15,79

Fuentes:

- Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.
- Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2003 y 2006. Instituto de Estadística de Andalucía.

AA] Selección de códigos de diagnóstico según definición de Proceso Asistencial Integrado: Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (ADS), Trastorno Mental Grave (TMG) y Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

En el año 2006 las USMC atendieron a 29.275 personas con Trastorno Mental Grave (TMG)^{aa}, de las cuales el 58,46% fueron hombres y el 41,53% mujeres. Respecto a la evolución de las tasas por 100.000 habitantes de este tipo de trastornos en los últimos 4 años, el incremento ha sido del 15,01% en hombres y del 21,72% en mujeres, por lo que podemos decir que, aunque los hombres son atendidos más por este tipo de trastornos, el incremento ha sido mayor en mujeres.

El total de personas atendidas por Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)^{aa} por las USMC fue, en el 2006, de 1.668. El 90,95% de este tipo de trastornos lo sufren las mujeres, frente al 9,05% de los hombres. Sin embargo, teniendo en cuenta la evolución desde el 2003 al 2006, se ha incrementado el porcentaje de hombres un 12,85%, mientras que el de mujeres ha permanecido prácticamente estable (ha disminuido un 0,56%).

En el año 2006 se atendieron un total de 5.547 personas por Trastornos de la Infancia y Adolescencia (TIA)^{aa}, de las cuales el 67,26% fueron hombres y el 32,74% mujeres. El porcentaje de variación desde el año 2003 al 2006, es del 20,09% en hombres y del 15,79% en mujeres.

Para analizar las tendencias en las variaciones por sexo encontradas en cada grupo diagnóstico reseñado, se hace imprescindible analizar, entre las variables a considerar, los condicionantes ligados al género.

Por último, en el año 2006, un 14,10% de las personas atendidas en las USMC eran personas mayores de 64 años, un 1% más que en el año 2003, siendo éstas, en su mayoría, mujeres. Esto se puede deber por un lado a la mayor esperanza de vida en mujeres y por otro a los diferentes condicionantes socioculturales ligados al género, como la distribución de cargas de trabajo, el rol de cuidadora, etc., además de las menores pensiones. El incremento porcentual en los últimos 4 años de las tasas por 100.000 habitantes se sitúa en torno al 10%, siendo muy similar en ambos sexos.

b) Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil

El 36,08% de las personas atendidas en las USMIJ se diagnostican de trastornos del comportamiento y las emociones de inicio en la infancia y la adolescencia y un 21,45% son diagnosticadas con trastorno mental sin especificar. También destacan los trastornos neuróticos con el 13,54% y los trastornos del desarrollo con un 12,29% (tabla 5).

Tabla 5: Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, según grupo diagnóstico. SSPA, 2006.

CIE-10	Grupo Diagnóstico	Número	%	Tasa x 100.000h
F90-F98	Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	4.652	36,08	292,53
F99	Trastorno mental sin especificación	2.765	21,45	173,87
F40-F49	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfias	1.745	13,54	109,73
F80-F89	Trastornos del desarrollo psicológico	1.585	12,29	99,67
F70-F79	Retraso mental	846	6,56	53,20
F50-F59	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	549	4,26	34,52
	Sin patología psiquiátrica	312	2,42	19,62
F30-F39	Trastornos de humor (afectivos)	193	1,50	12,14
F60-F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	123	0,95	7,73
F20-F29	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	68	0,53	4,28
F00-F09	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos	47	0,36	2,96
F10-F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas	7	0,05	0,44
TOTAL		12.892	100,00	810,67

Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.

De las personas atendidas por trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, el 40,9% presentan trastornos hiperkinéticos, un 17,0% trastornos disociales y un 15,3% trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia.

Respecto al sexo y grupo diagnóstico de la población atendida en las USMI-J, en las niñas/adolescentes se han diagnosticado mucho más frecuentemente los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos (73,22%) y los trastornos del humor (57,51%). Sin embargo, en los niños/adolescentes son más habituales los diagnósticos de trastornos del desarrollo (83,33%), trastornos de la infancia y la adolescencia (75,69%), así como el retraso mental (69,82%) y los trastornos esquizofrénicos



e ideas delirantes (66,18%). Nuevamente, estas diferencias por sexo requerirían de un exhaustivo análisis de género.

El número medio de consultas realizadas por paciente en las USMIJ fue de 8,56 en el año 2006. Las personas que más consultas realizan son aquellas diagnosticadas de trastornos esquizofrénicos e ideas delirantes (mediana de 14), seguido del grupo de trastornos por consumo de sustancias psicotropas con una mediana de 12 consultas por paciente al año.

c) Unidades de Hospitalización de Salud Mental^{AB}

Aunque los datos de este apartado corresponden a todos los hospitales del SSPA, 10.012 altas (97,56%) corresponden a las 19 Unidades de Hospitalización de Salud Mental (UHSM).

Desde el año 2003, el número de altas hospitalarias por enfermedad mental (10.970) se ha mantenido más o menos constante hasta el año 2006 (10.262), lo que corresponde a algo menos del 2% respecto a las altas totales en ese periodo, con una estancia media que ha variado ligeramente de 15 a 16 días.

En la tabla 6 se analiza la morbilidad de las personas ingresadas en los hospitales del SSPA en función de los GRD^{AC}. Como puede verse, en el año 2006 el grupo de pacientes que mayor número de ingresos han requerido es el que corresponde a los trastornos psicóticos, que han supuesto el 60,95% del total de altas por trastorno mental. En segundo lugar destaca el grupo de pacientes con trastornos de la personalidad y de la impulsividad, que ha supuesto algo más del 10% de ingresos.

AB] Denominación recogida en el Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. Sustituye a las antiguas Unidades de Salud Mental de Hospital General (USM-HG).

AC] "Grupos Relacionados con el Diagnóstico", que es un sistema de clasificación de pacientes ampliamente utilizado en hospitales. Este sistema agrupa las altas de un mismo perfil de morbilidad y, por tanto, con un consumo similar de recursos, clasificando cada episodio de hospitalización en un GRD.

Tabla 6: Altas hospitalarias por enfermedades y trastornos mentales según GRD. SSPA, 2003-2006.

GRD	Descripción	Peso	Año 2003		Año 2004		Año 2005		Año 2006	
			Altas	EM	Altas	EM	Altas	EM	Altas	EM
424	Intervención con diagnóstico principal de enfermedad mental	2,1509 ¹ 2,5400 ²	53	15,68	58	19,54	44	22,09	57	19,54
425	Reacción aguda de desadaptación y disfunción psicosocial	0,7084 ¹ 0,8192 ²	772	10,30	886	10,27	806	9,61	842	10,27
426	Neurosis depresiva	0,5465 ¹ 0,7769 ²	532	10,95	576	12,15	568	11,68	501	12,15
427	Neurosis, excepto neurosis depresiva	0,9808 ¹ 0,9837 ²	319	11,09	279	10,50	281	9,86	280	10,50
428	Trastornos de la personalidad y de la impulsividad	0,5813 ¹ 0,6995 ²	1.326	11,40	1.307	12,81	1.162	12,51	1.141	12,81
429	Retraso mental y trastornos mentales	1,7116 ¹ 2,2627 ²	759	15,27	700	12,72	697	14,54	737	12,72
430	Psicosis	1,2703 ¹ 1,5529 ²	6.810	17,28	6.625	18,87	6.538	18,37	6.255	18,87
431	Trastornos mentales de la infancia	0,5933 ¹ 0,9200 ²	268	8,94	288	8,97	276	11,16	309	8,97
432	Otros trastornos mentales	1,0417 ¹ 1,0799 ²	131	9,30	118	10,89	124	9,60	140	10,89
			10.970	15,15	10.837	14,83	10.496	15,93	10.262	16,09

EM: Estancia Media. ¹ Peso por GRD "all patient" V18.0. Año 2003-2005. ² Peso por GRD "all patient" V21.0. Año 2006.

Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria, 2003-2006. Servicio Andaluz de Salud.



La evolución de la estancia media según GRD se mantiene con cierta estabilidad, a excepción de la intervención con diagnóstico principal de enfermedad mental que ha aumentado la estancia media en 4 días.

d) Comunidades Terapéuticas de Salud Mental

La evolución de la actividad asistencial de las 13 Comunidades Terapéuticas de Salud Mental (CTSM) existentes en Andalucía se recoge en la tabla 7^{AD}. Los incrementos observados se explican fundamentalmente por el aumento de recursos a lo largo de este periodo.

Tabla 7: Evolución de la actividad asistencial de las Comunidades Terapéuticas de Salud Mental. SSPA, 2003-2006.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006	% Variación 03-06
Hospitalización completa					
Pacientes	319	314	325	351	10,03
Estancias	60.947	62.682	69.743	70.735	16,05
Programa de Día					
Pacientes	392	430	484	557	42,09
Estancias	32.125	34.683	36.502	39.483	22,90

Fuente: Programa de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.

e) Hospitales de Día de Salud Mental

El número de personas atendidas en los 9 Hospitales de Día de Salud Mental (HDSM) y las estancias que han conllevado se reflejan en la tabla 8^{ad}. El elevado porcentaje de variación en ambos casos se explica principalmente por la apertura de cuatro nuevos hospitales de día durante este periodo.

Tabla 8: Evolución de la actividad asistencial de los Hospitales de Día de Salud Mental. SSPA, 2003-2006.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006	% Variación 03-06
Ingresos	523	681	751	762	45,68
Altas	298	372	451	557	86,91
Pacientes	1.045	1.081	1.391	1.596	52,72
Estancias	27.878	32.771	35.973	44.758	60,54

Fuente: Programa de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.

AD] Los sistemas de información disponibles hasta la fecha no han permitido la desagregación de los datos por sexo.

f) Unidades de Rehabilitación de Salud Mental

El número de personas atendidas en las 9 Unidades de Rehabilitación de Salud Mental (URSM) existentes en Andalucía en el año 2006 fue de 1.946^{dd}, lo que supone un porcentaje de variación del 25,38% respecto a 2003 (tabla 9).

Igualmente, en este periodo se incrementaron los recursos, reforzándose dos de las nuevas unidades de rehabilitación existentes.

Tabla 9: Evolución de la actividad asistencial de las Unidades de Rehabilitación de Salud Mental. SSPA, 2003-2006.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006	% Variación 03-06
Ingresos	405	670	533	446	10,12
Altas	159	228	328	330	107,54
Pacientes	1.552	1.678	1.830	1.946	25,38
Estancias	65.253	78.350	81.112	87.322	33,82

Fuente: Programa de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.

1.6.3.- Atención urgente a los problemas de salud mental

En general, la atención urgente a los problemas de salud mental se canaliza de manera similar al resto de las urgencias^{AE}, para dar así una respuesta eficaz, coordinada y de la manera más normalizada.

En el SSPA la atención de la demanda urgente y de emergencia es atendida por los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias en el ámbito de la atención primaria de salud (DCCU-AP), los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias de ámbito hospitalario (SCCU-H) y los equipos de emergencia.

Como recursos de apoyo cuentan con los Centros Coordinadores de Urgencias, la Red de Comunicaciones y Transporte, el Teléfono de Emergencias Sanitarias y el Teléfono Único de Urgencias Sanitarias.

Por otro lado, en horario de apertura de los Centros de Atención Primaria y Unidades de Salud Mental Comunitaria, se realizan intervenciones no programadas, evitándose en muchos casos posibles descompensaciones de las personas atendidas.

En la actualidad no existen datos que nos permitan dimensionar la magnitud real de la atención urgente prestada a las personas con problemas de salud mental en los centros del SSPA.

AE] Resolución 261/2002, de 26 de diciembre, sobre Atención de urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos, del Servicio Andaluz de Salud.

1.6.4. Consumo de psicofármacos

De manera similar a lo descrito con los restantes indicadores de salud mental, los datos de las Encuestas Andaluzas de Salud de 2003 y 2007 muestran un aumento en el **consumo autodeclarado** de antidepresivos, tranquilizantes e hipnóticos, tanto para hombres como para mujeres. En ese periodo el consumo de antidepresivos ha aumentado del 2,5% al 4,3% en la población andaluza, alcanzado en 2007 al 6,4% de las mujeres y al 2,2% de los hombres. En 2007, un 4% de la población andaluza refería consumir tranquilizantes (5,40% de mujeres y 2,60% de hombres) y un 3,10%, hipnóticos (4,10% de mujeres y 2,10% de hombres)

El patrón de consumo para los 3 grupos farmacológicos estudiados en dicha encuesta es similar: es mayor en las mujeres, aumenta con la edad y es mayor cuanto menor es la renta familiar, menor es el nivel de estudios, entre personas en situación de paro y amas de casa y, sobre todo, entre hombres y mujeres con incapacidad o invalidez permanente.

También se ha analizado la información relacionada con el consumo de psicofármacos **recetados y retirados** de las oficinas de farmacia durante el periodo 2003-2006. Este análisis se refiere a las recetas prescritas en atención primaria y consultas de especializada, no contemplándose el consumo farmacéutico hospitalario.

El total de envases de psicofármacos en el año 2006 fue de 15.554.773, lo que representa un 10,48% en relación al total de fármacos consumidos (148.457.624 envases).

El total de Dosis Diaria Definida (DDD)^{AF} consumidas en el año 2006 fue de 3.025.230.139, de las que 347.387.552 correspondían a psicofármacos (11,48%).

En la tabla 10 se recoge la evolución, para el periodo 2003-2006, de la Dosis Diaria Definida por Habitante y Día (DHD), que indica cuantas personas de cada 1.000 habitantes de la comunidad estudiada reciben diariamente el tratamiento estándar.

El grupo de los ansiolíticos es el que presenta una mayor tasa de DHD. En el año 2006, 47,42 personas de cada 1.000 habitantes recibieron diariamente este tipo de fármacos. En segundo lugar se sitúan los antidepresivos, con una tasa de consumo diaria de 40,01 por cada 1.000 habitantes. Ambos grupos de psicofármacos también son los que mayor incremento han sufrido desde el año 2003.

AF] DDD (Dosis Diaria Definida): se refiere a la dosis de mantenimiento en personas adultas y suele corresponder a la dosis de tratamiento expresada en forma de peso de sustancia activa.

Tabla 10: Evolución de la dosis definida por habitante y día. SSPA, 2003-2006.

PSICOFÁRMACO	Número de DHD. Tasa x 1.000 habitantes				Variación 03-06 (%)
	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006	
Ansiolíticos	40,30	42,48	44,75	47,42	17,67
Hipnóticos y sedantes	21,00	21,84	22,28	23,48	11,81
Antidepresivos	32,87	35,86	37,24	40,01	21,71
Psicolépticos y psicoanalépticos en combinación	0,82	0,77	0,71	0,61	-25,50
Antipsicóticos	6,84	6,59	6,53	7,20	5,25
Litio	0,59	0,59	0,60	0,61	4,24
TOTAL	102,42	108,48	112,10	119,33	16,51

Fuente: Servicio de Asistencia Farmacéutica. Servicio Andaluz de Salud.

A nivel nacional, determinados estudios han señalado un aumento en el consumo de ansiolíticos e hipnóticos, alcanzando 62,02 DHD en el año 2002⁽³⁰⁾. También se observa un incremento en el uso de antipsicóticos, siendo de 5,81 DHD en el año 2001⁽³¹⁾. En cuanto a los antidepresivos, la media en el año 2002 se situaba en 43,15 DHD⁽³²⁾.

1.6.5. Personas atendidas en la red de apoyo social de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM)

Las personas atendidas en la red de apoyo social de FAISEM^{AG} son a su vez atendidas en los dispositivos sanitarios de salud mental del SSPA, manteniéndose una estrecha cooperación entre ambas redes de servicios.

En el año 2007, las personas que ocupaban las 1.819 plazas ofertadas por el programa residencial de FAISEM (casas hogar, viviendas supervisadas y apoyo domiciliario), fueron en su mayoría hombres (68,6%), con edad media de 46 años (rango de 19 a 87 años) y solteros (80,3%).

En cuanto al nivel de estudios, el 36,0% no tenían estudios. El 55,7% de las personas incluidas en este programa tenían unos ingresos económicos iguales o menores a la pensión no contributiva.

Las personas atendidas en este programa tenían una residencia previa con las siguientes características: el 57,6% provenían del domicilio propio o familiar, un 6,5% de un hospital psiquiátrico, un 9,6% de otra institución sanitaria, un 20,2 % de una institución social y un 2,1% no tenían domicilio.

AG] La red de apoyo social de FAISEM se describe en el apartado 2.2.2 Recursos Específicos (FAISEM)

La mayoría de las personas atendidas en este programa están diagnosticadas de esquizofrenia (85,9%), trastornos afectivos (5,0%), trastornos de la personalidad (4,0%) y discapacidad intelectual (2,4%). Un 1,8 % tienen otros diagnósticos.

En relación a los programas de integración laboral, desarrollados en colaboración con la Consejería de Empleo, en el año 2006, de las 425 personas trabajadoras de las empresas sociales, el 52,5% tenía una discapacidad por enfermedad mental, el 27,7% presentaban discapacidad por otra causa y el 19,8% no presentaban ninguna discapacidad.

Las personas con enfermedad mental de estas empresas se caracterizan por ser en su mayoría hombres (76%), con una edad media de 37 años (25% menores de 30 años), con el diagnóstico principal de esquizofrenia u otros trastornos mentales graves (80%).

Más de la mitad de este colectivo con trastorno mental lleva trabajando en las empresas sociales más de 5 años (el 57%).

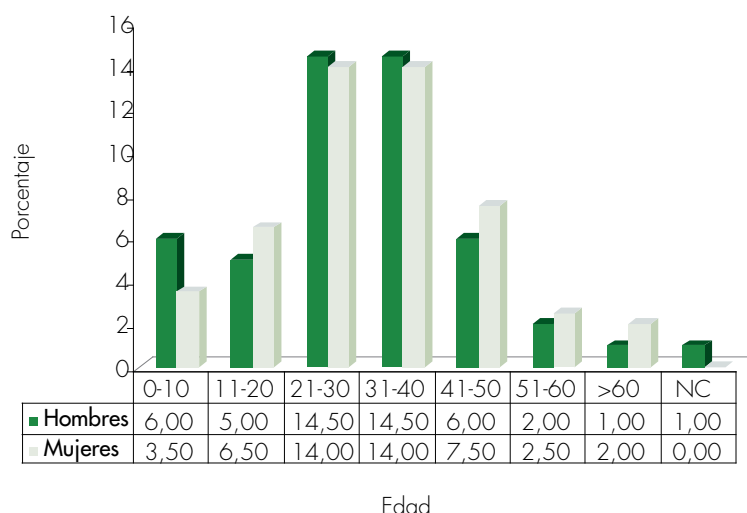
1.6.6. Inmigración y enfermedad mental

En un estudio realizado en el área del Poniente Almeriense^[33], en cuya muestra se incluyeron todas las personas inmigrantes que consultaban por primera vez en una Unidad de Salud Mental Comunitaria entre los años 2000 y 2004 (464 personas, 226 mujeres y 238 hombres), se destaca el aumento de personas inmigrantes que demandaron estos servicios, pasando de 72 en el año 2000 a 143 en el año 2004^{AH}. El grupo más numeroso era el procedente del norte de África (36%), seguido del grupo procedente de Hispanoamérica, con un 26%. Los grupos procedentes de Europa del Este y de la Unión Europea representan cada uno un 12% del total de inmigrante.

Por sexo, no se observan diferencias importantes según el lugar de procedencia, a excepción del colectivo norteafricano, en el que un 58% eran hombres y un 42% mujeres. En ambos sexos, el grupo de edad mayoritario fue el de 21 a 40 años (gráfico 7).

AH] Según los datos del Anuario Estadístico de Extranjería del año 2006, las personas extranjeras residentes en España representaban el 3,2% de la población, estimándose que, en la Comarca del Poniente de Almería, entre un 25% y un 28% de habitantes eran inmigrantes.

Gráfico 7: Personas inmigrantes atendidas en las Unidades de Salud Mental Comunitaria del Poniente de Almería según grupo de edad y sexo. 2000-2004.



Fuente: Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría. Inmigración y Salud Mental. Córdoba, cuaderno técnico/2, 2006.

La mayoría de las personas inmigrantes atendidas en este periodo tenían legalizada su situación administrativa (71,3%). Casi la mitad (44,2%) estaban trabajando, un 31,5% figuraban como en situación no activa y un 14,9% eran estudiantes.

Las personas inmigrantes atendidas en estas USMC presentaban fundamentalmente trastornos adaptativos (44% mujeres y 33% hombres), seguido de los trastornos afectivos, en un 18% de mujeres y un 11% de hombres

1.6.7. Personas internadas en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla

La mayoría de las personas con enfermedad mental que cumplen condena lo hacen en centros penitenciarios. Tan sólo a aquellas personas que, por decisión judicial, son declaradas inimputables (al considerarse que cuando cometieron los hechos tenían sus facultades mentales mermadas), se les puede imponer una medida de seguridad y ser internadas en un Hospital Psiquiátrico Penitenciario.

El Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, dependiente de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior, es sólo para hombres. Las mujeres están internadas en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Foncalent (Alicante). En concreto, en el año 2006, de las 31 internas de este hospital, 10 procedían de Andalucía.

Alrededor de un 15% de los hombres ingresados en el Hospital Penitenciario de Sevilla, no pertenecían a esta Comunidad Autónoma, excluyéndose de este análisis.

En el año 2006, 148 personas procedentes de Andalucía estuvieron internadas en este hospital, de las cuales 68 eran nuevos ingresos. Así mismo, durante ese año se produjeron 131 altas.

La patología psiquiátrica más frecuente era la esquizofrenia e ideas delirantes (57,37%), seguida de los trastornos por consumo de sustancias psicótropas (19,11%) y en tercer lugar los trastornos de la personalidad y del comportamiento (8,44%).

En este año, la mayoría de los pacientes dados de alta volvieron a su domicilio y el 6% aproximadamente pasaron a residir en recursos de FAISEM.

1.6.8. Personas con enfermedad mental atendidas en la red de atención a las drogodependencias

En Andalucía, la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones dependiente de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social tiene atribuidas las competencias relativas a la actuación en materia de drogodependencias^[34].

La puerta de entrada al circuito terapéutico se hace a través de los Centros de Tratamiento Ambulatorios, siendo estos, por tanto, el canal de acceso al resto de los recursos y programas de segundo y tercer nivel de atención disponibles en la red asistencial, como son las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, Comunidades Terapéuticas, Viviendas de Apoyo al Tratamiento, Viviendas de Apoyo a la Reinserción, Centros de Día y Centros de Encuentro y Acogida.

En el año 2006 se registraron en Andalucía un total de 17.090 personas admitidas a tratamiento en un centro ambulatorio por consumo de alguna sustancia psicoactiva o una dependencia sin sustancia (juego patológico)^[35]. Un 57,72% fueron admitidas a tratamiento por drogas ilegales y el resto por tabaco, alcohol y juego patológico. En ese mismo año se recibieron 2.901 protocolos de derivación a los recursos y programas de segundo y tercer nivel de atención^{A]}. En su mayoría eran hombres (87,3%), casi la mitad (44,9%) entre 30 y 40 años. Como droga principal, un 33,3% consumía "rebujo" (mezcla de heroína y cocaína base), el 25% alcohol, el 19,6% cocaína y el 11,5% heroína.

De las 1.019 personas dadas de alta en las comunidades terapéuticas de drogodependencias en este año, un 22,8% sufría algún trastorno mental, principalmente, trastornos de personalidad (10,7%), trastornos del ánimo (8,3%), trastornos de ansiedad (7,3%) y esquizofrenia u otros trastornos psicóticos (3,9%).

Desde el año 2002, se sigue un protocolo de actuación conjunta entre las USMC y los centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias para este grupo de pacientes,

A)] Datos extraídos del Sistema de Información del II Plan Andaluz de Drogas y Adicciones (SiPASDA)

con objeto de ofrecer una respuesta adecuada a las personas afectadas de patología dual y de mejorar la coordinación entre los centros de drogodependencias y salud mental^[36].

1.6.9. Atención a las víctimas de la violencia de género

Una aproximación a la frecuencia de este fenómeno la aporta la macroencuesta del Instituto de la Mujer de 2006, en la que un 9,6% de las mujeres españolas eran consideradas “técnicamente maltratadas”. En Andalucía, este porcentaje era aún mayor, ascendiendo al 11,1%.

Las consecuencias de esta violencia resultan devastadoras para las mujeres. Los síntomas de sufrimiento mental son seis veces más frecuentes en las mujeres maltratadas que en población general y cinco veces más las tentativas de suicidio, presentando a lo largo de la vida trastornos emocionales y problemas de salud mental importantes, como la depresión, el trastorno de estrés postraumático o las ideas de suicidio^[37].

En un estudio del Instituto Andaluz de la Mujer sobre la frecuencia del maltrato en mujeres consultantes de los servicios de salud mental^[12], se observó que el 42% de las mujeres asistentes a estos servicios referían maltrato físico y un 52% maltrato psicológico, porcentajes muy superiores a los obtenidos en la población general, 8% (físico) y 22% (psicológico). Los trastornos psicopatológicos más frecuentes fueron trastornos afectivos (depresión), trastornos somatoformes y trastornos de la personalidad.

En Andalucía, los datos obtenidos de un estudio multicéntrico^{AJ}, en el que se recogía información de mujeres que acudían a consultas de atención primaria por cualquier motivo^{AK}, muestran que un 24,6% de las mujeres encuestadas ha sufrido maltrato (físico, sexual y/o emocional) alguna vez en la vida.

Las características sociodemográficas de las mujeres que sufrieron maltrato son similares a otros estudios realizados en Andalucía^[38], mujeres mayores de 45 años, separadas/divorciadas o viudas, con niveles educativos bajos y con pocos ingresos.

Los resultados de este trabajo muestran que el maltrato se asocia con una mayor morbilidad psíquica y una peor salud autopercebida (tabla 11). En cuanto al consumo de fármacos, las mujeres maltratadas presentaron una mayor probabilidad de consumo de tranquilizantes, antidepresivos y analgésicos que las no maltratadas. Estos resultados están en consonancia con otros estudios a nivel internacional^[38].

AJ] “Violencia contra la mujer en pareja: frecuencia e impacto en la salud física y psíquica” (FIS, PI050594; años 2006 y 2007).

AK] Información recogida a través de un cuestionario estructurado autoadministrado que el personal sanitario entregaba de forma aleatoria y que la mujer cumplimentaba antes o después de ser atendida en la consulta.



Tabla 11: Asociación entre el consumo de fármacos y el maltrato global. Mujeres asistentes a consultas de atención primaria en Andalucía, 2006.

Indicadores	No Maltrato n=423 (%)	Si Maltrato n=138	
		(%)	OR (IC del 95%)
Salud psíquica			
Morbilidad psíquica*	40,2	72,3	3,89 (2,52 – 6,00)
“Peor” salud autopercebida	40,8	62,4	2,41 (1,61 – 3,60)
Consumo de fármacos en los últimos tres meses			
Analgésicos	65,9	80,7	2,17 (1,35 – 3,49)
Tranquilizantes	26,3	50,4	2.85 (1.91 - 4.25)
Antidepresivos	15,4	29,1	2,25 (1,42 – 3,56)

*GHQ-12.

Fuente: Ruiz, I. EASP (Datos no publicados).

2.- RECURSOS PARA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN ANDALUCÍA

2.1. RECURSOS SANITARIOS DE SALUD MENTAL

La atención a la salud mental se presta en el SSPA de la misma forma que se atienden los restantes problemas de salud de la población, con la implicación de la red de atención primaria, especializada y de urgencias.

La efectividad de las intervenciones en el abordaje de los trastornos mentales, requiere la participación de equipos multidisciplinares que interactúan desde los diferentes niveles asistenciales. El establecimiento de criterios para las derivaciones y métodos de cooperación, permite prestar una atención de calidad con la integración de todos los servicios implicados en la atención a las personas con trastorno mental, siendo destacable el papel de los colectivos profesionales de atención primaria.

2.1.1. Dispositivos específicos de salud mental

La atención especializada a las personas con problemas de salud mental se realiza a través de una red de dispositivos sanitarios, distribuidos por toda la geografía andaluza y estructurados, hasta la entrada en vigor del nuevo decreto de ordenación de servicios, en 15 áreas de salud mental, cuya cartera de servicios incluye atención ambulatoria y

domiciliaria, programas de día y hospitalización. Con la entrada del Decreto 77/2008, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de salud mental, los dispositivos de salud mental se organizan en unidades de gestión clínica dependientes de las diferentes áreas hospitalarias o áreas de gestión sanitaria.



A finales de 2007, esta red se compone de los siguientes dispositivos^{AL}:

- **76 Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC).** Las USMC son los dispositivos básicos de atención especializada a la salud mental, constituyendo su primer nivel de atención y con los que se coordinan el resto de los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental. Prestan una atención integral a pacientes de su ámbito poblacional en régimen ambulatorio o domiciliario.
- **14 Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J).** Las USMI-J prestan una atención especializada, tanto en régimen ambulatorio como de hospitalización completa o parcial, a la población infantil y adolescente menor de edad, derivada desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia.
- **19 Unidades de Hospitalización de Salud Mental (UHSM).** Las UHSM atienden las necesidades de hospitalización en salud mental de la población, prestando una atención especializada en régimen de hospitalización completa y de corta estancia.
- **14 Comunidades Terapéuticas de Salud Mental (CTSM).** Las CTSM son dispositivos asistenciales de salud mental dirigidos al tratamiento intensivo de pacientes con trastorno mental grave, derivados desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia, que requieren una atención sanitaria especializada de salud mental, en régimen de hospitalización completa o parcial, de media estancia.
- **9 Unidades de Rehabilitación de Salud Mental (URSM).** Las URSM tienen por objeto la recuperación de habilidades sociales y la reinserción social y laboral, en régimen ambulatorio, de pacientes con trastorno mental grave, derivados desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia.
- **11 Hospitales de Día de Salud Mental (HDSM).** Los HDSM son dispositivos asistenciales de salud mental, configurados como recursos intermedios entre las unidades de salud mental comunitaria y las unidades de hospitalización de salud mental. Prestan una atención especializada, en régimen de hospitalización diurna, a pacientes derivados desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia.

En las tablas 12, 13 y 14 se detalla la situación, a finales de 2007, de los dispositivos de salud mental según áreas de salud mental.

AL] En el Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de salud mental en el ámbito del SAS, se recoge una descripción más extensa de las funciones de cada uno de los dispositivos especializados de salud mental.

Tabla 12: Dispositivos de salud mental según Área de Salud Mental. SSPA, 2007.

Área de Salud Mental	USMC		USMI-J		UHSM		CTSM			URSM		HDSM	
	Nº	Nº	Nº camas	Plazas HD	Nº	Nº camas	Nº	Nº camas	Plazas Prog. Día	Nº	Plazas	Nº	Plazas
Almería	5	1	6	12	2	49	1	12	30	1	30	2	60
Cádiz	5	2	4	20	1	28	1	15	15	1	30	-	-
Campo de Gibraltar	2	1	2	20	1	14	-	-	-	-	30	1	20
Jerez	3	1	4	10	1	28	1	15	30	-	-	-	-
Córdoba	9	1	4	20	1	43	1	19	30	1	30	-	20
Granada Norte	5	1	2	40	2	41	1	20	30	-	-	1	20
Granada Sur	4	-	-	-	1	30	1	15	30	1	30	1	20
Huelva	5	1	2	20	1	31	1	16	30	1	30	-	-
Jaén	7	1	5	15	2	52	1	18	30	1	30	1	20
Málaga I	4	1	2	20	1	42	1	20	30	1	30	1	20
Málaga II	9	1	4	25	1	40	1	20	30	-	-	-	-
Sevilla Rocío	6	1	4	20	2	57	2	32	70	1	30	1	20
Sevilla Macarena	6	1	-	20	1	53	1	13	30	1	30	1	20
Sevilla Valme	4	1	-	10	1	31	1	15	30	-	-	1	20
Osuna	2	-	-	-	1	9	-	-	-	-	-	1	20
TOTAL	76	14	39	252	19	548	14	230	415	9	300	11	260

Fuente: Programa de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.

Tabla 13: Recursos sanitarios para la atención de la salud mental según Área de Salud Mental. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2007.

Área de Salud Mental	USMI-J		UHSM	CTSM		URSM	HDSM
	Camas	Plazas HD	Camas	Camas	Plazas Prog.Día	Plazas	Plazas
Almería	0,93	1,86	7,58	1,86	4,64	4,64	9,28
Cádiz	0,79	3,94	5,52	2,96	2,96	5,91	-
Campo de Gibraltar	0,78	7,77	5,44	-	-	11,66	7,77
Jerez	0,90	2,26	6,32	3,39	6,77	-	-
Córdoba	0,50	2,51	5,40	2,39	3,77	3,77	2,51
Granada Norte	0,48	9,64	9,88	4,82	7,23	-	4,82
Granada Sur	-	-	6,39	3,20	6,39	6,39	4,26
Huelva	0,41	4,11	6,37	3,29	6,16	6,16	-
Jaén	0,75	2,26	7,82	2,71	4,51	4,51	3,01
Málaga I	0,33	3,30	6,93	3,30	4,95	4,95	3,30
Málaga II	0,44	2,74	4,39	2,19	3,29	-	-
Sevilla Rocío	0,55	2,77	7,89	4,43	9,69	4,15	2,77
Sevilla Macarena	-	3,50	9,28	2,28	5,25	5,25	3,50
Sevilla Valme	-	2,43	7,53	3,64	7,29	-	4,86
Osuna	-	-	5,95	-	-	-	13,23
TOTAL	0,48	3,13	6,80	2,85	5,15	3,72	3,23

Fuentes:

- Programa de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.
- Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2007. Instituto de Estadística de Andalucía.

Tabla 14: Recursos sanitarios para la atención de la salud mental según provincia. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2007.

Provincia	USMIJ		UHSM	CTSM		URSM	HDSM
	Camas	Plazas HD	Camas	Camas	Plazas Prog. Día	Plazas	Plazas
Almería	0,93	1,86	7,58	1,86	4,64	4,64	9,28
Cádiz	0,83	4,14	5,80	2,48	3,73	4,97	1,66
Córdoba	0,50	2,51	5,40	2,39	3,77	3,77	2,51
Granada	0,23	4,52	8,03	3,96	6,79	3,39	4,52
Huelva	0,41	4,11	6,37	3,29	6,16	6,16	-
Jaén	0,75	2,26	7,82	2,71	4,51	4,51	3,01
Málaga	0,40	2,97	5,40	2,64	3,95	1,98	1,32
Sevilla	0,22	2,69	8,08	3,23	7,00	3,23	4,31
TOTAL	0,48	3,13	6,80	2,85	5,15	3,72	3,23

Fuentes:

- Programa de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.
- Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2007. Instituto de Estadística de Andalucía.

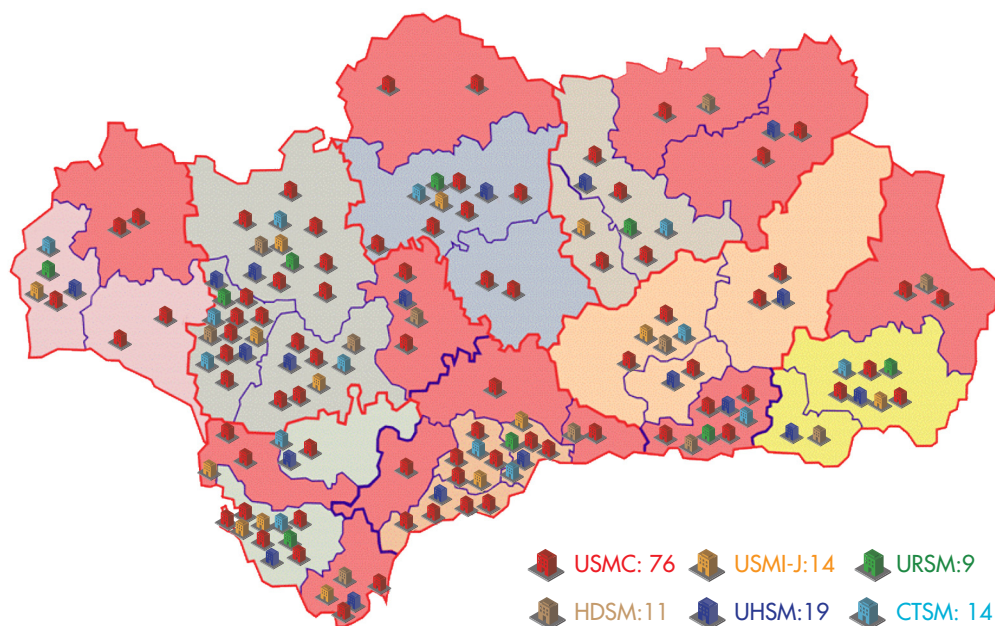
En la tabla 15 se presenta la evolución de los dispositivos de salud mental desde finales de 2003 a finales de 2007, teniendo en cuenta la fecha de apertura de los mismos.

Tabla 15: Evolución de los dispositivos de salud mental en el SSPA durante el periodo de vigencia del I PISMA. 2003-2007.

Dispositivos	Avance	Incremento 03-07
USMC	Se han creado 4 nuevas USMC, dos de las cuales corresponden a desdoblamientos de unidades ya existentes.	De 72 a 76 dispositivos.
USMI-J	Se ha creado una nueva USMIJ al desdoblarse una ya existente, otra ha sido reformada y se han habilitado 28 camas y creado 252 plazas de hospital de día para infancia y adolescencia.	De 13 a 14 dispositivos, de 11 a 39 camas y de 0 a 252 plazas de hospital de día para infancia y adolescencia.
UHSM	Se han reformado 6 unidades de hospitalización, con 25 nuevas camas.	De 523 a 548 camas en unidades de hospitalización.
CTSM	Se ha abierto una nueva CTSM, 4 han sido reformadas y se ha incrementado el nº de camas en varios de los dispositivos, creándose 41 nuevas camas.	De 13 a 14 dispositivos y 189 a 230 camas en comunidades terapéuticas.
URSM	Se han reforzado 2 URSM, creándose 40 plazas de hospital de día.	De 0 a 40 plazas de hospital de día en Unidades de Rehabilitación.
HDSM	Se han abierto 6 nuevos hospitales de día, con 120 plazas y se ha reformado uno de los existentes.	De 5 a 11 dispositivos y de 100 a 220 plazas de hospital de día de personas adultas.

En el siguiente mapa (figura 1) se representa la ubicación de los dispositivos de salud mental del SSPA según Áreas Hospitalarias y Provincias, actualizado a finales de 2007.

Figura 1: Mapa de los dispositivos de Salud Mental en el SSPA según Áreas Hospitalarias. Año 2007.



Fuente: Programa de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.

2.1.2. Recursos humanos en salud mental

Los equipos de trabajo de los diferentes dispositivos de salud mental los componen profesionales de diversas titulaciones: Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Gestión administrativa y otras disciplinas.

Desde finales de 2003 a finales de 2007, el número de profesionales de los dispositivos de salud mental se ha incrementado en 303, pasando de 2.175 a 2.478.

En la tabla 16 se observa que la tasa de psiquiatras por 100.000 habitantes en Andalucía en el año 2007 es de 5,66, la de profesionales de psicología clínica de 3,02 y la de enfermería de 7,02. Los últimos datos disponibles a nivel nacional, del año 2005⁽³⁹⁾, recogen tasas de 3,6 psiquiatras, 1,9 profesionales de psicología clínica y 4,2 profesionales de enfermería por 100.000 habitantes.

Tabla 16: Recursos humanos por categoría profesional y tipo de dispositivo. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2007.

PROFESIONAL	USMC	USMI-J	USMH	URSM	HDSM	CTSM	TOTAL
Psiquiatría	3,44	0,42	1,09	0,11	0,26	0,34	5,66
Psicología clínica	1,72	0,38	0,20	0,21	0,20	0,30	3,02
Trabajo social	1,01	0,15	0,07	0,09	0,02	0,12	1,46
Enfermería	1,92	0,58	2,69	0,20	0,37	1,25	7,02
Personal auxiliar de enfermería	1,60	0,42	4,14	0,60	0,19	1,85	8,80
Personal auxiliar administrativo	1,25	0,20	0,25	0,10	0,14	0,14	2,07
Terapia ocupacional	0,00	0,15	0,04	0,12	0,11	0,15	0,57
Monitores/as ocupacionales	0,01	0,04	0,10	0,22	0,20	0,55	1,12
Celadores/as	0,01	0,00	0,52	0,02	0,00	0,47	1,03
TOTAL	10,97	2,35	9,11	1,68	1,49	5,16	30,75

Fuentes:

- Programa de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.
- Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2007. Instituto de Estadística de Andalucía.

Al total de profesionales de los diferentes dispositivos habría que añadirle los adscritos a las diferentes coordinaciones de área o direcciones de unidad de gestión clínica, contabilizándose un total de **2.200** profesionales a finales de 2003 y **2.501** a finales de 2007.

2.1.3. Unidades de Gestión Clínica de salud mental

En los últimos años, desde la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud se viene impulsando la creación de Unidades de Gestión Clínica (UGC) como estructura organizativa que hace partícipe a las y los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica.

En el ámbito de la atención a la salud mental se ha apostado por este nuevo modelo de gestión. En el año 2003 existían 7 UGC de salud mental, incrementándose hasta 24 en el año 2007. De éstas, 20 integran todos los dispositivos de salud mental de su área hospitalaria o área de gestión sanitaria; dos están formadas por una o dos unidades de salud mental comunitaria; y otras dos por comunidades terapéuticas.

Del total de la red de dispositivos de atención a la salud mental, a finales de 2007 un 65,03% estaba integrado en UGC. Asimismo, el porcentaje de profesionales de salud mental que a finales de ese año formaban parte de UGC era del 68 %.



2.2. RECURSOS COMUNITARIOS DE APOYO SOCIAL

2.2.1. Recursos Generales

Al igual que el resto de la población, las personas con enfermedad mental tienen derecho al acceso a todos y cada uno de los servicios encuadrados dentro del sistema de bienestar social. Entre los más utilizados por parte de este colectivo destacan los siguientes:

- Servicios sociales (comunitarios y especializados), a través de los que se accede a las prestaciones de carácter general y a aquellas que establece la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
- Programas generales del sistema educativo que permiten compensar carencias formativas en general y particularmente en el ámbito del acceso al empleo (programas de “educación de adultos”, de garantía social...).
- Programas del Servicio Andaluz de Empleo, cuyo objetivo es incrementar la empleabilidad de las personas desempleadas (orientación profesional, prácticas en empresas, acompañamiento a la inserción...).
- Programas de apoyo al alojamiento de sectores desfavorecidos.
- Atención por parte de la administración de Justicia en la doble vertiente civil y penal.

En ocasiones, las personas con enfermedad mental sufren de restricciones y dificultades para acceder a estas prestaciones, engrosando el capítulo de barreras sociales que les afectan. Por ello, desde distintas políticas generales se debe favorecer la inclusión social de este colectivo, de acuerdo a principios de recuperación y de ciudadanía plena.

2.2.2. Recursos Específicos (FAISEM)

La *Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental* (FAISEM) tiene como principal objetivo desarrollar programas y actividades de apoyo social para personas con trastorno mental grave en Andalucía, en coordinación con los servicios públicos de salud mental y con las distintas redes de servicios existentes en nuestra Comunidad (servicios sociales, empleo, educación, etc).

- **Programa residencial**⁽⁴⁰⁾: facilita alojamiento con distinto nivel de supervisión y apoyo:
 - » Casas Hogar: dispositivos para un número de usuarios y usuarias entre 10 y 20 con menor nivel de autonomía, que disponen de personal durante las 24 horas del día.

- » Viviendas Supervisadas: dispositivos para un máximo de 10 personas, que disponen de un mayor nivel de autonomía y con una supervisión variable según los casos y los momentos.
 - » Plazas de "Respiro Familiar" y "estancias diurnas" en dispositivos residenciales.
 - » Subprogramas de Atención Domiciliaria, los cuales incluyen distintos tipos de intervenciones de apoyo en el domicilio habitual de la persona.
- **Programa ocupacional-laboral**⁽⁴¹⁾: promueve la inserción laboral a través del ejercicio de distintos niveles de actividad productiva:
 - » Talleres Ocupacionales.
 - » Cursos de Formación para el Empleo.
 - » Empresas Sociales, que facilitan oportunidades de empleo permanente y remunerado.
 - » Subprogramas de Apoyo al Empleo en otras empresas del mercado abierto.

Como estructura de coordinación de ámbito provincial se cuenta con los Servicios Provinciales de Orientación y Apoyo al Empleo (SOAE)⁽⁴²⁾ que, a su vez, ofrecen orientación y asesoramiento personalizado sobre empleo y formación.

- **Programa de ocio y tiempo libre**. En este programa participan de forma activa el movimiento asociativo de familiares y personas usuarias e instituciones locales, a través de los siguientes dispositivos y actividades:
 - » Espacios permanentes tipo Club Social.
 - » Actividades de ocio y disfrute del tiempo libre.
- **Programa de promoción y apoyo a entidades tutelares**: promueve el funcionamiento de entidades tutelares para personas con enfermedad mental grave en las distintas provincias andaluzas.
- **Programa de apoyo al movimiento asociativo de familiares y personas usuarias**: contribuye a fortalecer estas organizaciones, promoviendo iniciativas de ayuda mutua, sensibilización, gestión de determinados programas de apoyo social y fomentando la participación de ambos colectivos en múltiples ámbitos de intervención.
- **Programa de atención a personas con trastornos mentales graves en situación de marginación y sin hogar**, desarrollado en coordinación con los dispositivos de salud mental, con los servicios sociales comunitarios y con diversas entidades ciudadanas.
- **Programa de atención a la población penitenciaria con trastorno mental grave**: a través del cual se desarrollan acuerdos de colaboración con el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla y proyectos de intervención conjunta con los servicios de salud mental, los Servicios Sociales y la Federación Andaluza de Familiares de Personas con Enfermedad Mental (FEAFES Andalucía), para personas con trastorno mental grave en establecimientos penitenciarios de Andalucía.

Con carácter general, el acceso al conjunto de programas de FAISEM se realiza a través de las Comisiones Provinciales Intersectoriales, como órgano de coordinación intersectorial a nivel provincial, con participación de representantes de FAISEM, de los servicios de salud mental del SSPA y de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. En esta comisión, además de establecerse acuerdos sobre el desarrollo de recursos de apoyo social, se determinan las personas que acceden a las plazas de FAISEM, así como las pautas generales de atención, incluyendo el correspondiente seguimiento sanitario y, en su caso, se deciden las posibles salidas de las mismas. Además, se cuenta con una Comisión Central Intersectorial de ámbito autonómico, de apoyo a las Comisiones Provinciales, en el doble sentido de establecer criterios, protocolos y normas funcionales comunes, así como dar respuesta a problemas que no pueden ser solventados a nivel provincial.

En la tabla 17 se resume la evolución de los recursos de apoyo social de FAISEM durante el periodo de vigencia del I PISMA 2003-2007.



Tabla 17: Evolución de los recursos de apoyo social para personas con trastorno mental grave. FAISEM, 2003-2007.

RECURSOS FAISEM	Año 2003					Año 2007				% Variación 2003-2007 Plazas X 100.000 hab.
	Nº Disp.	Nº Plazas	Plazas X 100.000 hab.	% Hombres	% Mujeres	Nº Disp.	Nº Plazas	Plazas X 100.000 hab.	% Hombres	% Mujeres
Programa RESIDENCIAL										
Casas-Hogar	22	335	4,4	69,2	30,8	47	742	9,2	68,8	31,2
Viviendas Supervisadas	94	348	4,6	78,3	21,7	175	667	8,3	73,6	26,4
Plazas en Residencias	39	216	2,8	66,2	33,8	32	151	1,9	70,4	29,6
Plazas en Pensiones	5	12	0,2	71,4	28,6	2	12	0,1	72,2	27,8
Atención Domiciliaria		119	1,6	67,6	32,2		410	5,1	61,2	38,8
Programa OCUPACIONAL / LABORAL										
Talleres Ocupacionales	94	1.647	21,7	76,6	23,4	115	2.251	27,9	73,1	26,9
Cursos F.P.O.	60	302	4,0	76,8	23,2	53	261	3,2	72,1	27,9
Empresas Sociales	9	189*	2,5	79,6	20,4	9	225*	2,8	76,2	23,8
SOAE**	8	134***	1,8	68,6	31,4	8	952***	11,8	67,5	32,5
Programa OCIO Y TIEMPO LIBRE										
Clubes Sociales	28	840	11,0	75,2	24,8	45	1.407	17,5	70,7	29,3
Programa de Vacaciones		885	11,6	74,3	25,7		823	10,2	67,8	32,2
Programa TUTELA										
Entidades Tutelares	6	542	7,1	71,3	28,7	8	655	8,1	70,1	29,9
Programa ATENCIÓN A PERSONAS CON TMG SIN HOGAR										
Plazas		-	-	-	-		37	0,5	74,8	25,2

* Personas trabajadoras con enfermedad mental. ** Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo. *** N° de contratos.

Fuentes:

- Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermo Mental.
- Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2003 y 2007. Instituto de Estadística de Andalucía.

Como se puede ver en dicha tabla, a lo largo de esos cuatro años hay que destacar el incremento de la capacidad de atención de los programas desarrollados por FAISEM.

Así, se ha duplicado la capacidad de atención del programa residencial, han aumentado de forma importante las plazas ofertadas por el programa de ocio y tiempo libre y se han incrementado notablemente las actividades relacionadas con el programa ocupacional-laboral (fundamentalmente en cuanto al número de contratos a personas con enfermedad mental). Además, las empresas sociales han consolidado su situación económica, incrementando de manera sostenida su volumen de actividad.

En el ámbito de Tutelas, se ha extendido el modelo de Fundaciones Tutelares a la totalidad de las provincias andaluzas, de modo que se pueda garantizar este tipo de apoyo en los casos en que resulte necesario.

El apoyo prestado al movimiento asociativo de familiares y personas usuarias ha contribuido a fortalecer estas organizaciones e impulsar su participación. Esto ha sido especialmente significativo con las asociaciones federadas en FEADES Andalucía y con la puesta en marcha, en el año 2007, de la Plataforma Andaluza de Asociaciones de Usuarios y Usuaris de Salud Mental.

El programa de atención a personas con trastornos mentales graves en situación de marginación y sin hogar ha permitido la creación de 37 plazas de apoyo social específicas para este grupo de personas, en estrecha colaboración y coordinación con el SSPA, los servicios sociales municipales y las entidades ciudadanas que prestan atención a estas personas.

Además del crecimiento cuantitativo de los programas de apoyo social, hay algunos otros aspectos que merece la pena destacar en este periodo. Así, el ámbito de cooperación con los servicios de salud mental del SSPA ha mejorado gracias a la progresiva implantación del PAI Trastorno Mental Grave y al establecimiento de un primer Acuerdo de Cooperación con el Programa de Salud Mental del SAS en el año 2007^{AM}, que recoge las siguientes áreas de mejora:

- Potenciación de los espacios de coordinación y colaboración intersectorial.
- Planificación conjunta de recursos y programas de apoyo social, en el marco del Plan Integral de Salud Mental.
- Agilización de los procedimientos de acceso a los programas de apoyo social.
- Desarrollo del seguimiento conjunto de las personas atendidas en los programas de apoyo social.
- Generación de espacios compartidos de formación.

AM] Para la elaboración y el seguimiento de este y futuros acuerdos, se ha creado la Comisión Conjunta SAS-FAISEM, constituida por representantes de ambas organizaciones.

También la relación con los servicios sociales ha recibido un nuevo impulso con la puesta en marcha de la Ley y el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, reforzándose el papel de las comisiones intersectoriales. Del mismo modo, se ha reforzado la cooperación con la Consejería y el Servicio Andaluz de Empleo.

Recursos humanos de FAISEM

En el año 2007 la plantilla de FAISEM estaba compuesta principalmente por personal de los diferentes programas de apoyo social, que representan un 83,8 % del total de la plantilla (tabla 18).

Tabla 18: Recursos humanos de FAISEM según clasificación profesional, 2007.

PROFESIONAL	Número	%	% Hombres	% Mujeres
Personal de programas	666	83,8	27,8	72,2
Personal de servicios y mantenimiento	50	6,3	6,0	94,0
Personal técnico	39	4,9	31,8	68,2
Personal de administración	36	4,5	31,3	68,8
Otros	4	0,5	75,0	25,0
TOTAL	795		27,1	72,9

Fuente: Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental.

Durante el periodo de vigencia del I PISMA, el número de profesionales de FAISEM se ha incrementado en un 55,27 %, pasando de 512 en 2003 a 795 en 2007.

2.2.3.- Red de Ayuda Mutua

La ayuda mutua y en especial el apoyo entre iguales son fundamentales para el proceso de recuperación de las personas con enfermedad mental.

El fomento del apoyo social, en el que están implicadas las personas cuidadoras, el voluntariado y las asociaciones de ayuda mutua, es una estrategia de promoción de salud, en la medida que contribuyen a proporcionar a las personas los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su vida y su salud.

La red andaluza de ayuda mutua vinculada a la salud mental es amplia y diversa, con 79 asociaciones en 2007, estando muchas de ellas representadas por entidades de ámbito regional.

Las personas con trastornos mentales graves y sus allegadas se encuentran representadas a nivel regional por FEAFES-Andalucía (Federación Andaluza de Asociaciones de Familiares de Personas con Enfermedad Mental), de la que forman parte 13 asociaciones y por la Plataforma de Asociaciones de Usuarios y Usuarias de Salud Mental de Andalucía, integra-

da por 9 asociaciones. Además, existen otras 8 asociaciones andaluzas de personas con enfermedad mental, familiares y personas allegadas.

Por otro lado, existen asociaciones “monográficas” orientadas a un determinado trastorno mental, de ámbito local, provincial y/o regional:

- 13 asociaciones de Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- 7 asociaciones integradas en la *Federación Andaluza de Asociaciones de Padres y Personas con Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad “FAHYDA”*.
- 24 asociaciones de Trastornos Generalizados del Desarrollo:
 - » 9 asociaciones integradas en la *Federación Andaluza de Padres con Hijos con Trastornos del Espectro Autista “AUTISMO ANDALUCÍA”*.
 - » 7 asociaciones integradas en la Federación Asperger Andalucía.
 - » 8 asociaciones no federadas.
- 5 asociaciones relacionadas con otros trastornos mentales.



EXPECTATIVAS DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL, FAMILIARES Y PROFESIONALES^{AN}



Con el fin de detectar oportunidades de mejora en la calidad asistencial, se han analizado las necesidades y expectativas expresadas por las personas con trastorno mental, sus familiares y profesionales implicados en la atención a la salud mental en Andalucía.

Se han realizado siete grupos focales, con la participación de 75 personas usuarias de los servicios de salud mental y sus familiares (personas con trastorno mental grave y sus familiares, personas con trastorno mental común y sus familiares y familiares de menores con trastorno mental) así como dos talleres de trabajo con la participación de 30 profesionales, uno con profesionales del SSPA (personal de coordinación de Área de Salud Mental, de dirección de Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental y de dirección de hospitales y distritos de Atención Primaria) y otro con profesionales intersectoriales (procedentes de Educación, Servicios Sociales, Servicios de Atención a las Drogodependencias, Justicia, Empleo, Fuerzas de Seguridad del Estado, Ayuntamientos, Instituciones Penitenciarias, Observatorio de la Infancia, Oficina del Defensor del Pueblo y FAISEM).

De la información recogida de estos colectivos, se resumen, a continuación (tabla 19), las demandas y propuesta de líneas de trabajo que han sido tenidas en cuenta en la elaboración de este II Plan Integral.

AN] Se dispone de información ampliada en el documento "La Salud Mental en Andalucía 2003-2007", disponible en el área destinada a salud mental de la Web del SAS www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

Tabla 19: Demandas para la mejora de la atención y propuesta de líneas de trabajo (II).

ÁREAS	Personas con trastorno mental y sus familiares	Profesionales SSPA	Profesionales Intersectoriales
RECURSOS HUMANOS	Incrementar la dotación de profesionales sanitarios para disminuir las listas de espera y mejorar la accesibilidad a los dispositivos.	Homogeneizar la dotación de profesionales por criterios de eficiencia, prevalencia y cobertura poblacional.	Incrementar la dotación de profesionales sanitarios, fundamentalmente de psicología y psiquiatría.
		Formación de profesionales sanitarios en psicoterapia y habilidades para el manejo de pacientes.	Planes de formación en salud mental para profesionales sanitarios y colectivos específicos.
		Especialización en Infancia y Adolescencia para las disciplinas de psiquiatría y psicología clínica.	
RECURSOS MATERIALES	Dotación de recursos e infraestructuras de las UHSM y USMIJ para la realización de actividades durante el ingreso, diferenciando la atención por edad y tipología de trastorno.	- Transparencia y homogeneización en la distribución de recursos. - Aumento de plazas de hospitalización completa en CTSM. - Creación de nuevos espacios de media y larga estancia para pacientes con procesos crónicos.	Dotación de recursos adaptados a las necesidades de cada paciente que permitan una atención integral.

RECURSOS DE APOYO SOCIAL	- Aumento de centros ocupacionales o de día para las personas con TMG - Ayuda social y/o económica de apoyo a la familia. - Respiros vacacionales para familiares de menores con trastorno mental. - Mayores oportunidades de acceso al empleo para personas con TMG.		- Incremento de recursos residenciales. - Mayor valoración de los servicios que se prestan a través de asociaciones.
ATENCIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES	- Apoyo psicológico a familiares de pacientes. - Información sobre la enfermedad, diagnóstico y tratamiento. - Tratamiento individualizado con más trabajo psicológico y psicoterapias. - Mayor participación de familiares en el tratamiento de la enfermedad.	- Abordaje integral de la salud mental infanto-juvenil que diferencie la infancia y la adolescencia. - Atención personalizada y en la comunidad.	- Atención psiquiátrica integral y en la comunidad con énfasis en la psicoterapia. - Mejorar la atención de: 1. La población institucionalizada en centros de día y residencias. 2. Personas con enfermedad en prisión. 3. Personas sin hogar. 4. Pacientes de las UHSM.

Tabla 19: Demandas para la mejora de la atención y propuesta de líneas de trabajo (II).

Áreas	Usuarios/as y Familiares	Profesionales SSPA	Profesionales Intersectoriales
COORDINACIÓN		- Espacios de colaboración entre profesionales. - Equipos de trabajo multidisciplinarios. - Coordinación de los recursos sanitarios y sociales.	- Coordinación real, efectiva y comprometida entre los agentes implicados. - Equipos multidisciplinarios. - Formación específica a psiquiatras para fomentar la coordinación intersectorial. - Apertura de la red de salud mental a otras instituciones.
CARTERA DE SERVICIOS	- Prevención de los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia. - Accesibilidad de los servicios sanitarios de Atención Primaria y Especializada.	- Psicoeducación en TMG para profesionales, pacientes y familiares. - Definición de la cartera de servicios. - Ordenación de los servicios de salud mental.	- Prevención de problemas de salud infantil-juvenil. - Disminuir la saturación de los servicios. - Accesibilidad en horario de tarde y fines de semana. - Acercamiento de los equipos profesionales a las zonas rurales.

MARCO GENERAL Y NORMATIVO		- Definición de protocolos homogéneos y consensuados, guías de práctica clínica y planes de cuidados. - Aplicación del Proceso Asistencial TMG.	Definición de protocolos y objetivos de prevención, detección y actuación, así como mecanismos de garantía de su cumplimiento.
EVALUACIÓN		- Evaluar el cumplimiento del I PISMA. - Evaluar la aplicación del Proceso Asistencial TMG.	

ÁREAS DE MEJORA

Del análisis de la situación realizado y teniendo en cuenta el marco de referencia normativo y de planificación de la OMS, Unión Europea, España y Andalucía, así como las expectativas de los colectivos afectados y profesionales relacionados con la salud mental en los diversos ámbitos implicados, se extraen la siguientes áreas de mejora:

- Necesidad de apostar por programas de prevención y promoción de la salud mental, haciendo especial hincapié en determinados colectivos que están en condiciones de desigualdad y presentan mayor vulnerabilidad para padecer trastornos mentales. Así mismo, se considera imprescindible incorporar la prevención en la población infantil y juvenil como un elemento necesario en la planificación de salud mental.
- Se detecta la necesidad de realizar actuaciones dirigidas a promover estilos de vida saludables y a prevenir los problemas somáticos en la población que padece problemas de salud mental y, sobre todo, entre quienes padecen TMG.
- A partir de la constatación de cómo los roles y estereotipos tradicionales de género resultan ser factores de riesgo importantes para la violencia de género y para el padecimiento de enfermedades mentales, se hace necesario incluir la perspectiva de género en cada una de las iniciativas planteadas en este Plan. Asimismo, las cifras de violencia hacia las mujeres obligan a las distintas administraciones a prestar una atención integral a las víctimas de estas agresiones, donde la atención sanitaria y en especial la de salud mental son fundamentales.
- La mayor prevalencia de problemas de salud mental o las dificultades en el acceso a los recursos en determinados colectivos (como son las personas sin hogar, la población penitenciaria, las personas con drogodependencias, en ocasiones la población inmigrante...), justifica la inclusión de estrategias específicas para su atención.

- Las expectativas manifestadas por pacientes y familiares obligan a mejorar la calidad de la atención sanitaria y social, con un enfoque comunitario que contemple la humanización de la asistencia como elemento clave.
- Las nuevas demandas y la evolución de los sistemas sanitarios y sociales generan la necesidad de analizar y adecuar los recursos existentes y de establecer una cartera básica de servicios que garantice la equidad en todo el territorio andaluz.
- Además, son necesarias estrategias que mejoren la coordinación intersectorial y la continuidad asistencial y que garanticen una atención especializada basada en la mejor evidencia científica disponible.
- La ausencia de algunos datos de prevalencia e incidencia en nuestro entorno y de morbilidad atendida hacen necesario el desarrollo de sistemas de información que faciliten su conocimiento para mejorar la planificación y organización de los servicios de salud mental, objetivo prioritario recogido en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.
- La mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y la protección de sus derechos son aspectos ampliamente demandados por las personas afectadas y de su entorno.
- Se constata la necesidad de seguir avanzando en la erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental, con consecuencias muy negativas para su proceso de recuperación.
- Por último, las personas usuarias del SSPA y sus familiares demandan una mayor participación en la planificación y toma de decisiones en materia de salud mental, siendo ello un principio fundamental del paradigma comunitario y el eje central del modelo de la recuperación.

OBJETIVOS GENERALES

En consonancia con las necesidades detectadas en los apartados anteriores, este II Plan Integral de Salud Mental pretende alcanzar los siguientes **FINES**:

1. Fomentar la salud mental de la población andaluza.
2. Proporcionar los servicios sanitarios y de apoyo social necesarios, y adecuar los existentes en función de las necesidades de las personas con problemas de salud mental y sus familias.
3. Mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y sus familias y favorecer su proceso de recuperación e inclusión social.

Para alcanzar estos fines, se proponen los siguientes **OBJETIVOS GENERALES**:

- 1 Promover la salud mental y prevenir la aparición de la enfermedad mental en la población de Andalucía.
- 2 Fomentar hábitos de vida saludables en las personas con enfermedad mental y, especialmente, en quienes padecen un trastorno mental grave.
- 3 Reducir las desigualdades que, por condicionantes geográficos, socioeconómicos o de género, se producen en la atención a personas con problemas de salud mental.
- 4 Mejorar la calidad de la atención sanitaria y de apoyo social a las personas con enfermedad mental y a quienes proveen sus cuidados, garantizando la accesibilidad, la continuidad asistencial y una atención humanizada.
- 5 Mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y de su entorno, y velar por el cumplimiento de sus derechos.

- 6 Fomentar una mayor sensibilización social que contribuya a reducir el estigma de la enfermedad mental.
- 7 Fomentar la participación activa de colectivos de pacientes, familiares, profesionales y agentes comunitarios en cada una de las fases de desarrollo del Plan.
- 8 Desarrollar sistemas de información que permitan conocer la magnitud de los problemas de salud mental y la calidad de la atención prestada, para reorientar los servicios según las necesidades de la población.

ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN

Este II Plan Integral establece un total de 15 estrategias de cara a la consecución de los objetivos propuestos:

- 1 Información y comunicación en salud mental
- 2 Promoción de salud
- 3 Salud mental y género
- 4 Prevención y enfermedad mental
- 5 Red sanitaria, modelo organizativo y cartera de servicios
- 6 Apoyo social a personas con trastorno mental grave
- 7 Atención a la salud mental de la población andaluza
- 8 Atención a la salud mental de la infancia y adolescencia
- 9 Detección e intervención precoz de los trastornos psicóticos
- 10 Tratamiento intensivo en la comunidad para personas con trastorno mental grave
- 11 Atención específica a personas con trastornos de personalidad

- 12** Atención a la salud mental de las personas en riesgo o situación de exclusión social
- 13** Participación ciudadana y ayuda mutua
- 14** Epidemiología, evaluación y sistemas de información
- 15** Formación y desarrollo profesional, investigación y gestión del conocimiento

Para cada una de estas estrategias se plantean los objetivos específicos que se pretenden alcanzar y las actividades que se proponen para lograrlos.

1.- INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN SALUD MENTAL



Los problemas de salud mental afectan a un gran número de personas generando un alto grado de sufrimiento. En nuestra cultura existen numerosas ideas y creencias erróneas sobre la enfermedad mental que estigmatizan a las personas que la padecen, colaborando a aumentar su sufrimiento y el de sus familias. Esa atribución estereotipada de valores y conductas a estos colectivos les lleva a una situación de discriminación que dificulta, aún más, sus posibilidades de recuperación y de inclusión social.

Pero, además, nuestros propios patrones culturales, basados frecuentemente en conductas y creencias (roles y estereotipos tradicionales de género) que han encasillado a mujeres y hombres en el cumplimiento de papeles diferentes y establecido relaciones de dominio y desigualdad en el reparto de cargas y recursos, impiden, con su carácter rígido, injusto y prescriptivo, que las personas afronten de modo eficaz, autónomo y sano los problemas de la vida y el control de sus proyectos personales y vitales. Esto resulta ser un factor de riesgo nuclear para la pérdida de la salud, en general, y de la salud mental, en particular.

Estos patrones culturales influyen en el modo de expresión del malestar emocional y de la patología mental en ambos sexos y en las diversas culturas. Además determinan la existencia de estereotipos y prejuicios que dificultan el diagnóstico de los propios malestares y problemas relacionados con la esfera mental en muchas mujeres.

Las personas que trabajan en el sistema de salud no son ajenas a los patrones culturales de su medio, en el que viven y en el que se han educado. Por tanto, también les afectan los mismos prejuicios y estereotipos que al resto de la sociedad.

La comunicación es un instrumento necesario e imprescindible para modificar esos patrones y combatir el estigma, estableciéndose como elemento básico para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad mental en las personas y en las poblaciones.

Igualmente, es preciso mejorar la comunicación interna entre profesionales, dispositivos y sectores de la red asistencial, como elemento clave para mejorar la calidad de la atención que se presta a las personas con problemas de salud mental.

Por todo ello, es necesaria una estrategia de comunicación, dirigida, tanto a la población general como a profesionales y agentes comunitarios relacionados con la salud mental, así como a profesionales de los medios de comunicación, que ayude a combatir el estigma^{AO}, promocionar la salud y prevenir la enfermedad mental, contribuyendo a mejorar

AO] Para que la lucha contra el estigma asociado a la enfermedad mental sea efectiva, las acciones de comunicación se han de enmarcar en una estrategia global, que incluya, entre otras, actuaciones destinadas a mejorar la atención sanitaria y social, con el modelo de recuperación como objetivo y con especial énfasis en la prevención de conductas disruptivas; a facilitar los espacios de interacción y contactos sociales; a reforzar las acciones de protesta por parte del movimiento de personas afectadas; y a eliminar factores estructurales de discriminación.

la calidad de la atención. Asimismo, se deben ir incorporando, de manera transversal, los principios de igualdad de trato (en mensajes, imágenes y lenguaje), reconocimiento de la diversidad y visibilización de colectivos que se encuentran en situación de desventaja.

Objetivos específicos:

1. Reducir el estigma y evitar la discriminación que pesa sobre la enfermedad mental y las personas que la padecen.
2. Incrementar el grado de conocimiento que tienen la población general y los colectivos afectados y profesionales sobre la enfermedad mental, sobre sus factores protectores y sus consecuencias y luchar contra los mitos y las creencias erróneas comúnmente aceptadas.
3. Garantizar un estilo de comunicación preciso, integrador, respetuoso, no discriminatorio e igualitario en todas las acciones de comunicación y en todos los documentos emanados de este Plan Integral.
4. Potenciar la comunicación interna entre profesionales de la red de atención a la salud mental.

Actividades:

1. Desarrollar nuevas estrategias de comunicación con la ciudadanía sobre salud mental, en la que se contemplen acciones de promoción de la salud mental y de sensibilización social^{AP}, en colaboración con los movimientos asociativos de pacientes, familiares y personas allegadas y medios de comunicación.
2. Elaborar estrategias de sensibilización adaptadas a los diversos públicos-objetivo (grupos de diferentes edades, entornos, culturas, profesiones, etc) que se identifiquen de interés para el Plan Integral y diversificar los canales de acción en función de dichos grupos.
3. Llevar a cabo actividades formativas con profesionales del SSPA para hacerles partícipes de las estrategias de comunicación.
4. Organizar actividades formativas e informativas con profesionales de los medios de comunicación y alumnado de las facultades de ciencias de la comunicación.
5. Introducir una mirada sensible al género y las desigualdades en los mensajes, tanto en lo referente a contenidos, como en el lenguaje y las imágenes que se utilizan y asegurar que no se incluyen contenidos sexistas ni discriminatorios de cualquier tipo.
6. Optimizar la plataforma "Comunica Salud Mental"^{AQ}, como espacio de comunicación interna entre profesionales de salud mental del SSPA.
7. Elaborar, ejecutar y evaluar un plan de comunicación de este Plan Integral.

AP] En septiembre de 2007 se puso en marcha el proyecto "1decada4", iniciativa de la Junta de Andalucía sobre sensibilización social respecto a la enfermedad mental y las personas que la padecen. La campaña, basada en cuatro personajes diferentes con enfermedad mental (ansiedad, esquizofrenia, depresión y trastorno mental grave), incluye spots en televisión y cines, cuñas de radio, anuncios en prensa, carteles, postales y publicidad exterior. Además cuenta con la página web www.1decada4.es, un sitio pionero en España con información sobre el estigma y la discriminación.

AQ] La plataforma "Comunica Salud Mental" (CSM) es un espacio de comunicación interna creado para los profesionales de los servicios de Salud Mental del SSPA, al que se accede a través de la web del SAS www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud. CSM ofrece la posibilidad de acceder a noticias de actualidad y a otras informaciones de interés incorporadas por profesionales de Salud Mental, y al mismo tiempo, añadir documentos, solicitar la recepción de información mediante correo electrónico, realizar búsquedas, etc.

2.- PROMOCIÓN DE SALUD

2.1.- Promoción de la salud mental en la población

La promoción de la salud mental produce beneficios importantes en la salud de los individuos y, en general, en toda la sociedad, favoreciendo el bienestar y la calidad de vida de la población. Impulsar actividades de promoción de salud mental implica la creación de las condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan un óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico.

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a la comunidad.

En este sentido, la salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad. Es mucho más que la ausencia de enfermedad mental, ya que las condiciones y capacidades mencionadas en la definición tienen valor por sí mismas. Y de hecho, la promoción de la salud mental supone la adopción de este enfoque, basado en una perspectiva positiva de la salud mental, dirigida a involucrar a las personas y a empoderarlas para la mejoría de su la salud.

En general, la salud mental y los problemas mentales, al igual que la salud y la enfermedad, están determinados por muchos factores que interactúan de forma social, psicológica y biológica. De manera específica, existe evidencia creciente sobre cómo las redes de apoyo social y los estilos de vida saludables, especialmente la actividad física, contribuyen de manera efectiva a promover la salud mental en la población general.

La salud mental es una responsabilidad comunitaria, no sólo un interés individual. Los costes sociales y económicos de los problemas de salud mental son altos y la evidencia sugiere que continuarán aumentando si no se toman las medidas necesarias.

Se precisa de un cambio de perspectiva en los sistemas de atención a la salud mental, alejándose de una experiencia asistencial centrada casi en exclusiva en la provisión de servicios y acercándose a una atención que tome más en consideración la promoción de la salud mental.

Por todo ello, la estrategia de promoción de la salud mental es una prioridad de este Plan, estableciéndose objetivos y actividades de marcado carácter intersectorial, orientadas a favorecer el mayor grado de bienestar y calidad de vida de la población andaluza.

Objetivos específicos:

1. Potenciar los factores de protección de la salud mental de la población en las distintas etapas del ciclo vital. La OMS reconoce, entre otros, los siguientes factores protectores de la salud mental:



- a. estilos de vida saludables
- b. autoestima
- c. sentimientos de dominio y control
- d. sentimientos de seguridad
- e. destrezas sociales y de manejo de conflictos
- f. capacidad para afrontar el estrés
- g. capacidad para enfrentar la adversidad
- h. habilidades de resolución de problemas
- i. adaptabilidad
- j. apego positivo y lazos afectivos tempranos
- k. apoyo social de la familia y amistades
- l. roles igualitarios

2. Contribuir a favorecer la inclusión social de las personas y a minimizar o eliminar el aislamiento social, prestando una atención especial a la diversidad cultural.
3. Sensibilizar a la población sobre la importancia de desarrollar estilos de vida igualitarios que posibiliten la transformación de roles tradicionales de género y contribuyan a construir entornos psico-sociales sanos, seguros y libres de agresión y violencia verbal, emocional o física.
4. Impulsar la investigación de nuevas formas de intervención en promoción de la salud mental, así como en evaluación de las actividades que se desarrollen.
5. Incluir la intersectorialidad y la participación en todas las estrategias de promoción de la Salud Mental.

Actividades:

1. Incluir contenidos relacionados con la promoción de la salud mental y los factores protectores en los programas intersectoriales de promoción de salud que se desarrollan en los ámbitos educativos, comunitarios, sociales y laborales.
2. Impulsar y apoyar las medidas de promoción de alimentación equilibrada y actividad física definidas en el Plan de Actividad Física y Alimentación Equilibrada, y de deshabituación tabáquica recogidas en el marco del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía.
3. Diseñar junto con las entidades presentes al nivel local (ayuntamientos, asociaciones, ONGs, etc), acciones intersectoriales para potenciar la creación y mantenimiento de redes sociales.
4. Colaborar, con otros sectores implicados, en la formación de agentes y profesionales que desarrollan su labor en el ámbito comunitario, en aspectos relacionados con la promoción de la salud mental.
5. Incorporar contenidos relacionados con la promoción de la salud mental en los currículos académicos de pregrado y postgrado de las profesiones sanitarias, así como en sus actividades de formación continuada.

6. Desarrollar el diseño y la implantación de la técnica de Consejo Básico en promoción de salud mental^{AR}, impartido por profesionales, en los Centros asistenciales del SSPA, especialmente en el ámbito de la de Atención Primaria.
7. Crear un grupo de trabajo multidisciplinar e intersectorial con el objetivo de analizar, evaluar y proponer nuevas formas de intervención (nuevos formatos, nuevos canales, nuevos entornos) en el ámbito de la promoción de la salud mental.
8. Incorporar la perspectiva de género y de la diversidad a todas las iniciativas y actividades de promoción de la salud mental que se desarrollen al amparo de este Plan Integral.

2.2.- Promoción de la salud en personas con trastorno mental grave

Existe en la actualidad un nivel de conocimiento suficiente como para afirmar que las enfermedades mentales y, en particular, los trastornos mentales graves (TMG), están asociados a tasas de prevalencia más altas de problemas somáticos, a mayores tasas de mortalidad para determinadas patologías y a una esperanza de vida menor respecto a la población general.

Este aumento de morbilidad se debe en muchos casos a la aparición de patologías concurrentes, cuya prevención, diagnóstico y tratamiento se ve dificultada por el hecho de padecer una enfermedad mental.

Además, como en el resto de las personas, los estilos de vida y los entornos en los que su vida se desarrolla, son factores determinantes de su nivel de salud.

Lo anterior hace aconsejable desplegar mecanismos de promoción de la salud general en personas con enfermedad mental y articular mecanismos de coordinación y cooperación entre los diferentes agentes y organismos implicados en la atención de estas personas, de manera global y enfocando los problemas de salud desde una perspectiva biopsicosocial.

Objetivos específicos:

1. Promover conductas saludables en las personas con TMG.
2. Mejorar los entornos de vida de las personas con TMG para facilitar que puedan elegir las conductas más saludables.
3. Garantizar el acceso a los programas y actividades de promoción de salud de la población que padece TMG y a quienes ejercen su cuidado, en igualdad de condiciones que el resto de la población.
4. Impulsar el desarrollo intersectorial y participativo de estrategias específicas de promoción de salud dirigidas a quienes padecen TMG y a sus cuidadoras y cuidadores.
5. Promover la investigación en promoción de la salud y cuidados en el área de salud general en personas con TMG.

AR] La técnica del consejo sanitario básico consiste en detectar en consultas factores de riesgo o hábitos de vida no saludables, identificar las actitudes ante el cambio y hacer recomendaciones cuya eficacia haya sido evaluada.

Actividades:

1. Evaluar la adaptación para las personas con TMG de las medidas de promoción de alimentación equilibrada y actividad física definidas en el Plan de Actividad Física y Alimentación Equilibrada (consejo dietético básico y avanzado) y de deshabituación tabáquica (intervención mínima y avanzada individual y grupal) recogidas en el marco del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía.
2. Las personas con trastorno mental grave dispondrán, en su Plan Individualizado de Tratamiento, de objetivos y actividades de promoción de la salud física (tabaquismo, actividad física, alimentación equilibrada, salud bucodental, sexualidad saludable, etc.).
3. Se desarrollarán programas y/o actividades de promoción de salud (sesiones informativas, coloquios, debates, etc.) y se crearán recursos (materiales divulgativos) adaptados a sus características y necesidades y las de sus familias.
4. Diseñar y desarrollar programas de intervención sobre los entornos (casas hogar, pisos, comunidades terapéuticas, unidades de hospitalización, etc.) para la promoción de estilos de vida saludables, que permitan el ejercicio del derecho a optar por las conductas más saludables, sin olvidar la esfera de la sexualidad.
5. Desde los servicios de salud mental y dispositivos de apoyo social de FAISEM se realizará un plan de colaboración con instituciones y entidades involucradas, para impulsar el diseño de programas de ejercicio adaptados y el uso de instalaciones deportivas por las personas con TMG.
6. Se realizarán encuentros formativos entre los niveles de atención primaria, atención especializada y salud mental, incluyendo a los dispositivos de apoyo social, en torno a las patologías somáticas de mayor prevalencia en personas con TMG.
7. Se incorporará a los programas psicoeducativos dirigidos a pacientes y familiares información relacionada con la prevención y los cuidados de los problemas de salud más prevalentes.
8. Se realizarán estudios de ámbito regional sobre promoción de salud y cuidados en el área de salud general en personas con TMG y sobre la prevalencia de los problemas de salud más frecuentes.
9. Incorporar la perspectiva de género a todas las iniciativas y actividades de promoción de la salud en las personas con TMG que se desarrollen al amparo de este Plan Integral.

3. SALUD MENTAL Y GÉNERO

La OMS reconoce, específicamente, cómo el género determina el poder diferencial y el control que los hombres y las mujeres tienen sobre los determinantes socioeconómicos de sus vidas, su posición y condición social, el modo en que unas y otros son tratados dentro de la sociedad y, por tanto, también su susceptibilidad y exposición a riesgos específicos para la salud mental.

Los estudios epidemiológicos demuestran cómo determinados trastornos mentales, sobre todo aquellos más frecuentes (depresión, ansiedad y quejas somáticas) predominan en las mujeres, constituyendo un serio problema de salud pública. Este tipo de trastornos (y

las altas tasas de comorbilidad que se dan entre ellos) están asociados significativamente con factores de riesgo que tiene que ver con las funciones asignadas a las personas en función de su sexo. Estos factores de riesgo específicos de género incluyen, entre otros, las carencias socioeconómicas (mujeres tradicionalmente más empobrecidas por pensiones y salarios más bajos, dedicación a trabajos no remunerados, mayor número de personas a su cargo...), la condición y el rango social bajo o subordinado, la continua responsabilidad del cuidado de terceras personas o la violencia de género.

En concreto, la complejidad de las consecuencias para la salud relacionadas con la violencia aumenta cuando la victimización no se detecta y da como resultado altas y costosas tasas de utilización del sistema de salud en general y del sistema de salud mental.

Pese a todo, todavía no ha sido investigado en profundidad el grado en que estos factores de riesgo específicos de género (la denominada adversidad psicosocial acumulativa) afectan a la salud mental a largo plazo. Y a esto se suman los diversos sesgos que, por razón de género, se producen, tanto en los modelos de atención sanitaria, como en la investigación, en parte relacionados con la todavía escasa sensibilización de los colectivos profesionales y la falta de la integración del enfoque de género en la formación de las profesiones sanitarias.

Por todo ello, introducir la Perspectiva de Género en Salud Mental, como una herramienta de trabajo para la detección de la desigualdad entre mujeres y hombres, evaluar el modo como ésta condiciona el equilibrio emocional y la salud mental de las personas, así como avanzar hacia la implantación de roles igualitarios en el ámbito familiar, laboral y social, que contribuyan a la salud mental de las poblaciones actuales y venideras, se convierte en una prioridad para la red de profesionales de Salud Mental de Andalucía y para este Plan Integral.

Y, aunque la integración de este enfoque se ha procurado que sea transversal, a lo largo de todo el Plan Integral y de cada una de las estrategias y actividades propuestas, se ha considerado pertinente incorporar, además, una estrategia específica que visibilice la prioridad que el PISMA atribuye a este enfoque y aglutine determinadas propuestas que, por sus características, no se incorporan en el resto de estrategias.

Objetivos específicos:

1. Asegurar la incorporación de la perspectiva de género a todas las iniciativas que se promuevan y desarrollen desde este PISMA.
2. Generar una corriente social crítica que promueva y difunda entre la población andaluza nuevos modelos y estilos de vida igualitarios, como factores de protección de la salud mental.
3. Colaborar en la superación de los sesgos de género que tradicionalmente han impregnado nuestra cultura y, consecuentemente, la formación, la investigación y los modelos de promoción de la salud y de prevención y atención sanitaria a los problemas de salud mental.

4. Eliminar las desigualdades que, por factores ligados al género, se producen en el acceso a recursos y servicios.
5. Promover una representación igualitaria de hombres y mujeres profesionales de salud mental en los espacios de toma de decisiones y responsabilidad de la red pública de salud mental.

Actividades:

1. Creación de un grupo de trabajo permanente, que sirva para impulsar esta estrategia y que, con carácter asesor, colabore y proporcione apoyo y asesoramiento al resto de estrategias o actividades del PISMA.
2. Elaborar un plan de comunicación de la estrategia de salud mental y género (englobado en el plan de comunicación general del PISMA) que sirva de instrumento para sensibilizar a la población general, desarrollar estrategias específicas para colectivos de mayor riesgo de violencia y desigualdad sexista e implantar canales eficaces de comunicación entre profesionales.
3. Desarrollar una guía metodológica sobre cómo incorporar la perspectiva de género a las diversas estrategias de este Plan Integral.
4. Elaborar y poner en marcha un Plan de Formación en Género y Salud Mental dirigido a todos los colectivos profesionales implicados en la prevención y la atención de los problemas de salud mental, incluyendo a las diversas estructuras administrativas.
5. Fomentar la investigación en salud mental desde una perspectiva de género y desarrollar una línea de investigación específica en género y salud mental.
6. Incluir la perspectiva de género en los sistemas de gestión de calidad del PISMA (mediante la consideración de la igualdad de género como criterio explícito de calidad), incorporando el análisis de los problemas/barreras en el acceso a los recursos y servicios, las características de uso de los mismos y la satisfacción obtenida con las prestaciones.
7. Estudiar e implantar estrategias para facilitar la conciliación de la vida personal y profesional a la hora de implantar las acciones que propone este Plan Integral.
8. Reforzar la coordinación con la Consejería para la igualdad y Bienestar Social en el marco de la promoción de la igualdad de género y la prevención y atención de la violencia de género

4.- PREVENCIÓN Y ENFERMEDAD MENTAL

En términos generales, prevenir un problema de salud supone, por un lado, identificar los factores de riesgo, detectarlos precozmente y cuando sea posible, intervenir para evitar la aparición de la enfermedad y, por otro lado, la detección precoz de la propia enfermedad y su adecuado tratamiento.

Los conceptos de prevención y promoción están íntimamente relacionados, en la medida en que los factores de riesgo están asociados con una mayor probabilidad de aparición, gravedad y duración de los principales problemas de salud y los factores de protección se

refieren a las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a estos factores de riesgo.

La prevención de los trastornos mentales tiene el objeto de reducir la incidencia, prevalencia y recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, así como el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad.

De manera específica, la prevención de la depresión y el suicidio son algunas de las prioridades en las estrategias en salud mental de ámbito nacional e internacional. La promoción de una buena salud mental, las medidas preventivas, la detección precoz y un tratamiento adecuado son medidas claves para disminuirlos.

Tal como ocurre con las actividades de promoción de salud, los sistemas de atención a la salud mental deben ahondar en las actuaciones preventivas de carácter intersectorial, aspecto ya planteado en los principios del modelo comunitario, pero con escasa presencia en la práctica cotidiana actual.

Por todo ello, este Plan Integral apuesta por esta estrategia, que aborda dos aspectos complementarios. Por un lado la prevención de los problemas de salud mental en la población general y, por otro, la mejoría en el acceso a las actividades preventivas ofertadas a la población, a las personas que padecen enfermedad mental grave.

Objetivos específicos:

1. Disminuir la incidencia de problemas de salud mental evitables.
2. Mejorar la detección precoz de los problemas de salud mental a todas las edades y en todos los grupos sociales, especialmente en los más vulnerables.
3. Abordar, de forma específica, la prevención del suicidio.
4. Mejorar la accesibilidad a las actividades generales de prevención y detección precoz ofertadas en el SSPA a las personas que padecen TMG y a quienes ejercen su cuidado.

Actividades:

1. Definir una estrategia específica para la prevención, la detección precoz y el correcto manejo del duelo patológico en consultas de atención primaria y salud mental y evitar la medicalización innecesaria de los procesos de duelo normales.
2. Desarrollar un plan de formación para la detección precoz y correcta valoración de síntomas y signos de malestar psicosocial y de las consecuencias de la convivencia en entornos en los que se sufre violencia, subordinación o marginación.
3. Crear un grupo de trabajo con la finalidad de revisar la evidencia disponible sobre detección de riesgo suicida y elaborar pautas de actuación a incorporar a la práctica clínica.
4. Diseñar e implantar el consejo preventivo, la evaluación estandarizada del sobreesfuerzo de las personas cuidadoras de pacientes con enfermedades crónicas (incluido



el TMG) y/o con dependencia y establecer planes de cuidados para su abordaje de la forma más precoz posible.

5. Habilitar mecanismos de coordinación y asesoramiento de acciones intersectoriales destinadas al diseño y desarrollo de las actuaciones preventivas dirigidas a los grupos más vulnerables.
6. Evaluar las actuales estrategias de prevención terciaria (prevención de recaídas y cronicidad) para favorecer las mejores prácticas de recuperación e inclusión social de las personas con enfermedad mental.
7. Estudiar las barreras existentes para el acceso de las personas que padecen TMG y de sus cuidadoras y cuidadores a los servicios preventivos y programas de detección precoz que se ofertan a la población general y diseñar estrategias para superarlas.
8. Diseñar estrategias de prevención de situaciones de maltrato y desprotección de personas con TMG (negligencia, abandono, abuso económico, privación de intimidad, violencia de género, etc.)
9. Incorporar en los currículos académicos de pregrado y postgrado, así como en actividades de formación continuada, contenidos relacionados con la prevención de trastornos mentales.

5.- RED SANITARIA, MODELO ORGANIZATIVO Y CARTERA DE SERVICIOS.

En consonancia con el primer Plan Integral, es necesario continuar potenciando la red de atención a la salud mental, de cara a consolidar el modelo comunitario y avanzar en la perspectiva de la recuperación.

Trascurridos más de 20 años del diseño de los Servicios de Salud Mental para Andalucía (que se basaron en las características demográficas, sociales y estructurales de los primeros años de la década de los 80) y con la experiencia y los datos objetivos acumulados durante este periodo, este Plan debe contemplar una nueva reordenación y estandarización de las estructuras y ofertas de servicios de salud mental (según recomendaciones internacionales de la OMS y siguiendo las directrices establecidas en el Decreto 77/2008, de ordenación de los Servicios de Salud Mental)..

En la actualidad, existe variabilidad en la oferta y el acceso a servicios de los diferentes dispositivos de salud mental, más acusada quizás en las URSM, HDSM y CTSM. Esta circunstancia, junto a la aparición de nuevas necesidades de atención, hace también necesaria la revisión de la cartera de servicios de salud mental, de cara a establecer un modelo equitativo, eficiente y adaptado a las necesidades reales de la población.

Objetivos específicos:

1. Potenciar la red de atención a la salud mental y garantizar la equidad y accesibilidad en la distribución de recursos, en función de criterios poblacionales, así como de los aspectos funcionales y organizativos de las diferentes UGCs de salud mental.
2. Mejorar el ambiente terapéutico de los dispositivos de salud mental para garantizar la humanización de la atención y favorecer el proceso de continuidad de cuidados y recuperación de las personas atendidas.

3. Ofertar una única cartera básica de servicios de salud mental, que se base en las necesidades y demandas actuales de la población y en el conocimiento científico y que se ajuste a la realidad demográfica, cultural y social de Andalucía.
4. Estandarizar la cartera de servicios de los distintos dispositivos asistenciales de salud mental basada en recomendaciones de la OMS.
5. Mejorar los mecanismos de comunicación, cooperación y coordinación efectiva en el sistema sanitario (AP, SM y otras especialidades), así como con otras instituciones (FAISEM, educación, justicia,...), para garantizar la continuidad asistencial y el uso adecuado de los servicios.

Actividades:

1. Incrementar los recursos sanitarios de salud mental, según lo detallado en la tabla 20.

Tabla 20: Incremento de recursos sanitarios de salud mental. SSPA, 2008-2012

Modalidad de dispositivo	Incremento
Unidades de Salud Mental Comunitaria	Creación de 5 nuevas USMC.
	Incremento de la dotación de personal facultativo (psiquiatría y psicología clínica) hasta conseguir una ratio de 7 profesionales por 100.000 habitantes*.
	Incremento de la dotación de enfermeras/os hasta conseguir una ratio de 3 profesionales por 100.000 habitantes*.
Comunidades Terapéuticas de Salud Mental	Creación de 2 nuevas CTSM con un total de 40 camas y sus correspondientes plazas de hospitalización parcial.
Hospitales de Día de Salud Mental	Creación de 5 nuevos HDSM con un total de 100 plazas.
Unidades de Hospitalización de Salud Mental	Dotación de 60 camas en UHSM.

*La ratio establecida podrá modificarse en función de las características de la población de referencia en las diferentes USMC, así como de aspectos funcionales y organizativos de sus respectivas UGCs de salud mental.

2. Revisar el ambiente terapéutico (espacio físico, dinámica de funcionamiento y ambiente relacional) de los distintos dispositivos de salud mental y elaborar e implantar un plan de mejora en cada UGC de salud mental.
3. Constituir un grupo de trabajo de organización y cartera de servicios, para elaborar una única cartera básica de servicios en salud mental y estandarizar la oferta asistencial en los diferentes dispositivos.
4. Incorporar en la cartera de servicios de salud mental los elementos necesarios para la consecución de los objetivos de este Plan.

5. Aplicar el European Service Mapping Schedule "ESMS"^{AS} para la descripción estandarizada de los servicios de salud mental y la realización de un mapa detallado de dichos servicios en Andalucía.
6. Establecer, una vez elaborada la cartera básica de servicios en salud mental prevista en esta estrategia, nuevas ratios de recursos (humanos, materiales y estructurales), así como los mecanismos de coordinación necesarios que permitan su cumplimiento.

6.- APOYO SOCIAL A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Desde la perspectiva de la atención comunitaria en salud mental, las personas con trastornos mentales graves pertenecen a uno de los grupos objeto de atención prioritaria. A ellos va destinado el Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave y en sus propuestas se incluyen, al lado de las pertinentes intervenciones sanitarias, la provisión de programas y recursos de apoyo social.

Los programas de apoyo social para personas con trastorno mental grave incluyen distintas estructuras y actividades destinadas a facilitar la permanencia activa de éstas en la comunidad, mediante la atención en áreas como la vivienda, la ocupación, el empleo, el ocio, la tutela jurídica, etc. Intervenciones que, cuando sea posible, deberían ser prestadas por parte de las redes generales de servicios, pero que en muchas ocasiones y dada su especificidad, requieren estructuras más especializadas.

En Andalucía estos programas son gestionados por la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM), en estrecha colaboración con los servicios sanitarios de salud mental del SSPA.

Este II Plan pretende avanzar en el desarrollo de estos programas, teniendo como referencia valores clave, como son: la búsqueda de una calidad creciente sobre la base de una atención comunitaria orientada hacia la recuperación; una coordinación intersectorial más efectiva; una mayor participación de usuarios, usuarias, profesionales y familias; y la universalización de las prestaciones en el marco de la aplicación progresiva de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia.

Objetivos Específicos:

1. Aumentar la cobertura de los distintos programas de apoyo social, con garantía de equidad (territorial y de género).
2. Incrementar la calidad de las prestaciones en los distintos programas y adecuarlas al desarrollo de conocimientos técnicos así como a los valores que caracterizan la atención comunitaria.
3. Potenciar la coordinación entre la atención sanitaria y programas específicos de apoyo social, como pilar básico de la atención.

AS] El ESMS es un instrumento diseñado para la descripción estandarizada de servicios de salud mental en el ámbito europeo (Johnson et al., 2000), que ha sido traducido y validado a la población española (Salvador-Carulla et al., 2005).

4. Mejorar la coordinación con los servicios dependientes de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social en el marco del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
5. Impulsar la coordinación con el movimiento asociativo, así como con los servicios de apoyo al empleo, el sistema educativo y la administración de justicia.
6. Avanzar en el conocimiento sobre necesidades de atención y resultados de las intervenciones de apoyo social, incorporando la perspectiva de género, de cara a favorecer el proceso de recuperación de las personas atendidas.

Actividades:

1. Adecuar la oferta de recursos de apoyo social según las previsiones cuantitativas para el periodo 2008-2012 que se detallan en la tabla 21.

Tabla 21: Incremento de recursos de apoyo social. FAISEM 2008-2012

Programa	Dispositivo/ Subprograma	Incremento 2008-2012	Situación prevista a 2012	
			Plazas	Plazas/100.000
Residencial	Casas Hogar	458	1.200	15,0
	Viviendas Supervisadas	533	1.200	15,0
	Apoyo domiciliario	778	1.200	15,0
	TOTAL	1.799	3.600	45,0
Ocupacional - laboral	Talleres	149	2.400	30,0
	Cursos FP	39	300	
	Empresas Sociales *	125	350	
	SOAE **	Equipos	7	15
		Personas atendidas	548	3.000
		Contratos	548	1.500
Ocio y Tiempo Libre	Club Social	993	2.400	30,0
Programa de atención a personas con TMG sin hogar	Programas provinciales		8	
Tutelas	Instituciones Tutelares		8	

* Puestos de trabajo de personas con TMG

** Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo

2. Instaurar medidas para favorecer el acceso de las mujeres que padecen TMG a los programas específicos de apoyo social en condiciones de igualdad, en colaboración con los servicios de Salud Mental.
3. Extender el Plan de Calidad de FAISEM al conjunto de programas de apoyo social.
4. Formalizar, implantar y evaluar los acuerdos anuales de cooperación con el Servicio Andaluz de Salud.
5. Elaborar procedimientos de actuación conjunta entre los servicios sociales comunitarios, los de salud mental y los de FAISEM, para la inclusión del Programa Individual de Atención a personas con Trastorno Mental Grave en situación de dependencia en el Plan Individualizado de Tratamiento^{AT}.
6. Elaborar acuerdos anuales específicos con las distintas asociaciones de familiares y personas usuarias y los servicios de Educación, Empleo y Justicia.
7. Establecer acuerdos de colaboración entre distintas instituciones, FAISEM, los servicios de salud mental y el movimiento asociativo, con la finalidad de acercar a las personas con enfermedad mental grave al mundo del arte y la cultura, la actividad física y el deporte, en los espacios naturales donde se desarrollan estas actividades.
8. Diseñar y ejecutar un plan de formación dirigido a profesionales de los recursos de apoyo social, así como de otros sectores implicados en la atención social a personas con TMG.
9. Diseñar y desarrollar estudios de investigación que profundicen sobre las necesidades de atención y resultados de las intervenciones de apoyo social.

7.- ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN ANDALUZA

Los servicios de salud mental deben garantizar una atención integral e integrada a los problemas de salud mental de la población andaluza, asegurando la continuidad de las intervenciones que se proporcionen desde la red asistencial.

Por ello, es una prioridad de este Plan impulsar la gestión por procesos asistenciales integrados (PAI) para el abordaje de los trastornos mentales, especialmente de aquellos relacionados con los problemas de salud mental más prevalentes y de los que, por su complejidad, precisan de la implicación de diferentes profesionales, sectores y niveles asistenciales.

AT] La Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, establece la elaboración de un Programa Individual de Atención (PIA) para aquellas personas en situación de dependencia y con derecho a las prestaciones establecidas en la Ley. En Andalucía, el procedimiento para el reconocimiento del grado de dependencia y asignación de prestaciones en el PIA, está regulado por el Decreto 168/2007, de 12 de junio (BOJA n. 119, de 18 de Junio de 2007). El PIA, elaborado por los Servicios Sociales Comunitarios, debe articularse con el más global Plan Individualizado de Tratamiento (PIT) del Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave, según acuerdo establecido en la Comisión Central Intersectorial (acta de 9 de noviembre de 2007). Las Comisiones Provinciales Intersectoriales constituyen el espacio para integrar la información, previa a la resolución definitiva del PIA, así como de la asignación de prestaciones, en su caso, en el programa correspondiente de FAISEM. Cuando la propuesta de PIA se refiere a una persona con trastorno mental grave, ésta será estudiada en la Comisión Provincial Intersectorial. El PIA saldrá de la propuesta formulada por esta Comisión.

Dada su prevalencia, es espacialmente necesario culminar la implantación y desarrollo efectivo del PAI Ansiedad, Depresión y Somatizaciones, impulsando la cooperación entre salud mental y atención primaria e incorporando el enfoque de género en todo su desarrollo.

Asimismo, se pretende dar respuesta a las demandas de atención generadas por problemas de la vida cotidiana, evitando la medicalización del malestar social de la población, problema éste cada vez más frecuente y de especial relevancia en las mujeres.

Objetivos específicos:

1. Garantizar una atención sanitaria a los problemas de salud mental basada en la continuidad asistencial y en la mejor evidencia científica disponible y en los principios del paradigma de la recuperación.
2. Mejorar la accesibilidad al nivel más adecuado de atención sanitaria y la calidad de la atención prestada en cada uno de los niveles asistenciales que abordan los problemas de salud mental.
3. Asegurar una atención sanitaria que garantice la protección de la dignidad personal y la salvaguardia de los derechos de las y los pacientes y de sus cuidadoras y cuidadores.
4. Estructurar y potenciar los espacios de cooperación con atención primaria y otras especialidades para el abordaje de los trastornos mentales y de las demandas asistenciales generadas por los modelos de socialización, la distribución sexual de trabajos y roles y las situaciones y problemas de la vida cotidiana.
5. Incorporar la perspectiva de género a los modelos de atención en salud mental y asegurar la correcta atención, con este enfoque, de los problemas de salud mental y de aquellos derivados de las situaciones de desigualdad de género y de acoso y violencia sexista.

Actividades:

1. Realizar actividades de sensibilización y formación orientadas a incorporar la perspectiva de la recuperación al modelo comunitario de atención que se presta a las personas con problemas de salud mental en el SSPA.
2. Impulsar la implantación y extender la cobertura de los PAIs relacionados con el PISMA. Respecto a los PAIS Ansiedad, Depresión y Somatizaciones y Trastorno de la Conducta Alimentaria, se alcanzará el 100% de su implantación.
3. Revisar y actualizar sistemáticamente los PAIs existentes y las guías de práctica clínica de uso habitual, en base a la mejor evidencia disponible y teniendo en cuenta la perspectiva de género.
4. Evaluación anual de las normas de calidad de los PAIs mediante los sistemas de información establecidos.
5. Analizar, tanto desde la perspectiva profesional como de la propia ciudadanía, qué patologías requieren de desarrollo de PAIs debido a su prevalencia, gravedad y/o complejidad de intervención e impulsar su elaboración.
6. Estudiar las barreras existentes para el acceso a los servicios sanitarios de las personas que padecen enfermedades mentales e impulsar el desarrollo de medidas

correctoras, prestando una atención especial a aquellos colectivos atendidos por otras instituciones no sanitarias (p.e. personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental, personas con enfermedad mental internadas en residencias de mayores, etc.).

7. Elaborar, en colaboración con el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, una guía de actuación ante situaciones de urgencias de salud mental.
8. Elaborar con metodología participativa (atención primaria, salud mental y ciudadanía) material divulgativo que ayude a las personas a afrontar las dificultades de la vida cotidiana.
9. Desarrollar y difundir entre profesionales de la salud una guía de actuación ante situaciones de duelo, que garantice la no medicalización innecesaria de los duelos normales y la detección precoz y correcto abordaje de los duelos patológicos en el nivel más adecuado de atención.
10. Poner en marcha programas formativos destinados a implantar un modelo de atención que permita “desmedicalizar” los problemas y conflictos habituales de la vida diaria y fomentar el uso racional del medicamento en los trastornos de la esfera de salud mental.
11. Incorporar a los protocolos y algoritmos diagnósticos y terapéuticos elementos que sirvan para disminuir el sesgo de género en la precisión diagnóstica y el esfuerzo terapéutico, así como incluir en las historias clínicas preguntas-centinela y específicas sobre desigualdad, creencias sexistas, roles de género y violencia sexista en la práctica clínica habitual.
12. En colaboración con el Plan Integral de Oncología de Andalucía y en el contexto de la red de salud mental, llevar a cabo estrategias específicas de intervención conjunta, que garanticen el desarrollo del programa de apoyo psicológico a las personas que padecen enfermedades oncológicas y sus familiares.
13. Impulsar la implantación en la red de salud mental del protocolo de actuación sanitaria ante las situaciones de violencia hacia las mujeres basado en las recomendaciones del Consejo Interterritorial de Salud y adaptado a la Comunidad Autónoma andaluza.
14. Establecer, en los Acuerdos de Gestión Clínica, objetivos que garanticen que las personas con TMG, así como quienes ejercen su cuidado, puedan acceder en igualdad de condiciones al ejercicio de sus derechos como personas usuarias del SSPA: libre elección, consentimiento informado, participación en decisiones clínicas, privacidad, información accesible y comprensible, derecho a la inscripción en el registro de voluntades anticipadas, etc.

8.- ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

La infancia y la adolescencia son etapas del desarrollo humano que requieren, por su complejidad, especificidad, necesidades del entorno y por su vulnerabilidad a los cambios sociales, un tratamiento diferente al de las personas adultas.

Es necesario que, dentro de las líneas estratégicas de salud mental, queden explicitadas estas diferencias y se desarrollen actuaciones transversales de promoción de salud, detección e intervención precoz en las patologías más graves y prevalentes. Por eso, este Plan Integral recoge una línea específica dirigida a este grupo poblacional.

Estas actuaciones, que se desarrollan tanto en los Servicios Sanitarios, como en el entorno familiar, educativo y comunitario, han demostrado ser eficaces para mejorar las competencias afectivas, cognitivas y sociales de niños, niñas y adolescentes, repercutiendo de manera positiva en el bienestar mental y en la calidad de vida de las y los menores y sus familias.

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS, los programas de promoción y prevención en salud mental de la infancia y adolescencia han de desarrollarse desde las primeras etapas evolutivas, incluida la atención perinatal, prestando una especial atención a la promoción de un apego positivo y de lazos afectivos tempranos. Y han de continuar a lo largo de estas edades, fundamentalmente mediante intervenciones que fomenten la salud mental positiva.

Además, la atención a la salud mental en la infancia y adolescencia debe ser sensible a los cambios sociales y a las nuevas expresiones sintomáticas motivadas por los mismos que, en ocasiones, se traducen en problemas que se perciben como especialmente relevantes en estos grupos de población (trastornos de la conducta alimentaria, dificultades atencionales, problemas conductuales...).

Es un compromiso institucional impulsar aquellas iniciativas que permitan educar a las y los menores en la protección de sus derechos, en el conocimiento de sus deberes, la convivencia solidaria, las relaciones igualitarias y el respeto a las demás personas.

Objetivos específicos:

1. Incorporar la perspectiva de promoción y prevención en salud mental a las iniciativas dirigidas a la infancia y adolescencia.
2. Potenciar los factores protectores de la salud mental y reducir los factores de riesgo en los entornos familiares, escolares, comunitarios y sanitarios.
3. Garantizar la coordinación intersectorial y favorecer la atención integral a los problemas de salud mental de la infancia y de la adolescencia.
4. Adecuar los recursos y los modelos de atención a las necesidades específicas de cada grupo de edad (infancia y adolescencia), con enfoque de género y de diversidad.
5. Completar y homogeneizar los recursos y cartera de servicios de salud mental de la infancia y la adolescencia en la Comunidad Autónoma.
6. Potenciar el trabajo conjunto con familia y escuela para dar continuidad al cuidado de los y las menores, evitando la interrupción de su desarrollo evolutivo y de su aprendizaje.

Actividades:

1. Se desarrollarán los acuerdos entre las Consejerías de Salud, Educación, Igualdad y Bienestar Social y Justicia y se creará una comisión de seguimiento que permita dar respuesta a los problemas de la infancia y adolescencia que requieren intervenciones intersectoriales.
2. Se coordinarán las actuaciones del PISMA con otras iniciativas, como el Plan de Humanización de la Atención Perinatal de Andalucía, la Estrategia Forma Joven y otras que se desarrollen desde el sistema sanitario público andaluz.
3. Se realizarán actividades formativas y divulgativas dirigidas a madres, padres y educadores, orientadas a la promoción de salud y la prevención de la enfermedad mental.
4. Se elaborará un “Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia en Andalucía” que refleje las bases conceptuales y modelo de atención, los recursos y necesidades asistenciales, los espacios de cooperación intersectorial necesarios en este ámbito, la evaluación y las estrategias de mejora.
5. La cartera de servicios para la atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia debe incluir programas ambulatorios, de hospital de día y de hospitalización completa, diferenciando espacios para las edades infantil y adolescente, en base a las características de cada etapa del desarrollo.
6. Se desarrollarán e implantarán protocolos de actuación conjunta entre atención primaria, salud mental y otras instituciones que intervengan en la atención de menores, para garantizar la continuidad de cuidados y la coordinación intersectorial e interniveles.
7. Se revisarán y actualizarán los PAIs relacionados con la salud mental de la infancia y adolescencia y se elaborarán nuevos procesos o subprocesos sobre aquellas patologías que lo requieran.
8. Se establecerán mecanismos de coordinación y colaboración entre los profesionales de los distintos sectores que intervienen en el Programa de Atención Temprana, que permitan optimizar el desarrollo de las acciones relacionadas con la atención a los Trastornos Generalizados del Desarrollo (autismo y otros).
9. En las consultas de atención primaria a menores, se incluirá la detección precoz de situaciones de riesgo psicosocial, con especial atención a aquellos casos cuyos progenitores padecen una enfermedad mental grave.
10. Se realizará un estudio epidemiológico y de la situación actual de la atención a la salud mental de la infancia y adolescencia, que permita conocer, evaluar y proponer actuaciones de futuro en base a criterios de calidad y equidad.

9.- DETECCIÓN E INTERVENCIÓN PRECOZ DE LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS

La mayoría de los casos de psicosis se empiezan a tratar en los servicios de atención a la salud mental cuando llevan años de sufrimiento personal y familiar y cuando se ha producido un grave deterioro de la vida familiar y social, y de la integración educativa o laboral de las personas con trastornos psicóticos. Hay que tener en cuenta que la duración

de la psicosis sin tratar y la evolución de los 3-5 primeros años de la enfermedad (conocido como periodo crítico) han demostrado ser determinantes para el pronóstico.

Por tanto, son necesarios programas para detectar lo antes posible el trastorno psicótico, que permitan reducir el periodo de enfermedad sin tratar, así como programas de tratamiento asertivo que aseguren, durante los primeros años de la enfermedad, intervenciones de calidad basadas en la mejor evidencia disponible. Estos programas deben orientarse a la recuperación de la vida educativa o laboral de la juventud y a que las familias se sientan apoyadas y partícipes del proceso de ayuda.

En estas primeras etapas hay que destacar la importancia de los modelos de comunicación y del lenguaje que se utiliza a la hora de transmitir la información a las personas afectadas, de modo que, además de facilitar la comprensión, permitan preservar la autoestima y evitar la estigmatización.

Para implantar este nuevo paradigma de atención es necesaria la implicación de la sociedad en su conjunto, ya que supone un cambio en la visión y el conocimiento de la psicosis, tanto en los ámbitos asistenciales y educativos como por parte de las personas jóvenes y sus familias.

Objetivos específicos:

1. Garantizar un programa integral de detección e intervención temprana en psicosis orientado a la recuperación, basado en la evidencia y desarrollado de manera asertiva con continuidad de la atención al menos durante los tres primeros años.
2. Mejorar la coordinación, facilitar el intercambio de información y unificar criterios de actuación entre todos los ámbitos implicados (salud, igualdad y bienestar social, educación, justicia, familia, movimiento asociativo, etc.).
3. Capacitar en esta área a los colectivos profesionales involucrados.

Actividades:

1. Estudio y elaboración, por un grupo de trabajo intersectorial, de una propuesta de consenso sobre detección e intervención precoz en la psicosis en Andalucía, que aborde estándares asistenciales y de calidad y necesidades de coordinación y de reorganización de los servicios.
2. Elaboración, en el marco del proceso Trastorno Mental Grave, de un subproceso de fase temprana de la psicosis.
3. Las UGC de salud mental realizarán los cambios organizativos necesarios para garantizar una atención sanitaria de calidad a aquellas personas que presentan síntomas prodrómicos o un primer episodio de psicosis y a sus familias.
4. Dentro del plan de formación del PISMA, las UGC desarrollarán actividades formativas dirigidas a profesionales de los distintos estamentos que trabajan en salud mental sobre detección e intervención temprana en la psicosis.

5. Las UGC de Salud Mental impulsarán mecanismos de coordinación interniveles e intersectorial para garantizar la implantación local del subproceso de fase temprana de la psicosis.
6. En colaboración con los distintos niveles y sectores implicados, se promoverá el desarrollo de acciones formativas dirigidas a los diversos grupos profesionales que participan en actividades de detección e intervención temprana en la psicosis.

10.- TRATAMIENTO INTENSIVO EN LA COMUNIDAD PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

En el Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave se menciona la necesidad de crear equipos o programas que puedan realizar funciones de seguimiento y apoyo continuado a pacientes con "conductas disruptivas y en situación de aislamiento social, abandono y baja adherencia al tratamiento", basado en el modelo funcional de tratamiento asertivo en la comunidad.

Los programas de tratamiento intensivo en la comunidad tienen el objetivo de ofertar asistencia sociosanitaria en el entorno natural de personas con TMG, cuyas necesidades no pueden ser satisfechas totalmente desde los servicios habituales de salud mental, con la finalidad de mejorar la calidad de la atención recibida, así como disminuir el riesgo de cronificación.

Es una forma de organizar el acceso a la atención sociosanitaria de las personas con TMG que presentan problemas de "alta complejidad". Los programas no son tratamientos en sí mismos, sino el vehículo a través del cuál se facilitan los tratamientos, la rehabilitación, los cuidados y los apoyos necesarios, mediante un equipo multidisciplinar e intersectorial, adecuadamente entrenado.

Si bien, este grupo de pacientes es atendido en la red sanitaria y social existente en Andalucía, es preciso dar un nuevo impulso para mejorar la atención que se les presta. Y es por ello, que este Plan incorpora los programas de tratamiento intensivo en la comunidad como una de sus líneas estratégicas.

Objetivos específicos:

1. Establecer, desde las Áreas o Unidades de Gestión Clínica de salud mental, programas de tratamientos y cuidados intensivos y comunitarios para las personas con TMG de difícil abordaje, adaptados a las características del modelo comunitario de atención a la salud mental existente en Andalucía y basado en la mejor evidencia científica disponible.
2. Definir con precisión los criterios de inclusión para acceder a estos programas, determinando límites de entrada y salida y garantizando la equidad de acceso.
3. Dotar a la red asistencial con los recursos necesarios para llevar a cabo estos programas.

4. Garantizar una coordinación adecuada entre las administraciones y los dispositivos intersectoriales implicados en la atención a este grupo de pacientes, que permita la continuidad en el desarrollo de su plan de tratamiento.



Actividades:

1. Crear un grupo de trabajo que elabore directrices a nivel regional, con los objetivos y actividades de los programas de tratamiento intensivo en la comunidad, basados en el proceso asistencial TMG y en el modelo funcional de los tratamientos asertivos comunitarios, y que defina los criterios de inclusión para acceder a los mismos.
2. Identificar los recursos humanos y los cambios organizativos necesarios para el desarrollo de estos programas.
3. Implantar, en las Áreas o UGC de salud mental, los programas de tratamiento intensivo en la comunidad, según las directrices que se establezcan a nivel regional.
4. Ofertar un plan de formación específica para profesionales que participen en los programas de tratamiento intensivo comunitario.
5. Establecer, en el seno de las comisiones intersectoriales provincial y central^{AU}, acuerdos para el mejor desarrollo de estos programas, asumiendo cada entidad la implicación necesaria para su desarrollo.

11.- ATENCIÓN ESPECÍFICA A PERSONAS CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

El aumento de la incidencia de los Trastornos de Personalidad (TP)^{AV} constituye en la actualidad un problema sanitario relevante por la complejidad de su clínica, la dificultad para su diagnóstico temprano, la respuesta frecuentemente insatisfactoria a los tratamientos disponibles y la carencia de propuestas claras sobre intervenciones terapéuticas multidisciplinarias.

En los casos de más gravedad, las personas con TP generan un elevado nivel de sufrimiento propio y familiar, así como una altísima carga asistencial que no tiene una repercusión proporcional en la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias. Asimismo, las y los profesionales sienten que carecen de las habilidades, el entrenamiento y los recursos suficientes para proporcionar una atención adecuada.

Esta situación hace que los TP vayan adquiriendo una enorme repercusión social, siendo necesario un abordaje terapéutico intersectorial, y que ha demostrado eficacia, de cara a aumentar la calidad asistencial y, por consiguiente, la calidad de vida de las personas con TP y la de sus familias.

AU] Comisiones descritas en el apartado 2.2.2.- Recursos Específicos (FAISEM)

AV] Las personas atendidas en las USMC con Trastornos de Personalidad durante los años 2003 y 2006 se han visto incrementadas en un 35%, pasando de una tasa por 100.000 habitantes de 70, 5 en 2003 a 94,9 en 2006 (tabla 3).

Objetivos específicos:

1. Conocer la prevalencia de trastornos de personalidad, tanto en la población general como en la atendida en el SSPA, así como la utilización de los recursos sanitarios y sociales por parte de este grupo de pacientes.
2. Fomentar la detección e intervención temprana del TP en personas adultas así como del TP incipiente en la adolescencia.
3. Ofrecer una atención intersectorial, especializada y diferenciada, a las personas con TP en la red sanitaria y social.
4. Fomentar la investigación y mejorar la capacitación de los colectivos profesionales involucrados en la atención a personas con TP.

Actividades:

1. Realizar un estudio epidemiológico sobre TP en la población andaluza.
2. Crear un grupo de trabajo con la finalidad de elaborar un subproceso de TP en el marco del PAI Trastorno Mental Grave, que aborden entre otros los siguientes elementos: detección y evaluación de necesidades, modalidades de intervención, organización de servicios, necesidades de formación e investigación, etc.
3. Implantar de forma prioritaria las estrategias de detección e intervención precoz previstas en el subproceso de TP, en atención primaria y salud mental.
4. Elaborar y poner en marcha de un programa permanente de formación específica en TP dirigido a los colectivos profesionales implicados en la atención a las personas con TP.

12.- ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS EN RIESGO O SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL

El término exclusión social hace alusión a la situación final de un proceso que se caracteriza por la ruptura con los tres principales sistemas de apoyo social: la familia como sistema de apoyo emocional y económico; los mercados de trabajo y de alojamiento; y los servicios públicos y los sistemas de seguridad social. Este concepto engloba aspectos distributivos y relacionales.

Dentro de la población en riesgo o situación de exclusión social se incluyen las personas sin hogar, determinadas personas inmigradas y otras personas que viven en situación grave de precariedad. Estas características de riesgo de exclusión se ven potenciadas en determinados grupos sociales, como las personas con drogodependencias y las personas que están o han estado en prisión o en centros de internamiento de menores, que padecen algún trastorno mental o que, por su vulnerabilidad ante estas situaciones de exclusión, están en riesgo de padecerlo. Además, los estudios demuestran una mayor prevalencia de trastornos mentales en estos colectivos.

Todos tienen en común la dificultad para poder hacer uso de sus derechos de ciudadanía y de manera específica, en lo referente a sus necesidades de atención de salud mental,

tienen problemas para acceder a los servicios en los que reciben una atención no siempre adaptada a sus necesidades.



Objetivos específicos:

1. Potenciar y/o mejorar la coordinación intersectorial con las entidades que atienden a las personas en riesgo o situación de exclusión social.
2. Facilitar un abordaje integral que garantice la continuidad asistencial y de cuidados de las personas excluidas socialmente con problemas de salud mental y que contemple las necesidades particulares de cada colectivo.
3. Mejorar la accesibilidad de esta población a los servicios de salud mental.
4. Mejorar el conocimiento sobre incidencia y prevalencia de los trastornos mentales en cada uno de estos colectivos.

Actividades:

1. Profesionales de los servicios de salud mental participarán en los espacios de coordinación intersectorial con aquellas instituciones y organizaciones que trabajen con las personas sin hogar.
2. Apoyar, desde los servicios de salud mental y de integración social, la creación de "Centros de Día de Baja Exigencia" para personas sin hogar con enfermedad mental.
3. Adaptar y contextualizar los programas de intervención en salud mental a las características biológicas, psicológicas, sociales y culturales, así como a las creencias y valores de las personas inmigrantes con enfermedad mental, teniendo en cuenta la perspectiva de género.
4. Se traducirán, adaptarán y difundirán materiales informativos que faciliten a la población inmigrante el acceso a los servicios de salud mental.
5. Realizar un proyecto de investigación que permita contar con información precisa sobre la prevalencia e incidencia y las necesidades de atención de salud mental de la población reclusa, con el grado de desagregación necesario para detectar desigualdades e inequidades.
6. Establecer un programa de actuación conjunta orientado a la recuperación e inclusión social de las personas con trastorno mental en régimen penitenciario, consensuado entre instituciones penitenciarias, servicios sanitarios y sociales y movimiento asociativo.
7. Las UGC de salud mental con centros penitenciarios ubicados en su zona de influencia, desarrollarán conjuntamente con los servicios sanitarios de dichos centros penitenciarios, planes de formación continuada que garanticen una adecuada capacitación de profesionales que atienden los problemas de salud mental en la población reclusa.
8. Se propiciarán espacios de colaboración con la Consejería de Justicia y Administración Pública que permitan mejorar la atención a las personas menores de edad con enfermedad mental, atendidas en los Centros de Internamiento Terapéutico o en Centros de Tratamiento Ambulatorio, dependientes de dicha Consejería.

9. Revisar y actualizar, conjuntamente con la Dirección General de Drogodependencias de la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social, el Protocolo de Actuación Conjunta entre Unidades de Salud Mental Comunitaria y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias.

13.- PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y AYUDA MUTUA

Una atención comunitaria a los problemas de salud mental ha de integrar de manera activa la participación de las personas usuarias y familiares.

El fomento de la participación activa de los grupos involucrados, sobre todo los más desfavorecidos, se considera como uno de los componentes básicos propuestos por la OMS para alcanzar la equidad en salud.

La implicación de la persona atendida en el proceso de toma de decisiones respecto a su salud, conlleva potenciar su autonomía y responsabilidad, mejorando la aceptación y adherencia al tratamiento y favoreciendo su proceso de recuperación, entendiendo como tal a la construcción de un proyecto de vida que tenga sentido y le satisfaga, definido por ella misma independientemente de la evolución de sus síntomas o problemas.

La familia y las asociaciones tienen una importante labor, tanto en el proceso de tratamiento y recuperación de la persona enferma, como en el ámbito de la concienciación y sensibilización de la ciudadanía sobre el cuidado de la salud mental, el respeto de los derechos de las personas con trastorno mental y en la integración social y laboral de este colectivo.

El voluntariado introduce un componente más humano y vital en la integración de las personas con un trastorno mental, facilita la cooperación de la comunidad e incorpora a la organización diferentes visiones de la realidad. Por ello, se hace necesario potenciar un movimiento organizado y con continuidad.

Objetivos específicos:

1. Potenciar la participación activa de usuarios, usuarias y familiares en todos y cada uno de los ámbitos de desarrollo de este Plan Integral.
2. Apoyar el movimiento asociativo de familiares e impulsar la consolidación del movimiento de usuarios y usuarias, de cara a fortalecer su interlocución ante las administraciones públicas y otras organizaciones de ámbito regional.
3. Asegurar unas condiciones igualitarias de participación ciudadana sobre aquellos grupos de pacientes y familiares que se encuentran en situación de mayor desventaja (TMG, población inmigrada, residentes en ZNTS, etc.)
4. Impulsar la cooperación con el movimiento asociativo en el desarrollo de programas de ayuda mutua, sensibilización social y potenciación del voluntariado.
5. Fomentar la participación de profesionales de salud mental en las actividades desarrolladas por el movimiento asociativo y viceversa.

Actividades:

1. Se crearán Consejos Provinciales de Participación en salud mental, con representación del movimiento asociativo de personas usuarias y familiares, y profesionales de las distintas áreas o UGC de salud mental y FAISEM.
2. Facilitar la creación de asociaciones de personas usuarias en las provincias donde aún no se han desarrollado y su integración en la Plataforma de Asociaciones de Usuarios y Usuarias de Salud Mental de Andalucía.
3. Se realizarán acciones para facilitar que los colectivos de pacientes y familiares en situación de desventaja estén representados en igualdad de condiciones en los espacios de participación que se generen en el marco del este Plan Integral.
4. Se realizarán actividades conjuntas para sensibilizar y educar a la sociedad sobre la salud mental y los trastornos mentales y promover la toma de conciencia sobre los derechos de las personas que padecen esos trastornos.
5. Colaborar con las asociaciones en la potenciación del voluntariado y en su formación, a través de programas docentes dirigidos a mejorar los conocimientos, desarrollar capacidades y fomentar una actitud positiva hacia la enfermedad mental.
6. Promover la colaboración con el movimiento asociativo para desarrollar acciones formativas que permitan adquirir las competencias necesarias de cuidado y autocuidado en los colectivos afectados (pacientes, familiares y personas cuidadoras).
7. Realizar jornadas anuales de ámbito regional con participación de los servicios de salud mental y de los programas de apoyo social y los movimientos asociativos de familiares y personas usuarias.
8. Elaborar y desarrollar un convenio que formalice la participación del movimiento asociativo de usuarias y usuarios y familiares en el seguimiento y evaluación de este Plan Integral.

14.- EPIDEMIOLOGIA, EVALUACIÓN Y SISTEMAS DE INFORMACION

“La Epidemiología, concebida como una auténtica ciencia de los aspectos poblacionales de la salud y la enfermedad y no solo como mera metodología, ofrece a la atención comunitaria conocimientos sustantivos sobre la distribución de los problemas de salud mental en distintas poblaciones, información sobre factores de riesgo y protección, efectividad y eficiencia de intervenciones, así como también una metodología rigurosa para la explotación de nuevas vías diagnósticas y de intervención”^{AW}.

Al referirnos a la red de atención a la salud mental en Andalucía, se precisa disponer de información epidemiológica que permita conocer y cuantificar la magnitud de los problemas de salud mental de la población andaluza, así como de información relativa a la actividad asistencial realizada por los diferentes dispositivos del SSPA.

Asimismo, es necesario disponer de información con el suficiente grado de desagregación como para poder identificar donde están las principales brechas y desigualdades, tanto en el estado de salud, como en el acceso a servicios y recursos.

^{AW}] López M. Prólogo del libro “El Registro de Casos de Esquizofrenia de Granada” (Moreno B, 2005).

Por otro lado, los sistemas de información sanitaria son una herramienta necesaria e imprescindible para la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental y para facilitar la programación de la actividad asistencial. Dentro de estos, los registros de casos constituyen un tipo de sistemas de información sanitaria, que permiten obtener tasas de prevalencia al relacionar la información registrada (individualizada y continua en el tiempo) con una población de base^{AX}.

En este contexto, la historia clínica digital será una fuente fundamental de estos sistemas de información, al incorporarse a DIRAYA^{AY} todos los dispositivos de salud mental del SSPA.

Finalmente, hay que señalar que un reto importante para la salud mental es disponer de un sistema de vigilancia epidemiológica que permita conocer el impacto de este plan integral en términos de resultados en salud.

Objetivos específicos:

1. Conocer la prevalencia de los trastornos mentales de las mujeres y los hombres en Andalucía.
2. Avanzar en el conocimiento y distribución de los factores de protección de la salud mental, así como de los factores de riesgo de los trastornos mentales en la población andaluza.
3. Mejorar el conocimiento sobre la morbilidad atendida en los servicios sanitarios y sociales, así como las características de la población atendida (discapacidad, dependencia, carga familiar asociada, necesidades clínico-asistenciales, etc.), incorporando las variables de estratificación social que permiten el análisis de género y de otras posibles causas de desigualdad.
4. Garantizar que toda la información referente a salud mental esté integrada en DIRAYA, y que se posibilite el intercambio de la información autorizada con otros sistemas de información relacionados (FAISEM, Red de Atención a las Drogodependencias, etc.).
5. Conocer el impacto de este plan integral en términos de resultados en salud.

Actividades:

1. Realización de un proyecto de investigación de ámbito poblacional sobre prevalencia de trastornos mentales y sus factores de riesgo en Andalucía.
2. Inclusión y explotación de muestras representativas de Andalucía en los proyectos de investigación epidemiológica nacionales y europeos.
3. Realización de estudios de investigación para evaluar las necesidades asistenciales de la población atendida, desde una perspectiva de diversidad y equidad.

AX] Actualmente, en Andalucía existen dos registros de casos de esquizofrenia y trastornos afines, que cubren el Área de Salud Mental de Granada Sur (Área Hospitalaria San Cecilio) y los dispositivos de Salud Mental correspondientes a la UGC de Salud Mental del Hospital Regional Carlos Haya de Málaga. Cada uno de estos registros unifica en una sola base de datos la información relativa a cada paciente: sus características sociodemográficas, clínicas y de gravedad del diagnóstico y el uso que cada paciente hace de los diferentes dispositivos de salud mental. Su objetivo es conocer la incidencia y prevalencia atendida por la red de dispositivos de salud mental cubierta por el registro.

AY] DIRAYA es el sistema informático que el SSPA utiliza como soporte de la información y gestión de la atención sanitaria.

4. Impulsar estudios de investigación enmarcados en los nuevos modelos de salud mental en positivo que permitan profundizar en el conocimiento de cuáles son y cómo se distribuyen los factores protectores de la salud mental en la población andaluza.
5. Se creará un registro de casos de esquizofrenia y trastornos afines de ámbito regional.
6. El Grupo Director de Evaluación y Sistemas de Información en Salud Mental revisará y propondrá contenidos en los módulos de estructura, citación y clínico de DIRAYA, y trabajará en la propuesta de indicadores epidemiológicos, de estructura, procesos y resultados, que serán elevadas al Comité de Mejora de DIRAYA para su análisis, aprobación e implantación.
7. Diseño y formulación de indicadores sensibles y adecuación de los sistemas de registro, con incorporación de los estratificadores sociales, que permitan medir la reducción de desigualdades, tanto de proceso como de resultados en salud.
8. Las áreas hospitalarias implantarán los módulos de citación y clínico de DIRAYA en todos los dispositivos de salud mental^{AZ}.
9. Se facilitará el acceso a indicadores epidemiológicos y de accesibilidad (demanda, actividad y demora) procedentes de los sistemas de información a los diferentes niveles de la organización.
10. De forma conjunta se estudiarán los mecanismos necesarios para facilitar el intercambio de información autorizada entre los sistemas informáticos del SSPA y de otros organismos vinculados a la salud mental.
11. Diseñar y desarrollar una metodología de evaluación que (además de indicadores de estructura y de proceso) incorpore la definición de indicadores de resultados en salud, en colaboración con el Servicio de Epidemiología y Salud Laboral de la Consejería de Salud.

15. FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL, INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

15.1.- Formación y Desarrollo Profesional

La formación de los diversos perfiles profesionales debe dirigirse hacia la adquisición y actualización constante de las competencias necesarias para ofrecer la mejor atención posible a las personas con enfermedad mental y a quienes ejercen su cuidado, así como adecuarse a las necesidades de la organización sanitaria, de cada servicio y de sus profesionales y orientarse hacia los objetivos de este Plan Integral.

Así, habrá de definirse una estrategia de formación que se caracterice por su carácter multidisciplinar y habrán de diseñarse programas de formación continuada y de postgrado que aseguren la equidad en el acceso y la posibilidad de desarrollo formativo para la totalidad de profesionales.

Esta estrategia tiene un precedente en las acciones formativas desarrolladas durante el periodo de vigencia del I PISMA. Concretamente, se desarrollaron un total de 111 actividades

AZ] Hasta la puesta en marcha de DIRAYA se continuará registrando la información y obteniéndose indicadores clínicos y asistenciales del SISMA, garantizándose el mantenimiento de esta aplicación mientras continúe operativa.

formativas con participación de 2.593 profesionales, organizadas tanto directamente a través del Programa de Salud Mental como en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública y con la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados.

Por tanto, mejorar la calidad de la formación (continuada, pregrado y postgrado) gestionando adecuadamente los recursos, potenciando el desarrollo profesional en un entorno de competencias e integrando las necesidades de los y las profesionales, se convierte en el núcleo central de esta estrategia.

Objetivos específicos:

1. Mejorar la calidad de la formación y garantizar una formación continuada, orientada al modelo comunitario y a las líneas estratégicas de este Plan Integral, que den respuesta a las necesidades multidisciplinares de los colectivos profesionales de la salud.
2. Incorporar metodologías docentes innovadoras en el proceso de formación: uso de nuevas tecnologías, intercambio de profesionales, estancias formativas, etc.
3. Establecer las prioridades de formación de los diversos perfiles profesionales que interviene en la atención a los problemas de salud mental de acuerdo a los planteamientos de este PISMA.
4. Mejorar la planificación, programación y difusión de las actividades formativas realizadas por el Programa de Salud Mental, las Áreas/UGC, y otras instituciones públicas (EASP, IAVANTE, IAAP) garantizando la equidad en el acceso entre profesionales.
5. Ordenar el proceso formativo en función de las necesidades que surgen de los mapas de competencias profesionales de las distintas unidades asistenciales y en línea con el procedimiento de acreditación del nivel de la competencia profesional.
6. Promover y colaborar con la formación dirigida a otros grupos profesionales implicados en la atención a la salud mental (Programas de Apoyo Social, Servicios Sociales, Educación, Justicia, etc.).
7. Incorporar la perspectiva de género y de la diversidad a todas las acciones formativas que se pongan en marcha desde este Plan Integral.

Actividades:

1. El Grupo Director de Docencia e Investigación diseñará y pondrá en marcha las actuaciones para evaluar y priorizar anualmente las necesidades de formación continuada de los diversos perfiles profesionales, garantizando la participación de las áreas/UGC en el desarrollo de la estrategia de formación.
2. Se realizará una planificación anual que responda a las necesidades detectadas en formación continuada y se difundirá un calendario de actividades formativas acreditadas por la Consejería de Salud, en el primer trimestre del año.
3. Se revisará y se hará una propuesta de mejora en la formación especializada atendiendo a los nuevos modelos de unidades multiprofesionales de formación, a través de las áreas de capacitación específica de las especialidades de salud mental (psiquiatría, enfermería de salud mental y psicología clínica) y de aquellas que pudiera ser necesario crear. Y todo ello contemplando el entrenamiento y formación en competencias docentes de tutoras y tutores de especialistas en formación.

4. Las UGC de salud mental potenciarán la oferta de actividades formativas en salud mental dentro de los programas de formación continuada de las áreas hospitalarias y distritos de atención primaria.
5. Se promoverá la mejora de la oferta docente de la Unidad de Docencia y Psicoterapia de Granada (vinculada la Hospital de Día de Salud Mental del Área Hospitalaria Virgen de las Nieves), que imparte docencia en el campo de la psicoterapia a profesionales del SSPA y residentes de Psicología Clínica, Psiquiatría y Medicina de Familia.
6. Se impulsará la colaboración en acciones formativas con los colectivos profesionales vinculados a la salud mental que desarrollan su actividad fuera del ámbito del SSPA.
7. Se trabajará para impulsar la colaboración con universidades y demás instituciones relacionadas con la formación de grado y postgrado para favorecer la inclusión de una formación en salud mental de acuerdo a las prioridades del Plan Integral en los currículos formativos de las diferentes titulaciones.
8. Se revisarán los mapas de competencias de las diversas profesiones y especialidades relacionadas con la prevención y la atención a los problemas de salud mental, para garantizar la inclusión en los programas formativos de todos aquellos contenidos necesarios para llevar a cabo las propuestas de este Plan Integral.
9. Se diseñarán e incorporarán criterios de evaluación del impacto de la formación y su rentabilidad en salud.
10. Se incluirán objetivos de formación en los acuerdos de gestión clínica de las unidades asistenciales.
11. Se trabajará para la identificación de una red de expertas y expertos en formación en el área de salud mental y en la elaboración del banco de oferta formativa en salud mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

15.2.- Investigación

Una de las metas del III Plan Andaluz de Salud es impulsar cambios a través del proceso científico, la investigación y la incorporación de los avances tecnológicos, como modo de inducir transformaciones en salud. Así, se considera que la investigación debe ser un elemento fundamental para el desarrollo del SSPA.

Hasta ahora, la investigación andaluza en salud mental se ha venido realizando por grupos que han trabajado de forma independiente, sin existir una estrategia que aglutinase el esfuerzo investigador en el ámbito de la Comunidad Autónoma. De los proyectos de investigación presentados y/o aprobados en las convocatorias anuales de subvenciones de la Consejería de Salud en los últimos 5 años, en torno al 6 % corresponden a proyectos de salud mental.

Desde este Plan Integral se quieren impulsar las iniciativas investigadoras que permitan una mejor comprensión de la enfermedad mental y de aquellos elementos que puedan incidir favorablemente en la calidad de la atención.

Y todo ello en concordancia con las directrices del Plan Estratégico de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud 2006-2010, que propone entre otras, el impulso de la

investigación orientada hacia objetivos de resultados en salud y disminución de desigualdades, así como promover la investigación cooperativa y el desarrollo de redes de investigación.

Objetivos específicos:

1. Evaluar el estado de la investigación en salud mental en Andalucía y establecer las líneas prioritarias de investigación en consonancia con los contenidos de este Plan.
2. Potenciar la formación en investigación en el ámbito de la salud mental.
3. Fomentar la incorporación de actividades de investigación en la red de atención a la salud mental.
4. Promover la investigación cooperativa y en red.

Actividades:

1. Realizar un análisis de la situación de la investigación en salud mental en Andalucía, que incluya, entre otros elementos, los recursos, proyectos y publicaciones, así como la identificación de líneas, grupos y redes de investigación.
2. Creación de una Unidad de Apoyo a la Investigación en Salud Mental de ámbito regional, adscrita al Programa de Salud Mental, dirigida a la formación y el asesoramiento en materia de investigación.
3. Incluir actividades docentes orientadas a la investigación en las acciones formativas coordinadas por el Programa de Salud Mental, en la formación postgraduada y en los programas de formación continuada.
4. Impulsar la introducción de metodologías de investigación sensibles al género y la diversidad sociocultural, tanto en el reconocimiento y evitación de sesgos, como en la selección de los temas a abordar.
5. Promover el reconocimiento de la investigación en los instrumentos de gestión del SSPA (contratos programa, acuerdos de gestión clínica, carrera profesional, mapas de competencias, rendimiento profesional, gestión de personal, etc.).
6. Impulsar la constitución de redes de investigación en Andalucía y la participación en redes nacionales e internacionales.
7. Favorecer la multidisciplinariedad y la cooperación intersectorial en las actividades de investigación.
8. Desarrollo de una plataforma virtual para la comunicación entre profesionales y equipos investigadores.
9. Promover la difusión de los resultados de las investigaciones al conjunto de la comunidad científica y a la propia ciudadanía.

15.3.- Gestión del Conocimiento

La gestión del conocimiento en salud tiene como finalidad buscar, seleccionar, analizar y reelaborar la extensa información existente, para poner a disposición de toda una comunidad, los conocimientos y las prácticas que aporten valor para la mejora de la calidad asistencial y de la salud mental de los ciudadanos y ciudadanas.

Organismos internacionales y nacionales han expresado la necesidad de potenciar en la red de atención a la salud mental las acciones dirigidas tanto a seleccionar y divulgar las prácticas con efectividad demostrada como a facilitar su implementación.

En la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2006) se recomienda el uso de Protocolos y Guías de Práctica Clínica para reducir la variabilidad injustificada, adecuar el gasto y mejorar la continuidad asistencial y se señala como uno de los puntos críticos *“la ausencia de plataformas y entornos virtuales donde los científicos puedan compartir y consolidar de forma segura y eficiente, datos y conocimientos”*.

Se hace así necesario marcar una línea de acción que facilite a los agentes implicados en la salud mental el acceso a información relevante, a conocimientos y a herramientas que posibiliten incorporar las mejores prácticas a la atención de las personas que padecen un trastorno mental.

Esta estrategia consolida la línea de acción iniciada durante el I PISMA, en la que se puso en marcha, en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública y con financiación de los fondos de cohesión del Ministerio de Sanidad y Consumo, el proyecto de “Gestión del Conocimiento en Salud Mental como Estrategia de Mejora de la Práctica Clínica”.

Objetivos específicos:

1. Potenciar la incorporación de la mejor evidencia disponible a la práctica clínica y extender la cultura de la atención basada en la evidencia en la red de atención a la salud mental.
2. Favorecer la comunicación y el intercambio de información, conocimientos y experiencias entre todos los agentes implicados en la atención y cuidados de las personas con un trastorno mental.
3. Fomentar la participación activa de las y los profesionales en el desarrollo y difusión de evidencias en la atención a la salud mental.

Actividades:

1. Consolidación del Grupo Director Gestión del Conocimiento adscrito al Programa de Salud Mental y creación y puesta en marcha de los grupos locales en cada UGC para la dirección y el seguimiento de la estrategia de evidencia clínica en salud mental y la implementación de las actividades.
2. Desarrollo e implementación de un programa estable de formación sobre actualización de conocimientos y herramientas para la búsqueda y selección de información relevante para la práctica clínica.
3. Dotar a todos los dispositivos de salud mental con el equipamiento e infraestructura necesaria para el acceso a internet e intranet, que pueda utilizarse en consultas y facilite la búsqueda de información clínica.
4. Creación y desarrollo de una plataforma virtual en Internet que sirva de apoyo a los objetivos y actividades de esta estrategia y permita la difusión y el intercambio de conocimiento entre profesionales de la red de salud mental.
5. Incorporar en los espacios previstos para formación continuada, contenidos relacionados con la búsqueda, evaluación y transmisión de evidencia dentro de la actividad clínica diaria.
6. Inclusión en los Acuerdos de Gestión Clínica de objetivos relacionados con la estrategia de gestión del conocimiento en salud mental.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

1. Evaluación de los objetivos y estrategias propuestos:

El diseño del Plan hace que, para alcanzar un determinado objetivo, se utilicen diferentes estrategias y que, a su vez, una determinada estrategia pueda contribuir al logro de más de un objetivo (tabla 22).

Por ello, la evaluación de los objetivos de este Plan se realizará mediante la evaluación de las estrategias que más estrechamente se vinculan a cada uno de ellos. Para ello, se definirá una batería de indicadores para cada una de las estrategias y actividades propuestas.

Tabla 22: Relación entre objetivos y estrategias II PISMA 2008-2012.

Objetivos	Estrategias
Objetivo 1:	Estrategias 1, 2, 3, 4, 7, 8, 12, 13, 14 y 15
Objetivo 2:	Estrategias 1, 2, 3, 4, 6, 10, 12, 13 y 15
Objetivo 3:	Estrategias 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14 y 15
Objetivo 4:	Estrategias 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 15
Objetivo 5:	Estrategias 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 15
Objetivo 6:	Estrategias 1, 2, 3 y 13
Objetivo 7:	Estrategias 1, 3, 6, 13 y 15
Objetivo 8:	Estrategias 3, 5 y 14

2. Seguimiento de la implantación:

Con periodicidad anual, se realizará un informe completo de la situación de cada una de las estrategias contenidas en el Plan, que será remitido a la Consejería de Salud, organismo encargado de efectuar el seguimiento del nivel de consecución de los objetivos.

Estos informes de seguimiento serán también presentados públicamente, para su conocimiento y difusión a la ciudadanía y a los colectivos profesionales interesados.

3. Resultados en salud:

A lo largo de la vigencia del Plan, se desarrollará una metodología de evaluación de resultados en salud, a partir de la información disponible de mortalidad, morbilidad, encuestas de salud y sistemas de información y registros específicos.

4. Provincialización:

Esta segunda edición del PISMA asume el reto de llevar la evaluación y el seguimiento de las diferentes estrategias planteadas al nivel provincial. Los informes de evolución reflejarán, por tanto, el desarrollo de cada una de las estrategias en el contexto de cada provincia (y su implantación en cada una de las UGC de SM) y de los planes provincializados de salud.

5. Comisión de Seguimiento de los Planes Integrales:

Los informes de evaluación serán presentados, periódicamente, a la Comisión de Seguimiento de los Planes Integrales.

En dicha Comisión, a partir de los datos sobre el nivel de cumplimiento de los objetivos y de la valoración del grado de desarrollo del plan de implantación previsto, se tomarán las decisiones pertinentes sobre las áreas de mejora identificadas.

De acuerdo con el compromiso de provincialización, se establecerá una dinámica de seguimiento a nivel provincial.

6. Consejo Autonómico de Representación Social:

De cara al seguimiento y evaluación de este segundo PISMA, se creará un Consejo Autonómico, con carácter evaluador y consultor, con representación de la Consejería de Salud, SAS, FAISEM, los movimientos asociativos de pacientes y familiares y las sociedades científicas vinculadas a la salud mental.

7. Estructura funcional de coordinación prevista:

Para el desarrollo eficaz de las acciones previstas, el Plan estará dotado de una estructura propia de coordinación, de la que, a su vez, dependerán las comisiones y grupos de trabajo que se consideren pertinentes.





MARCO NORMATIVO

Del conjunto de normas nacionales y autonómicas vigentes, este Plan Integral de Salud Mental se inspira en las siguientes:

- Constitución Española de 27 de diciembre del 1978. (BOE nº 311 de 29 de diciembre del 1978). <http://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>
- Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía (BOE nº 68 de 20 de marzo de 2007). <http://www.boe.es/boe/dias/2007/03/20/pdfs/A11871-11909.pdf>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE nº 102 de 29 de abril de 1986). <http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
- Ley 2 /1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. (BOJA nº 74 de 4 de Julio y BOE nº 185 de 4 de agosto de 1998). http://www.juntadeandalucia.es/servicio-andaluzdesalud/principal/documentos.asp?pagina=pr_normativas2_3
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (BOE nº 274 de 15 de noviembre de 2002). <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. (BOE nº 289 de 3 de diciembre de 2003). <http://www.boe.es/boe/dias/2003/12/03/pdfs/A43187-43195.pdf>
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. (BOE nº 313 de 29 de diciembre de 2004). <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>

- » En Andalucía, el desarrollo específico de las estrategias contra la violencia de género se regula por la Ley 13 /2007, de 26 de noviembre. (BOJA nº 247 de 18 de diciembre de 2007). <http://juntadeandalucia.es/boja/boletines/2007/247/d/updf/boletin.247.pdf>
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia. (BOE nº 299 de 15 de diciembre de 2006). <http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>
 - » En Andalucía, el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se regula por el Decreto 168/2007, de 12 de Junio. (BOJA nº 119 de 18 de Junio de 2007). <http://juntadeandalucia.es/boja/boletines/2007/119/d/updf/d3.pdf>
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. (BOE nº 222 de 16 de septiembre de 2006). <http://www.boe.es/boe/dias/2006/09/16/pdfs/A32650-32679.pdf>
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. (BOE nº 71 de 23 de marzo de 2007). <http://www.boe.es/boe/dias/2007/03/23/pdfs/A12611-12645.pdf>
 - » En Andalucía, su desarrollo específico se regula por la Ley 12 /2007, de 26 de noviembre. (BOJA nº 247 de 18 de diciembre de 2007). <http://juntadeandalucia.es/boja/boletines/2007/247/d/updf/boletin.247.pdf>
- Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de salud mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud (BOJA nº 53 de 17 de marzo de 2008). <http://juntadeandalucia.es/boja/boletines/2008/53/d/updf/d12.pdf>

Este Plan Integral recoge y desarrolla los mandatos establecidos por las normas citadas y, además, en su elaboración se han tenido en cuenta los principios del III Plan Andaluz de Salud y del II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.



RESUMEN EJECUTIVO

La atención a las personas con trastornos mentales es una prioridad para el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). El Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012 (II PISMA) se orienta a la consecución de 3 metas en salud y 8 objetivos generales, que se desarrollan a través de 15 estrategias, cada una de las cuales plantea sus propios objetivos específicos y las actividades para alcanzarlos. En total, el II PISMA propone 84 objetivos específicos y 149 acciones.

Todas las propuestas que se han incorporado han partido de un análisis exhaustivo de la situación de la salud mental en Andalucía (tanto en lo referente a la magnitud del problema, como al análisis de los recursos existentes). Asimismo, se han tenido en cuenta el marco normativo y de planificación de la OMS, la Unión Europea, España y Andalucía, así como las expectativas de las personas afectadas y de los diversos colectivos profesionales relacionados con la salud mental.

Para su elaboración se ha contado con las aportaciones provenientes del trabajo de diversos grupos expertos, en los que han participado alrededor de 150 personas, tanto profesionales de los diversos ámbitos relacionados con la salud mental, como pacientes y familiares.

Este Plan Integral incorpora, de forma transversal, el principio de equidad, lo que supone el compromiso de trabajar en la reducción de las desigualdades detectadas (incluidas las inequidades debidas a los condicionantes de género), en la protección de las personas más vulnerables (prestando especial atención a garantizar los derechos de quienes padecen una enfermedad mental grave) y en el respeto a la identidad cultural en una sociedad, como la andaluza, cada vez más diversa.

Así mismo, el fomento de la participación ciudadana se ha considerado como uno de los componentes básicos. El modelo comunitario de atención a la salud mental implantado en Andalucía ya establecía, entre sus principios, la implicación de pacientes y familiares en

su proceso de tratamiento y su participación activa en los servicios de salud mental. Con este II Plan se pretende dar un paso más en este sentido, incorporando la perspectiva de la recuperación.

Igualmente, desde este Plan se plantea la importancia de la acción intersectorial, promoviendo en todo momento acciones que faciliten la cooperación con otros sectores que juegan un papel en la promoción de la salud mental y en la atención y recuperación de las personas que padecen problemas de salud mental y sus familias (incluidas la inserción social y laboral).

Y todo ello teniendo en cuenta la evidencia científica disponible para la elaboración de las recomendaciones y la viabilidad financiera de las mismas, procurando una adecuación de recursos que permita la sostenibilidad del sistema.

De forma resumida, las estrategias planteadas son las siguientes:

1. Se propone una estrategia de **comunicación**, dirigida, tanto a la población general como a profesionales y agentes comunitarios relacionados con la salud mental, así como a profesionales de los medios de comunicación, que ayude a combatir el estigma, promocionar la salud y prevenir la enfermedad mental, contribuyendo a mejorar la calidad de la atención
2. Se promueve un cambio de perspectiva en los sistemas de atención a la salud mental, alejándose de una experiencia asistencial centrada casi en exclusiva en la provisión de servicios y acercándose a una atención que tome más en consideración la **promoción de la salud mental**, formulando objetivos y actividades de marcado carácter intersectorial, orientadas a favorecer el mayor grado de bienestar y calidad de vida de la población andaluza. Así mismo, se pretende **promocionar la salud general en personas con enfermedad mental**, articulando mecanismos de coordinación y cooperación entre los diferentes agentes y organismos implicados en la atención de estas personas.
3. Se introduce la **perspectiva de género en salud mental**, como una herramienta de trabajo para la detección de la desigualdad entre mujeres y hombres, evaluar el modo como ésta condiciona el equilibrio emocional y la salud mental de las personas, así como avanzar hacia la implantación de roles igualitarios en el ámbito familiar, laboral y social, que contribuyan a la salud mental de las poblaciones actuales y venideras.
4. Se formulan **actuaciones preventivas de carácter intersectorial**, aspecto ya planteado en los principios del modelo comunitario, pero con escasa presencia en la práctica cotidiana actual. Se abordan dos aspectos complementarios. Por un lado la prevención de los problemas de salud mental en la población general, y de manera específica la prevención

de la depresión y el suicidio. Por otro, mejorar el acceso a las actividades preventivas ofertadas a la población, a las personas que padecen enfermedad mental grave.



5. Se potencia la **red de atención a la salud mental**, de cara a consolidar el modelo comunitario y avanzar en la perspectiva de la recuperación. Junto al incremento de los recursos, se pretende realizar una reordenación y estandarización de las estructuras y revisar la cartera de servicios de salud mental, de cara a establecer un modelo equitativo, eficiente y adaptado a las necesidades reales de la población.
6. Se avanza en el desarrollo de los **programas de apoyo social**, teniendo como referencia valores clave como son: la búsqueda de una calidad creciente sobre la base de modelos de atención comunitaria, con objetivos de recuperación y ciudadanía; una coordinación intersectorial más efectiva; una mayor participación de usuarios, usuarias, profesionales y familias; y la universalización de las prestaciones en el marco de la aplicación progresiva de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia.
7. Se garantiza, desde los servicios de salud, una **atención integral a los problemas de salud mental de la población andaluza**, asegurando la continuidad de las intervenciones. Para ello se propone impulsar la gestión por procesos asistenciales integrados, mejorar la accesibilidad y dar respuesta a las demandas de atención generadas por problemas de la vida cotidiana, evitando la medicalización del malestar social de la población, problema éste cada vez más frecuente y de especial relevancia en las mujeres.
8. Se propone una estrategia de **atención específica a la salud mental de la infancia y adolescencia**, haciendo especial énfasis en la promoción y prevención en salud mental en estas edades, así como en la coordinación intersectorial y en la capacitación de los colectivos profesionales.
9. Se introducen **programas de detección e intervención precoz en psicosis** que permitan reducir el periodo de enfermedad sin tratar, así como programas de tratamiento asertivo que aseguren durante los primeros años de la enfermedad intervenciones de calidad basadas en la mejor evidencia disponible.
10. Se impulsa el desarrollo de **programas de tratamiento intensivo en la comunidad**, con el objetivo de ofertar asistencia sociosanitaria en el entorno natural de personas con TMG, cuyas necesidades no pueden ser satisfechas totalmente desde los servicios habituales de salud mental, con la finalidad de mejorar la calidad de la atención recibida, así como disminuir el riesgo de cronificación.

11. Dada la repercusión social que van adquiriendo los **trastornos de la personalidad**, se plantea el desarrollo de programas de atención específicos, basados en el abordaje terapéutico intersectorial y con eficacia probada, de cara a aumentar la calidad asistencial y, por consiguiente, la calidad de vida de quienes lo padecen y sus familias.
12. Se formula una estrategia específica para atender a los problemas de salud mental de las **personas en situación de exclusión social o en riesgo de padecerla**, de marcado carácter intersectorial y especialmente dirigida a mejorar la accesibilidad de este colectivo.
13. Se avanza una estrategia que permita potenciar la **participación activa de usuarios, usuarias y familiares**, mediante el apoyo al movimiento asociativo y el impulso de programas de ayuda mutua, sensibilización social y potenciación del voluntariado.
14. Se diseñan acciones destinadas a obtener la **información epidemiológica** necesaria para conocer y cuantificar la magnitud de los problemas de salud mental de la población andaluza, así como la información relativa a la actividad asistencial realizada por los diferentes dispositivos del SSPA. Se apuesta por la integración en el proyecto DIRAYA y se asume el reto de diseñar un sistema de vigilancia epidemiológica que permita conocer el impacto de este Plan Integral en términos de resultados en salud.
15. Y, por fin, se plantea el desarrollo de **estrategias de formación, investigación y gestión del conocimiento** como estrategias transversales que permitan avanzar en el conocimiento y que faciliten el desarrollo de las actividades y la consecución de los objetivos planteados en este Plan Integral.

Además, este Plan adquiere un compromiso de transparencia mediante la difusión de las evaluaciones que tiene previstas, tanto en lo referente al grado de implantación, como de resultados en salud.

Bibliografía

1. Instituto de Estadística de Andalucía. Revisión del Padrón Municipal de habitantes. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/>
2. Instituto de Estadística de Andalucía. Andalucía: dependencia y solidaridad en las redes familiares. Sevilla: IEA 2006. Disponible en: <http://www.iea.junta-andalucia.es/mapa/subtema0311.htm>
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategias en Salud Mental del SNS 2006. Madrid. El Ministerio; 2007.
4. Sayed-Ahmad, N et al (Coord.). Salud mental en la inmigración. Colección Inmigración y Salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2008.
5. Consejería de Gobernación. Observatorio Permanente de Migraciones. Disponible en: <http://www.cgob.junta-andalucia.es/gobernacion/opencms/portal/portada.jsp>
6. Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas; 2005. Disponible en: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf
7. Organización Mundial de la Salud Europa. NHS Health Scotland. Stigma: A guidebook for action. Edinburgo; 2008.
8. Resolución del Parlamento Europeo "Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de Salud Mental". 2006.
9. Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas; 2005.
10. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado. Organización Mundial de la Salud: Ginebra, 2004.
11. McDaid (Ed). Mental Health in Workplace Settings. Consensus paper. Luxembourg: European Communities; 2008. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/mental_health_en.htm
12. Plazaola-Castaño J, Ruiz I.; Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. Med. Clin. (Barc.) 2004; 122 (12): 461-7.
13. Jané-Llopis E, Gabilondo A. (Eds). Mental Health in Older People. Consensus paper. Luxembourg: European Communities; 2008. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/mental_health_en.htm
14. Wahlbeck K, Mäkinen M. (Eds). Prevention of depression and suicide. Consensus paper. Luxembourg: European Communities; 2008. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/mental_health_en.htm
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2006. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>

16. ESEMeD/MEDHEA 2000. Prevalence of mental disorder in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109 Supl. 420: 1-64.
17. The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Jama* 2004; 291 (21): 2581-90.
18. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave. Sevilla: La Consejería; 2006.
19. Instituto de Estadística de Andalucía. Defunciones según causa de muerte. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/>
20. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa de muerte. Disponible en: <http://www.ine.es>
21. Consejería de Sanidad. Plan de Salud Mental de Castilla la Mancha 2005-2010. Castilla la Mancha: Junta de Comunidades de Castilla la Mancha; 2006.
22. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002; 359: 545-50.
23. Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Atención primaria de la patología psiquiátrica dual en prisión. Disponible en: http://www.sesp.es/pdf/consenso_ap_patologia_psiquiatica_dual.pdf
24. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Estrategia global de actuación en Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario. Junio 2007.
25. Tronchoni M, Aparicio V, García E, Noriega M. Prevalencia de patología mental entre población sin hogar. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* 2003; 3 (2): 129-147.
26. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre las personas sin hogar 2005. Disponible en: <http://www.ine.es>
27. Cáritas española. Documento Base Campaña sin techo 2007: por una salud digna para todos. Disponible en: http://www.caritas.es/Componentes/ficheros/file_view.php?Njc5OQ%3D%3D
28. Portero M, Utrilla MJ. Personas sin Hogar y Salud. Cáritas Española, Documentación Social nº 127.
29. Defensor del Pueblo Andaluz. Vivir en la calle. Informe especial de la situación de las personas sin techo en Andalucía. Disponible en: http://www.defensor-and.es/informes/ftp/vivirenlacalle/vivir_en_la_calle.pdf
30. García J et al. Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1995-2002). *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78: 379-387.
31. Pérez J, Marín N, Vallano A, Castell X, Capellà D. Consumo y gasto de fármacos antipsicóticos. *Actas Esp. Psiquiatr* 2005; 33 (2): 110-116.
32. Martín B. Aspectos asistenciales y farmacológicos sobre la depresión en España en el ámbito de la atención primaria y especializada: situación actual y evolución en los últimos años. *Revista psiquiatría Fac. Med. Barna* 2005; 32 (3): 143-147.
33. Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría. Inmigración y Salud Mental. Córdoba, cuaderno técnico/2; 2006.

34. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Fundación para la Atención e Incorporación Social. Memoria de actuaciones 2006. Disponible en: http://www.fundacion-fada.org/memoria/memoria_actuaciones_2006.pdf
35. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones. Informe sobre el indicador admisiones a tratamiento en Andalucía 2006. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/export/Drogodependencia/HTML/archivos/Informe_Tratamiento_2006.pdf
36. Consejería Asuntos Sociales. Protocolo de actuación conjunta entre equipos de salud de distrito y centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias. Sevilla: La Consejería; 2002.
37. Ruiz-Jarabo C, Blanco P. La violencia contra las mujeres: prevención y detección, cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas. Madrid: Díaz de Santos; 2006.
38. Raya L et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. Atención Primaria 2004; 34 (3): 117-27.
39. World Health Organization. Mental Health Atlas 2005. Geneva: 2005. Disponible en: <http://www.who.int/globalatlas/default.asp>
40. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Criterios para el desarrollo del programa residencial. Documento de Trabajo nº 1. 2ª Edición. Sevilla: FAISEM, 2005. Disponible en: www.faisem.es
41. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Criterios para el desarrollo del programa ocupacional-laboral. Documento de Trabajo nº 2. 2ª Edición. Sevilla: FAISEM; 2005. Disponible en: www.faisem.es
42. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Servicios de orientación y apoyo al empleo. Documento de Trabajo nº 3. 1ª Edición. Sevilla: FAISEM; 2006. Disponible en: www.faisem.es

Otra bibliografía consultada:

- Aldaz JA, Vázquez C (Eds.). Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Madrid: Siglo XXI; 1996.
- Allness DJ, Knedler WH: The PACT Model of Community Based Treatment for Persons With Severe and Persistent Mental Illnesses: A Manual for PACT Start Up. Arlington, Va, National Alliance for the Mentally Ill; 1998.
- Alonso A, Bravo Mª F, Fernández A. Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. Revista AEN Octubre/Diciembre 2004; (92): 3456-3483.
- Ancil RJ, Holliday S, Higgenbttam J. Schizophrenia. Exploring the spectrum of psychosis. Chichester, Wiley; 1994.
- Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS). Declaración de los Derechos Sexuales; 1999. Disponible en: http://www.worldsexology.org/about_sexualrights_spanish.asp

- Ávila JF, Portillo BE, Pajares JM. Calidad de la información biomédica existente en Internet. *Aten Primaria* 2001; 28: 674-9.
- Ayuso-Mateos JL, Gutiérrez-Recacha P, Haro JM, Chisholm D. Estimating the prevalence of schizophrenia in Spain using a disease model. *Schizophrenia Research* September 2006; 86: 194-201.
- Barberà, E, Martínez I. *Psicología y Género*. Madrid: Pearson Prentice Hall; 2004.
- Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 36-42.
- Becker et al. Provision of services for people with schizophrenia in five European regions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2000; 37: 465-474.
- Berland GK, Elliot MN, Morales LS, Algazy JL, Kravitz RL, Broder MS, et al. Health information on the Internet: accessibility quality and readability in English and Spanish. *JAMA* 2001; 285: 2612-21.
- Bertolote J, McGorry PD on behalf of the World Health Organization and the International Early Psychosis Association. Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. *British Journal of Psychiatry* 2005; 187 (suppl. 48): 116-119.
- Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Terapias psicológicas para personas con trastorno de la personalidad borderline (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Bird, C E. Gender, Household Labor and Psychological Distress: The Impact of the Amount and Division of Housework. *Journal of Health and Social Behavior* 1999; 40 (March): 32-45.
- Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscá JV. La Salud Pública desde la perspectiva de Género y Clase Social. Informe SESPAS 2004. *Gac. Sanit.* 2004; 18 (Supl 1): 2-6.
- Bower P, Rowland N. Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD001025. DOI: 10.1002/14651858.CD001025.pub2.
- Bravo MF, Aparicio D, Cuevas C, Díaz B, Eguíagaray M, Fuente J, Mateos A, Moré MA, Ozámiz A, Pérez F, Sánchez AE. Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad. Cuaderno técnico nº 4. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2000.
- Bravo MF. Intervenciones en personas sin hogar con trastornos mentales: situación en Europa y España. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* 2003; 3 (2): 117-128.
- Brink J, Doherty D, Boer A. Mental disorder in federal offenders: a Canadian prevalence study. *Int. J. Law Psychiatry* 2001; 24: 339-356.
- Bruce M, Ten-Have TR, Reynolds CF, Katz IL, Schulberg HC, Mulsant BH et. al. Reducing Suicidal Ideation and Depressive Symptoms in Depressed Older Primary Care Patients: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2004; 291: 1081-1091.
- Caballo V et al. *Manual de trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis; 2004.
- Caplan G. (Ed). *Principios de psiquiatría preventiva*. Barcelona: Paidós; 1982.
- Castro C. Introducción al enfoque integrado o mainstreaming de género: Guía básica. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer; 2003.
- Clark CH et al. Psychological symptoms and physical health and health behaviours in adolescents: a prospective 2-year study in East London. *Addiction* 2006; 102: 126-135.
- Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía. *II Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones 2002-2007*. Sevilla: La Consejería; 2001.

- Consejería de la Presidencia y Consejería de Economía y Hacienda. Instituto Andaluz de la Mujer. Género y Salud 2004. Sevilla: El Instituto Andaluz de la Mujer; 2006.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Convenio entre la Consejería de Salud (Servicio Andaluz de Salud) y la Secretaría de Estado de Asuntos Penitenciarios del Ministerio de Justicia en Materia de Asistencia Sanitaria. Sevilla: La Consejería; 1995.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Documento Marco. Atención a la Salud en las Zonas con Necesidades de Transformación Social de Andalucía (ZNTS). Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud. Sevilla; 2004.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Sevilla. La Consejería; 2001
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007. Sevilla: La Consejería; 2003.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado Trastornos de la Conducta Alimentaria. Sevilla: La Consejería; 2004.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones. Sevilla: La Consejería; 2002.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Programa de Salud Mental. Memoria de recursos y actividad asistencial. Sevilla. La Consejería; 2005.
- Consejería de Salud. Atlas de la Salud Mental en Andalucía 2005. Sevilla. La Consejería; 2006.
- Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005 - 2008. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2005.
- Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. III Plan Andaluz de Salud 2003 – 2008. Sevilla. La Consejería. Junta de Andalucía; 2003.
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2003-2008. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1158629122962&ssbinary=true&blobheader=application/pdf>
- Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. II Plan Andaluz de Drogas y Adicciones. Memoria de gestión 2006. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/opencms/system/bodies/Drogodependencia/Publicacion/MEMORIA_2006/INFORME_2006.pdf
- Consejo de la Unión Europea. Conclusiones del Consejo de 2 de junio del 2003 sobre la lucha contra la estigmatización y la discriminación en relación con la enfermedad mental. Disponible en: [http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52003XG0617\(01\):ES:HTML](http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52003XG0617(01):ES:HTML)
- Convenio de colaboración en materia de atención sanitaria especializada entre el Ministerio del Interior y el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón. Resolución 18332 de 4 de octubre de 2006. Boletín Oficial del Estado, nº 251, (20-10-2007).
- Convenio de colaboración en materia de atención sanitaria especializada entre el Ministerio del Interior (Dirección General de Instituciones Penitenciarias) y la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Resolución 13900 de 20 de julio de 2006. Boletín Oficial del Estado, nº 181, (20-7-2006).
- Cuijpers P, Smit F, Have M, Graaf R. Smoking is associated with first-ever incidence of mental disorders: a prospective population-based study. Addiction 2007; 102: 1303-1309.
- Defensor del Pueblo Andaluz. La situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces. Informe 1997.

- Díaz CA y Grupo del Proyecto de Webs Médicas de Calidad. Lista de revisión de la calidad de una página web para médicos de habla española. Disponible en: <http://www.accesible.org/wmc/wmc-borrador1.htm>
- Díaz M, Díaz R, Bravo L, Marhuenda Requena E. Estudio de Medicamentos: revisión. Pharm Care Esp 2000; 2: 3-7.
- Edwards J, McGorry PD. La intervención precoz en la psicosis: guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis. Londres, Martin Dunitz Ltd Ed; 2002 (traducido al español en 2004 por la Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis).
- Esteban M^o L. El Género como categoría analítica: Revisiones y aplicaciones a la salud. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria 2003; 3 (1): 22-39.
- European Comission. Mental Well-being. Special Eurobarometer 248; 2006. Disponible en: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_248_en.pdf
- European Commission. The State of Mental Health in the European Union. 2004. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est18.pdf.pdf
- European Commission: Mental Health in the EU – Key Facts, Figures, and Activities A Background Paper. Luxembourg: European Commission; 2008.
- European Commission: Countering the stigmatisation and discrimination of people with mental health problems in Europe. Luxembourg: European Communities; 2008. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/mental_health_en.htm
- Fahy T. Organisation of personality disorder services in general adult psychiatry services; discussion paper. En: NIMH (E). Personality disorders: no longer a diagnostic of exclusion; 2003. www.nimhe.org.uk and at www.doh.gov.uk
- Federación Mundial para la Salud Mental. Crear conciencia para reducir riesgos: Enfermedad mental y suicidio. Día Mundial de la Salud Mental; 2006. Disponible en: www.wfmh.org
- Fox KR. The influence of physical activity on mental well-being. Public Health Nutrition 1999; 2(3a): 411-418.
- Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Memoria de actividades. Año 2003. Sevilla: FAISEM. Disponible en www.faisem.es
- Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Plan de Calidad 2006. Sevilla: FAISEM. Disponible en www.faisem.es
- Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Memoria de actividades. Año 2007. Sevilla: FAISEM.
- García I, Carrillo M, Cantón M. La hoja de ruta para la igualdad de género. Granada: Observatorio de Salud en Europa de la Escuela Andaluza de Salud Pública, 2006. Informes estratégicos "La UE y el SSPA". N^o 2-2006.
- Garrido M, Salinas JF, Almenara J, Salvador I. Atlas de Salud Mental de Andalucía 2005. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de salud; 2006.
- Golberg D. Epidemiology of mental disorders in primary care settings. Epidemiol Rew 1995; 17:182-190.
- Gómez Torralba R. La igualdad de género como factor de calidad. Manual de gestión 2006. Sevilla: El Instituto Andaluz de la Mujer.

- González MA, Abeijón JA, Bustamante S, Elizagárate E, Larrinaga M, Lasa A, Muñoz P, Querejeta I, Rodríguez I, Salazar MA, González de Artaza M. Abordajes de los trastornos de la personalidad en la red de Salud Mental del País Vasco. Investigación Comisionada. Victoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco; 2008. Informe nº Osteba D-08-01.
- Grinberg L, Grinberg R. Psicoanálisis de la migración y del exilio. Madrid: Alianza Editorial, S.A.; 1984.
- Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. Lancet 2003; 362 :1225-30.
- Gruppo Nazionale Progres. Le strutture residenziali psichiatriche in Italia. I risultati della fase 1 del progetto PROGRES. Epidemiologia e Psichiatria Sociale 2001; 10, 4:260-275.
- Gunderson J. Trastorno Límite de la Personalidad. Guía clínica. Versión española de Psiquiatría. Barcelona: Ars Medica; 2002.
- Häfner H, Maurer K. Detección temprana de la esquizofrenia: datos actuales y perspectivas futuras. World Psychiatry (edición española) 2006; 4 (3); 130-138.
- Haro JM, Palacín C, Vilagut G, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin 2006; 126 (12): 445-51.
- Harvey K, Burns T, Fiander M. The effect of intensive case management on the relatives of patients with severe mental illness. Psychiatric services. December 2002; 53 (12): 1580-1585.
- Hernández M, Herrera R. La atención a la salud mental de la población reclusa. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Siglo XXI. Madrid, 2003.
- Huizing E, Ariza MJ, Rodríguez J, Lacida M, Reina M, García R. Estudio y análisis del estigma asociado a los trastornos mentales en los ámbitos sanitarios. Rev Presencia 2006 jul-dic; 2 (4): 2006.
- International Early Psychosis Association Writing Group. International clinical practice guidelines for early psychosis. British Journal of Psychiatry 2005; 187 (suppl. 48): 120-124.
- Jané-Llopis E, Braddick F. (Eds). Mental Health in Youth and Education. Consensus paper. Luxembourg: European Communities; 2008. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/mental_health_en.htm
- Jiménez R, Vázquez AJ, Waissman L C. Género y funcionamiento social en la esquizofrenia. Papeles del Psicólogo: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos 2000; nº 75.
- Johnson S, Kuhlmann R and the EPCAT Group. The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. Acta Psychiat Scand 2000; 102 (Suppl. 405): 14-23.
- Karterud S, et al. Day treatment of patients with personality disorders: experiences from a Norwegian treatment research network. J Personality Disorders 2003; 17: 243-262.
- Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla-Dedieu C. Differences in Lifetime Use of Services for Mental Health Problems in Six European Countries. Psychiatric Services 2007 ; 58 (2): 213-220.
- Lana F. Programa de Atención Integrada para Trastornos graves de la Personalidad (TGP) y TLP: Programa de HD y Programa Ambulatorio Intensivo. Centros Asistenciales Dr. Emili Mira CAEM. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona. (en prensa).
- Landa V, García-García YA. Guía del duelo. Guías Clínicas en Atención Primaria. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/duelo.asp>
- Linehan M. Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad. Barcelona: Paidós; 2003.

- Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: The Guilford Press; 1993.
- López M, Lara L, Laviana M, Fernández L, García-Cubillana P y López A. Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas. Archivos de Psiquiatría 2004; 67 (2): 101-128.
- López M, Lara L. La coordinación intersectorial en la atención a la salud mental. Nuevas instituciones y formas de gestión en equipos e instituciones en salud mental. Salud mental de equipos e instituciones. Leal Rubio. Coordinador AEN 1997; 149-168.
- López M, Lara L.. Guías operativas 8 ("Programa residencial"), 9 ("Programa ocupacional y laboral") y 10 ("Otros programas de apoyo social"). En Caldas JM y Torres F. Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos. Washington: OPS; 2005.
- López M, Laviana M, Álvarez F, González S, Fernández M y Vera M P. Actividad productiva y empleo de personas con trastorno mental severo. Algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible. Revista de la Asociación Española de Psiquiatría 2004; XXII (89): 31-65.
- López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez A, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación e salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2008; XXVIII (101): 43-83.
- López M, Laviana M, López A, Tirado C. El Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia y las personas con trastorno mental grave. Rehabilitación Psicosocial 2007; 4 (1-2): 11-27.
- López M, Laviana M. Programas intersectoriales de apoyo social. En: Cangas A, Gil J, Peralta V. Esquizofrenia. Nuevas perspectivas en la investigación. Bogotá: Psicom Editores; 2006.
- López M, Laviana M. Rehabilitación, Apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Algunas propuestas desde Andalucía. Revista de la AEN 2007; 99:187-223.
- López M. Medios de comunicación, estigma y discriminación en salud mental. Elementos para una estrategia razonable. L'Information Psychiatrique 2007; 10 (83): 793-9.
- Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. Cochrane reviews. The Cochrane Collaboration. Disponible en: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001089.html>
- Marshall M, Rathbone J. Intervención temprana para la psicosis. La Biblioteca Cochrane Plus 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
- Martín C, Pedrosa R, Herrero JJ, et al. Atención a la patología mental en un centro de salud rural. Medicina de Familia (And) 2002; 3: 165-171.
- Martín C. Prevalencia y atención a los trastornos mentales en una comunidad rural (Tesis doctoral). Granada: Universidad de Granada; 2005.
- McGrew JH, Pescosolidp B, Wright E. Case managers' perspectives on critical ingredients of assertive community treatment and on its implementation. Psychiatric services March 2003; Vol 54, Nº 3: 370-376.
- Ministerio de Justicia. Acuerdo sectorial entre el Ministerio y la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, de la Junta de Andalucía, en materia de servicios sociales para las personas con discapacidad internadas en establecimientos penitenciarios de Andalucía, al amparo de la cláusula octava del convenio marco de colaboración entre la Junta de Andalucía y el Ministerio de Justicia en materia penitenciaria, de 23 de mayo de 1992.- Madrid 29 de Mayo de 2006.

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Consumo farmacéutico por grupos terapéuticos, edad y sexo. Indicadores. Instituto de Información Sanitaria. Mayo 2005. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Consumo_farmaceutico_por_tramos_edad_y_sexoll_Final.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de Situación de Salud Mental. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2002.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe Salud y Género. Observatorio de Salud de la Mujer, Agencia de Calidad; 2005. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe2005SaludGenero.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria (EDADES) 2006-2007. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2006-2007. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2006-2007.pdf>
- Montero I, Aparicio D, Gómez-Beneyto M, Moreno- Küstner B, Reneses B, Usall J, Vázquez-Barquero JL. Género y Salud Mental en un mundo cambiante. En: "Género y Salud".Informe SESPAS. Gac. Sanit 2004, vol 18, (supl.1): 175-181.
- Montero I, Ruiz I. Género y salud mental en la psiquiatría española. En: López-Ibor JJ, Leal Cercos C, Carbonell Masiá C. Imágenes de la psiquiatría española. Barcelona: Glosa 2004, 417-26.
- Moreno B. El Registro de Esquizofrenia de Granada. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid; 2005.
- Moreno B, Mayoral F, Pérez O, García-Herrera JM, Algarra J, Rivas F, Pérez R, Becerra F, Gornemann I. The Malaga Schizophrenia case-register (RESMA): overview of methodology and patient cohort. International Journal of Social Psychiatry (en prensa).
- Muñoz M, Vázquez JJ, Panadero S, Vázquez C. Características de las personas sin hogar en España: 30 años de estudios empíricos. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria 2003; 3 (2): 100-116.
- National Institute for Mental Health. UK Early Intervention Community 2006. Disponible en: <http://www.csip-plus.org.uk/RowanDocs/ElupdateOct2006.pdf>
- National Institute of Mental Health (NIMH). Borderline Personality Disorder: Raising questions, finding answers. NIMH 2001; n° 01:4928.
- NICE. Personality disorders – borderline: final scope. 14 de marzo de 2007. <http://guidance.nice.org.uk/page.aspx?o=415941>
- Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Análisis de la situación de la Atención a la Salud Mental en las Comunidades Autónomas a diciembre del 2005. Disponible en: http://www.aen.es/web/docs/ObservatorioAEN_05.pdf
- Organización Mundial de la Salud. "Declaración de Salud Mental para Europa. Enfrentando desafíos, Construyendo soluciones". Conferencia Ministerial Europea de la OMS. Helsinki, Finlandia, 12-15 Enero 2005.
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: IMSERSO; 2001.
- Organización Mundial de la Salud. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental: Políticas, Planes y Programas de Salud Mental. Ginebra: OMS; 2005

- Organización Mundial de la Salud. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental: Mejora de la calidad de la Salud Mental (Quality improvement for mental health). Ginebra: OMS; 2003.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo- Cambiemos el rumbo de la historia. Ginebra: OMS; 2004.
- Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe compendio. Ginebra: OMS; 2004.
- Organización Mundial de la Salud. Promoting mental health. Ginebra: OMS Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591595.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. Mundial de la Salud. Informe mundial sobre violencia y salud. Washintong D.C.: OPS; 2003.
- Parabiaghi A, Bonetto C y ots. Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based health service interventions. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2006; 41: 457-463.
- Pérez C, (Ed). La atención en la salud mental en Andalucía: presente y futuro. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2004.
- Pérez E. ¿Psiquiatría penitenciaria?. Rev Esp Sanid Penit 2004; 6: 97-100.
- Pérez P. Psicología y psiquiatría transcultural. Bases prácticas para la acción. Ed. Desclée de Brouwer, S.A. Bilbao; 2004.
- Phillips SD, Burns BJ, Edgar ER, et al. Moving assertive community treatment into standard practice. Psychiatric services, June 2001; Vol. 52, N° 6: 771-779.
- Plan de Salud Mental de Castilla la Mancha. 2005-2010. Disponible en: <http://www.jccm.es/sanidad/salud/plansa05.pdf>
- Plan Estratégico de la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón. 2002-2010. Disponible en: http://www.feafes.com/DocDocumentos/1018355523_4_PLAN%20SALUD%20MENTAL%20ARAGON%202002-2010.pdf
- Priebe S, Fakhoury W, White I et al. Characteristics of team, staff and patients: associations with outcomes of in assertive outreach. British journal of psychiatry 2004; 185: 306-311.
- Prieur C. Les prisons débordées par l'afflux de malades mentaux. Le Monde 18-04-2002.
- Purcell G, Wilson P, Delamothe T. The quality of health information on the Internet. BMJ 2002; 324 :557-8.
- Risk A, Petersen C. Health Information on the Internet. Quality Issues and International Initiatives. JAMA 2002; 287 :2713- 5.
- Rubio V, Pérez Urdaniz A, (Eds). Trastornos de la personalidad. Madrid: Elsevier; 2003.
- Ruggeri M, Leese M et al. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. British Journal of Psychiatry 2000; 177: 149-155.
- Ruiz I, Plazaola-Castaño J. Intimate Partner Violence and Mental Health Consequences in Women Attending Family Practice in Spain. Psychosomatic Medicine 2005; 67: 791-797.
- Ruiz I, Plazaola-Castaño J. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. Gac. Sanit. 2006; 20 (3): 202-8.

- Runte A. Estigma y esquizofrenia: qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores [Tesis doctoral]. Granada: Editorial de la Universidad de Granada; 2005.
- Rüsç N, Angermeyer MC, Corrigan PW. El estigma de la enfermedad mental. Conceptos, consecuencias e iniciativas para reducirlo. *European Psychiatry* (Ed. Esp.) 2006; 13: 165-176.
- Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. *Plos Medicine* 2005; 2: 5, e 141.
- Sainz C, Ruíz MT, Díaz A. Evolución del consumo de fármacos antidepresivos en las áreas sanitarias de la Rioja y Zamora durante el periodo 1997-2001. *Rev. Esp. Salud Pública* 2004; 78 (5): 631-645.
- Salvador I (Ed). El observatorio de salud mental: análisis de los recursos de salud mental en España 2005. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Salvador-Carulla L. Comentario. La economía de la salud mental en España. ¿Una asignatura pendiente?. *Gac. Sanit.* 2007; 21 (4): 314-15.
- Salvador-Carulla L, Tibaldi G, Johnson S, Scala E, Romero C, Munizza C, CSRP group; RIRAG group. Patterns of mental health service utilisation in Italy and Spain - an investigation using the European Service Mapping Schedule. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005; 40 (2): 149-59.
- Santamaría B, Pérez M, Montero D, Madurga M, De Abajo FJ. Use of antipsychotic agents in Spain through 1985-2000. *Eur Psychiatry* 2002; 17: 471-476.
- Sayed - Ahmad N, Río MJ y Fernández, G. Capítulo VII "Salud Mental" en *Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes*. Sevilla; 2007.
- Secades R, Rodríguez E, Valderrey J, et al. El consumo de psicofármacos que acuden a atención primaria en el Principado de Asturias (España). *Psicothema* 2003; 15 (4): 650-655.
- Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Programa de Salud Mental. Memoria de recursos y actividad asistencial 2005. Sevilla: SAS; 2006.
- Servicio Canario de Salud. La Atención a la Salud Mental en Canarias: situación epidemiológica. Encuesta de Salud de Canarias. Disponible en: http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/6/6_3/canarias/ppal.jsp
- Shepherd G, Boardman J, Slade M. Making Recovery a Reality. London: Sainsbury Centre for Mental Health ; 2008. Disponible en: <http://www.scmh.org.uk/>
- Sincras A, Rejas J, Navarro R, Serrat J, et al. Costes y patrón de uso de servicios en pacientes que demandan atención por problemas mentales en asistencia primaria. *Gac. Sanit.* 2007; 21 (4): 306-13.
- Straus SE, McAlister FA. Evidence-based medicine: a commentary on common criticisms. *CMAJ* 2000; 163: 837-41.
- Tizón JL, Ciurana R, Buitrago F, Camón R, Chocrón L, Montón C . Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Aten primaria* 1997; 20 (2): 122-151.
- Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud La evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud: Configurando la Salud Publica en una Nueva Europa: Parte Dos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
- Vallina O, Lemos S, Fernández Iglesias P. Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología* 2006; 24 (1-3): 185-221.
- Vázquez-Barquero JL. Editor. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Aula Médica; 1998.
- Vedia C, et al. Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria. *Aten. Primaria* 2005; 36: 239-245.

- Vicens E, Tort V. El cumplimiento de la medicación y las implicaciones clínicas a largo plazo en la esquizofrenia en el ámbito penitenciario. Rev. Sanid. Penit. 2005; 7: 68-76.
- Walker Z, Townsend T, Oakley L, Donovan C, Smith H, Hurst Z, et. al. Health Promotion for adolescents in primary care: Randomised controlled trial. BMJ 2002; 325: 524-527.
- Wen-Shing Tseng. Handbook of Cultural Psychiatry, Ed. Academic Press, 2001.
- World Health Organization. Mental Health atlas 2005. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva: WHO; 2005. Disponible en: <http://www.cvdinfoibase.ca/mh-atlas>
- Wyatt J C. Medical informatics: artefacts or science? Methods Inf Med 1996; 35: 314-7.
- Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. Am J Psychiatry 2005; 162:1911-1918.

Abreviaturas

- ACG:** Adjusted Clinical Groups.
- ADG:** Ambulatory Diagnosis Groups.
- ADS:** Ansiedad, Depresión y Somatizaciones.
- ASM:** Área de Salud Mental.
- BDU:** Base de Datos de Usuarios.
- CCAA:** Comunidades Autónomas.
- CEE:** Centro Especial de Empleo.
- CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión.
- CIE-9:** Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión.
- CIS:** Clinical Interview Schedule.
- CMBD:** Conjunto Mínimo Básico de Datos.
- CTSM:** Comunidad Terapéutica de Salud Mental.
- DCCU-AP:** Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria.
- DDD:** Dosis Diarias Definidas.
- DHD:** Dosis Diaria Definida por Habitante y Día.
- EASP:** Escuela Andaluza de Salud Pública.
- EPES:** Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.
- ESMD:** Equipo de Salud Mental de Distrito.
- FAISEM:** Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental.
- FEAFES:** Federación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental.
- GHQ:** General Health Questionnaire.
- GRD:** Grupos Relacionados con el Diagnóstico.
- HD:** Hospital de Día.
- IASAM:** Instituto Andaluz de Salud Mental.
- IEA:** Instituto de Estadística de Andalucía.

- IC:** Intervalos de Confianza.
- IESM-OMS:** Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud.
- INE:** Instituto Nacional de Estadística.
- OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- ONU:** Organización de las Naciones Unidas.
- OR:** Odds Ratio.
- PAI:** Proceso Asistencial Integrado.
- PISMA:** Plan Integral de Salud Mental de Andalucía.
- PIT:** Plan Individualizado de Tratamiento.
- PSE CATEGO:** Present State Examination Catego System.
- PSH:** Personas Sin Hogar.
- PSM:** Programa de Salud Mental.
- SAS:** Servicio Andaluz de Salud.
- SCCU-H:** Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias de Hospital.
- SISMA:** Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.
- SSPA:** Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- TCA:** Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- TIA:** Trastorno de la Infancia y Adolescencia.
- TMG:** Trastorno Mental Grave.
- TP:** Trastornos de la Personalidad.
- UGC:** Unidad de Gestión Clínica.
- UHSM:** Unidad de Hospitalización de Salud Mental.
- URSM:** Unidad de Rehabilitación de Salud Mental.
- USMC:** Unidad de Salud Mental Comunitaria.
- USMI-J:** Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- ZNTS:** Zonas con Necesidad de Transformación Social.

Índice de tablas, gráficos y figuras

Tablas:

Tabla 1: Prevalencia-año de los principales trastornos mentales en España y Europa. ESEMeD, 2002.	24
Tabla 2: Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico. SSPA, 2006.	33
Tabla 3: Evolución de las personas atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2003-2006.	34
Tabla 4: Evolución de las personas, por grupos de diagnósticos específicos, atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria, según sexo. Tasa por 100.000 habitantes. SSPA, 2003-2006.	35
Tabla 5: Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, según grupo diagnóstico. SSPA, 2006.	37
Tabla 6: Altas hospitalarias por enfermedades y trastornos mentales según GRD. SSPA, 2003-2006.	39
Tabla 7: Evolución de la actividad asistencial de las Comunidades Terapéuticas de Salud Mental. SSPA, 2003-2006.	40
Tabla 8: Evolución de la actividad asistencial de los Hospitales de Día de Salud Mental. SSPA, 2003-2006.	40
Tabla 9: Evolución de la actividad asistencial de las Unidades de Rehabilitación de Salud Mental. SSPA, 2003-2006.	39
Tabla 10: Evolución de la dosis definida por habitante y día. SSPA, 2003-2006.	42
Tabla 11: Asociación entre el consumo de fármacos y el maltrato global. Mujeres asistentes a consultas de atención primaria en Andalucía, 2006.	47
Tabla 12: Dispositivos de salud mental según Área de Salud Mental. SSPA, 2007.	50
Tabla 13: Recursos sanitarios para la atención de la salud mental según Área de Salud Mental. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2007.	51
Tabla 14: Recursos sanitarios para la atención de la salud mental según provincia. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2007.	51
Tabla 15: Evolución de los dispositivos de salud mental en el SSPA durante el periodo de vigencia del I PISMA. 2003-2007.	52

Tabla 16: Recursos humanos por categoría profesional y tipo de dispositivo. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2007.	54
Tabla 17: Evolución de los recursos de apoyo social para personas con trastorno mental grave. FAISEM 2003-2007.	58
Tabla 18: Plantilla de FAISEM según clasificación profesional, 2007.	60
Tabla 19: Demandas para la mejora de la atención y propuesta de líneas de trabajo	64
Tabla 20: Incremento de recursos sanitarios de salud mental. SSPA, 2008-2012	88
Tabla 21: Incremento de recursos de apoyo social. FAISEM 2008-2012.....	91
Tabla 22: Relación entre objetivos y estrategias II PISMA 2008-2012.....	111

Gráficos:

Gráfico 1: Pirámides de edad de Andalucía, 2003-2006.	18
Gráfico 2: Riesgo de mala salud mental en personas adultas según grupos de edad y sexo. Andalucía, 2006.....	22
Gráfico 3: Suicidios según grupo de edad y sexo. Tasas por 100.000 habitantes. Andalucía, 2006.....	26
Gráfico 4: Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo de edad y sexo. SSPA, 2006.	30
Gráfico 5: Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, según grupo de edad y sexo. SSPA, 2006.	31
Gráfico 6: Altas hospitalarias por enfermedades y trastornos mentales según grupo de edad y sexo. SSPA, 2006.	32
Gráfico 7: Personas inmigrantes atendidas en las Unidades de Salud Mental Comunitaria del Poniente de Almería según grupo de edad y sexo. 2000-2004.	44

Figuras:

Figura 1: Mapa de los dispositivos de Salud Mental según Áreas Hospitalarias. Año 2007.....	53
--	----



JUNTA DE ANDALUCÍA