

CONSEJERÍA DE SALUD

Sistema Sanitario Público de Andalucía

**Plan Integral
de Salud Mental de Andalucía
2003-2007**



Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007

**JUNTA DE ANDALUCÍA
Consejería de Salud
Servicio Andaluz de Salud
Sevilla. Edición 2003**

Servicio Andaluz de Salud Mental

**Plan Integral de Salud Mental de Andalucía:
2003-2007 / Sevilla: Servicio Andaluz de Salud,
Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2003
116 p.; 27 cm**

Depósito Legal: SE-3768-04

**1.Servicios de Salud Mental - Andalucía 2. Salud Mental -
Planificación - Andalucía I. Servicio Andaluz de Salud,
ed. II. Título WM30**

© 2004 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía

EDITA:

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

Avda. de la Constitución, 18

41001 Sevilla

Tífono.: 955 01 80 00

Fax: 955 01 80 25

www.sas.junta-andalucia.es

www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

Maquetación: Egondi Artes Gráficas, S.A.

Imprime: Egondi Artes Gráficas, S.A.

Presentación

Desde la aprobación, por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, del III Plan Andaluz de Salud, los problemas de salud de mayor impacto en la población son abordados de manera específica mediante Planes Integrales, que permiten un mejor análisis de estos problemas y la puesta en marcha de las medidas adecuadas para mejorar la salud.

Así, en su objetivo número 17, el Plan incluye la elaboración y desarrollo del PLAN ANDALUZ DE SALUD MENTAL, que desde estas líneas tengo la satisfacción de presentar.

Este Plan propone acciones en materia de promoción de la salud mental, mejora de la calidad de vida de los pacientes con trastornos mentales y establece, como factor clave de éxito, una atención sanitaria y social basada en la continuidad asistencial que posibilite la reinserción social de las personas con trastorno mental.

Esta línea de acción prioritaria considera la Salud Mental como un elemento crucial para el bienestar general de las personas y de nuestra sociedad. Muchas personas sufren el trastorno mental y muchas familias padecen esta situación. Gracias a ellas y a distintos recursos institucionales es más posible la integración social de estas personas en su entorno.

Andalucía, durante los últimos veinte años ha dado muestra de este compromiso social y ha impulsado numerosas acciones en este campo, avanzando hacia la desinstitucionalización completa de los pacientes, hacia la integración, desarrollando programas en materia de rehabilitación, integrando la atención al enfermo mental en el seno del Sistema Sanitario Público de Andalucía y dando respuesta, en fin, a las enfermedades mentales con un enfoque integrador, comunitario y orientado hacia la inserción social.

La validez del modelo que resultó tras esta reforma, ha sido reconocida por la propia OMS, que le dio la consideración de referente internacional en salud mental.

Este Plan Integral ha sido concebido en concordancia con la línea estratégica del Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, que ha supuesto, entre otras novedades, la incorporación de la metodología de gestión por procesos asistenciales integrados como herramienta básica de gestión y garantía de continuidad asistencial para el ciudadano.

Como complemento a la vertiente puramente asistencial de los procesos, el Plan Integral de Salud Mental recoge y ofrece, de acuerdo a las mejores evidencias científicas disponibles, otro conjunto más amplio de actuaciones y recursos sanitarios necesarios para mejorar la atención y la calidad de vida de las personas afectadas en distintos ámbitos de su problema.

En este sentido, el Plan pretende especialmente implicar a todos los profesionales que intervienen en mayor o menor medida en los procesos, así como vertebrar un espacio en el que tengan

más cabida las familias, habida cuenta de su necesidad de apoyo y respiro, y dar más protagonismo a las asociaciones ciudadanas, que, junto con las primeras, cumplen una indispensable función de soporte emocional para los afectados.

Por último, quiero agradecer la colaboración de todos los profesionales, las asociaciones de familiares y las sociedades científicas que han participado en la elaboración de este Plan, y han aportado su esfuerzo y elevado grado de conocimiento y experiencia, decisivos, sin duda, para que cristalizase este nuevo instrumento con el que, de ahora en adelante, cuentan todos los andaluces.

María Jesús Montero Cuadrado

Consejera de Salud. Junta de Andalucía

Prólogo

Cuando se creó por la Ley 9/1984, de 3 de julio, el Instituto Andaluz de Salud Mental, se inició un proceso imparable de transformación de la atención a los problemas de salud mental en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Hasta entonces, la asistencia a estos problemas de salud se limitaba prácticamente a los Hospitales Psiquiátricos de las Diputaciones Provinciales y a las consultas ambulatorias de Neuropsiquiatría de la RASSSA.

Después de veinte años, son muchos los logros reconocidos. Disponemos en Andalucía de una red pública única de servicios de salud mental integrada en el Servicio Andaluz de Salud (SAS), de base y orientación comunitaria, diversificada en recursos y en modelos de intervención. De este modo, han sido superadas las estructuras manicomiales, a la vez que se han desarrollado nuevas políticas intersectoriales de coordinación con la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM), la Administración de Justicia, Asuntos Sociales y Educación.

No obstante, debemos seguir avanzando en muchos aspectos: el incremento y diversificación de recursos profesionales y estructurales, la mejor organización y gestión de los mismos, la mayor calidad en la prestación de servicios, el compromiso de trabajo conjunto con Atención Primaria, el desarrollo de programas de atención integral al paciente mental grave en la comunidad, el incremento de atención domiciliaria, la atención coordinada desde niveles asistenciales y sectores no sanitarios en los trastornos de la infancia y la adolescencia, la atención preferente a colectivos de riesgo, el abordaje de patologías emergentes a través de distintos dispositivos y modalidades de intervención, y el estímulo para la participación de usuarios y profesionales, tanto a nivel individual como colectivo.

El presente Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, 2003-2007 (PISMA) pretende ser un marco de referencia para que en los próximos años continúen las mejoras en la cobertura y la calidad de la atención a los problemas de salud mental de la población andaluza, La adecuación de los servicios a las necesidades del usuario y la garantía de continuar desarrollando un modelo basado en la orientación comunitaria son dos de los objetivos sobre los que van a pivotar las principales líneas de actuación.

La potenciación de la atención comunitaria y los programas de promoción de salud mental orientados a la reducción del riesgo de enfermar, se plantean como actuaciones básicas sobre factores causales multifactoriales y grupos riesgo. Desde una óptica preventiva, los distintos dispositivos asistenciales de salud mental deberán, además, desarrollar programas sobre orientación de la demanda, uso racional de psicofármacos, psicoeducación, intervención sobre familiares, adherencia al tratamiento, etc.

Siendo los ciudadanos el centro del propio Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA), desde el PISMA se incide en la transparencia, la participación y especialmente en una adecuada información que venga a satisfacer las necesidades y expectativas de usuarios y profesionales. Los problemas de salud mental suelen ser los grandes desconocidos de sociedades, individuos y profesionales de la salud en general, por lo que las distintas líneas estratégicas de información y comunicación deberán tener en cuenta, tanto a pacientes y población general, como el resto del sistema sanitarios.

Con la próxima publicación de un nuevo Decreto de Ordenación de los Servicios Salud Mental, que sustituya al actualmente vigente 338/88, se integrarán de forma definitiva todos los dispositivos de red de salud mental en el ámbito de la asistencia especializada del SSPA. De esta manera se supera la doble dependencia orgánica de los Equipos de Salud Mental de Distrito, a la vez que se dimensionan de una forma más racional el tamaño y la distribución geográfica de los Servicios de Salud Mental, equiparándolos orgánica y funcionalmente a los demás servicios especializados.

La planificación y gestión de servicios de salud mental deberá configurarse durante los próximos años como líneas de acción que garanticen la continuidad de cuidados. La implementación y desarrollo de los Procesos Asistenciales Integrados de salud mental (Ansiedad-Depresión-Somatizaciones, Trastorno Mental Grave, Trastorno de la Conducta Alimentaria), va a posibilitar el establecimiento progresivo de indicadores de calidad, así como el creciente desarrollo de la aplicación de criterios de efectividad y eficiencia. La progresiva puesta en marcha de Unidades de Gestión Clínica en Salud Mental debe suponer la homogenización de presupuestos clínicos, líneas de producto y sistemas de información, de modo que se tienda a Servicios de Salud Mental configurados como unidades de gestión, integrando la atención a las diversas patologías con independencia de los dispositivos implicados. Mención especial merece, tanto la integración del sistema de información en salud mental (SISMA) en el Proyecto de Historia de Salud Digital del SSPA, como la apuesta por la actualización del equipamiento informático de los dispositivos de salud mental.

La atención sociosanitaria a enfermos con patología mental (especialmente en los casos más graves) es fundamental. El apoyo y la integración social son necesarios, tanto para los pacientes como para sus familiares. FAISEM es la encargada de prestar apoyo social y facilitar la integración de estos enfermos. Desde el PISMA se propone la creación de 300 plazas residenciales más para descongestionar las unidades de hospitalización y las comunidades terapéuticas, además de 100 plazas de respiro familiar para aliviar y, en muchos casos, prevenir patologías asociadas al cuidado prolongado de estos pacientes. Así mismo, se incrementarán las plazas en el resto de programas de integración que desarrolla FAISEM (laboral, ocupacional de fomento de relaciones sociales).

La formación en salud mental constituye una línea de acción estratégica que pretende potenciar el carácter multidisciplinar de los distintos dispositivos, fomentar las expectativas de desarrollo profesional de sus integrantes, y facilitar una mejor gestión de los recursos del conocimiento. La investigación científica es una actividad imprescindible para conseguir los objetivos de las políticas de salud. Las líneas de acción de investigación en salud mental asumen las propuestas del Programa Marco de Investigación en Salud de Andalucía, continuando las líneas específicas actualmente abiertas sobre Procesos asistenciales integrados, Evaluación de servicios y Uso racional de psicofármacos.

Por último, éste es un plan Integral que no pretende encorsetar, sino abrir debates y estimular propuestas entre usuarios, clínicos y gestores. Los procesos de mejora se ganan día a día y con el compromiso de todas las partes implicadas. De igual manera, Asociaciones de Familiares y Científicas tienen la palabra. En este el mejor aval para librarse de tendencias inmovilistas.

Joaquín Carmona Díaz-Velarde
Director General de Asistencia Sanitaria
Servicio Andaluz de Salud

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	11
I.1. Marco Normativo y Evolución histórica	12
II. ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN ANDALUCÍA	16
II.1. Prevalencia del trastorno mental en Andalucía.	16
II.2. Morbilidad atendida por el sistema de salud mental.	19
2.1. Morbilidad atendida por los ESMD.	19
2.2. Morbilidad atendida por las USM-HG.	22
II.3. Expectativas de pacientes, cuidadores-familias y profesionales.	25
3.1. Expectativas de pacientes familiares y ciudadanos.	25
3.2. Expectativas de los profesionales.	31
II.4. Red de servicios de atención a la salud mental en Andalucía.	34
4.1. Red de dispositivos de atención sanitaria.	37
4.2. Red de atención social. FAISEM.	41
II.5. Oportunidades de Mejora.	43
III. OBJETIVOS DEL PLAN INTEGRAL DE S.M.	46
IV. LÍNEAS DE ACCIÓN	46
IV.1. Comunicación e Información.	47
IV.2. Potenciación de la atención comunitaria y promoción.	49
IV.3. La gestión de la atención sanitaria: Procesos asistenciales.	54
IV.4. Atención sociosanitaria.	68
IV.5. Estructura organizativa: potenciación de la red de atención a la SM.	71
IV.6. Papel de las asociaciones: pacientes, familiares y grupos de ayuda.	75
IV.7. Sistemas de información.	76
IV.8. Investigación en salud mental.	77
IV.9. Formación y desarrollo de los profesionales.	81

V. RESUMEN	95
VI. BIBLIOGRAFÍA	106
VII. ABREVIATURAS	112
VIII. RELACIÓN DE AUTORES Y COLABORADORES	113

I. INTRODUCCIÓN

Los Trastornos Mentales (TM), son un problema de primera magnitud en nuestra sociedad, no sólo por su elevada incidencia (se estima en un 25% de la población general), sino por el impacto en sufrimiento y desestructuración que sufren los pacientes con sus familias y el entorno cercano (entre las 20 principales causas de AVAD –Años de vida ajustados según la discapacidad– entre la población de 15 a 44 años, figuran seis trastornos psiquiátricos)⁽¹⁾.

La enfermedad mental comprende un amplio número de patologías, que generalmente se caracterizan por su larga duración –procesos crónicos–, lo que supone una enorme carga a la familia, al sistema sanitario y a la propia sociedad.

Por otra parte, el abordaje de la enfermedad mental requiere “complejos” procesos de tratamiento y rehabilitación, que exigen una estrecha supervisión y un importante número de contactos con los profesionales sanitarios, y por tanto, un elevado consumo de recursos (se ha estimado que el 20% del gasto sanitario en los sistemas sanitarios de la Unión Europea se debe a estos procesos y que para el año 2020, los trastornos neurológico-psiquiátricos serán la causa más importante de discapacidad)⁽¹⁾.

La enfermedad mental como patología social, está asociada a procesos de marginación y estigmatización (afortunadamente en declive) que sufren los pacientes, que junto a la pérdida de potencia de las estructuras de soporte y contención social, está provocando un aumento de la demanda de servicios sanitarios relacionados con la salud mental⁽²⁾.

Es por ello que la fuerte implicación en el proceso de atención de las estructuras sociales, formales –Servicios Sociales– e informales –familias y redes sociales de apoyo–, son otra de las características que singularizan el tratamiento de estos pacientes.

Desde el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), a través de este Plan Integral de Salud Mental, se pretende abordar la reorientación de los dispositivos asistenciales de salud mental dentro del Modelo Comunitario, poniendo mayor énfasis en la necesidad de complementariedad del espacio sociosanitario y el compromiso de los profesionales y la ciudadanía ante la enfermedad y los enfermos.

La plena integración de la red de atención sanitaria a la salud mental en el SSPA, debe suponer la adecuación de los modelos de gestión, la implementación de procesos asistenciales integrados y la evaluación de los mismos (establecimiento de objetivos y cartera de servicios homogéneos, medición del producto, elaboración de estándares, indicadores de calidad, criterios de efectividad y eficiencia, y acreditación de unidades clínicas y profesionales). Con todo ello, sin duda, mejorará el proceso de atención a los pacientes con este tipo de patologías.

I.1. Marco normativo y evolución histórica

La Constitución Española en su Capítulo III del Título I, que orienta los principios rectores de la política social y económica, enmarca los derechos fundamentales que hay que tener en cuenta en el ámbito de la salud mental, como son:

- * Art. 43: Se reconoce el derecho a la protección de la salud y la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.
- * Art. 49: Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos y sensoriales a los que se prestará la atención sanitaria que requieran y los amparan especialmente para el disfrute de los derechos que el Título I otorga a todos los ciudadanos.

En el Título VIII, de la organización territorial del Estado, Capítulo Tercero, se explicitan las competencias fundamentales de Comunidades Autónomas y del Estado. Destacan así:

- * Art. 148: Las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en asistencia social (nº 20) y en sanidad e higiene (nº 21)
- * Art. 149: El Estado se reserva la competencia exclusiva en las bases y coordinación general de la sanidad (nº 16)

La Ley General de Sanidad

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece la creación de un Sistema Nacional de Salud como instrumento destinado a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos. Entre sus principios generales, –Capítulo I– destacan la extensión de la asistencia sanitaria a toda la población, el acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad efectiva, la participación comunitaria, la atención integral a la salud y la integración de todos los recursos en un dispositivo único.

El Capítulo III del Título I, destinado íntegramente a la salud mental, establece la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y la equiparación del enfermo mental a las demás personas. Especifica también que la atención a la salud mental se realizará en el ámbito comunitario; la hospitalización, en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales; la necesidad de desarrollar servicios de rehabilitación y reinserción social, y la coordinación con los servicios sociales. Hace especial mención a los problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

En el Título III Capítulo III, se establece que serán las Áreas de Salud las estructuras fundamentales del sistema sanitario de las Comunidades Autónomas, de manera que sea posible ofrecer desde ellas todas las prestaciones propias del sistema sanitario.

En relación a las Prestaciones en Salud Mental reconocidas por el SNS en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias, se incluye en el anexo I, la atención a la salud mental y a la asistencia psiquiátrica, que abarca el diagnóstico clínico, la psicofarmacoterapia y la psicoterapia individual, de grupos o familiar y, en su caso, la hospitalización.

Ley de Enjuiciamiento Civil

La Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, en el Libro IV, Título II, Capítulo II regula los procesos sobre la capacidad de las personas y, concretamente, en el artículo 763 recoge de manera pormenorizada el “internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico”, que requerirá autorización judicial previa al internamiento, salvo que por razones de urgencia se hiciera necesaria la inmediata adopción de la medida, en cuyo caso se deberá informar al tribunal competente en el plazo de veinticuatro horas. Establece, igualmente, que el tribunal será informado cada seis meses de la necesidad de mantener la medida de internamiento, así como del alta del enfermo cuando esta se produzca.

Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en el Capítulo I define el **consentimiento informado** como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud. Y la **libre elección** como la facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente, entre dos o más alternativas asistenciales, entre varios facultativos o entre centros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes, en cada caso.

El Capítulo II regula el derecho a la información sanitaria, haciendo titular del derecho al paciente.

El derecho a la intimidad está recogido en el Capítulo III, expresando el carácter confidencial de los datos referentes a la salud así como la obligación de los centros sanitarios de garantizar este derecho.

El respeto a la autonomía del paciente, es tratado en el Capítulo IV, regulando el consentimiento informado, sus límites y el consentimiento por representación.

Ética y derechos humanos para las personas con trastornos mentales

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

- * Declaración de Luxor de 1989 de los derechos humanos para los enfermos mentales de la Federación Mundial de la Salud Mental, en donde se explicita la responsabilidad gubernamental y social en la atención a los grupos vulnerables y a la promoción de la igualdad de derechos del enfermo.
- * La Resolución de Naciones Unidas 46/119 de diciembre de 1991, para la defensa de los derechos de los enfermos mentales, reconoce el derecho a la no discriminación laboral, sanitaria, institucional y social de estas personas. Incluye, también, la no utilización de la psiquiatría con fines políticos, ideológicos o religiosos.
- * El Convenio Europeo para la Protección de los Derechos y Dignidad del Ser Humano de 1997 con respecto a las aplicaciones y limitaciones sobre las personas de la biología y la medicina. Se plantea la armonización de las legislaciones nacionales en lo relativo a los derechos de los pacientes, destacando como aspectos relevantes la intimidad, la confidencialidad en la información y el consentimiento informado.
- * Por último, la elaboración del Libro Blanco del Comité de Bioética del Consejo de Europa sobre Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de las personas con trastorno mental, ingresadas involuntariamente en centros psiquiátricos (febrero 2000), en el que se abordan las condiciones y procedimientos de ingreso involuntario, los límites éticos al tratamiento, la prevención y el control de hipotéticos abusos de la psiquiatría y las garantías para los enfermos mentales encarcelados.

La Reforma Psiquiátrica en España

La Reforma Psiquiátrica comienza oficialmente con la Ley de creación de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1983). Los objetivos marcados por la Comisión de la Reforma Psiquiátrica se integrarán en el Sistema Sanitario Público planificado por la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril) que establece la integración de las acciones de salud mental en el sistema sanitario general, equiparando al enfermo mental con el resto de la población⁽³⁾.

En definitiva se asiste a una nueva ordenación y estructuración de los recursos: disminuyen las camas de larga estancia, se crean unidades de hospitalización en los hospitales generales, y equipos de salud mental ambulatorios.

Se persigue un modelo universal, equitativo, descentralizado, donde el área de salud se define como estructura fundamental de gestión y planificación y en el que la atención primaria (zonas básicas) aparece bien estructurada y vinculada a hospitales generales que representan la asistencia especializada y complementaria que requiera cada zona.

En la Comunidad Autónoma de Andalucía

Tras la asunción de competencias en materia de sanidad, se crea el Instituto Andaluz de Salud Mental –IASAM– por la Ley 9/1984 de 3 de Julio y se le dota de reglamento (Decreto 308/1984 de 4 de diciembre). Este será el motor de la Reforma Psiquiátrica(4). Harán falta otras normativas complementarias para llegar al actual modelo de funcionamiento de la atención a la salud mental como es la creación del Servicio Andaluz de Salud (Ley de 6 de mayo de 1986) y su modelo de funcionamiento (1987: Decreto 80/1987 de 25 de Marzo, de ordenación y organización del Servicio Andaluz de Salud.)^(5,6). Este organismo habría de absorber los servicios gestionados por el IASAM, definidos en el decreto 338/88 de 20 de Diciembre, de ordenación de los servicios de atención a la salud mental.

La faceta de atención social en Andalucía nace con la Ley 2/1988 de 4 de Abril, Ley de Servicios Sociales de Andalucía (que pretende unificar en un Sistema Público con dos niveles de atención –servicios sociales comunitarios y los especializados– las competencias que las distintas administraciones públicas y entidades sociales tenían en bienestar social), y se concreta a nivel autonómico en la creación de un organismo de gestión de los servicios competencia de la Junta de Andalucía –discapacitados, mayores y centros y programas que requieren una prestación supraprovincial–, el Instituto Andaluz de Servicios Sociales. (Decreto 252/1988 de 12 de Julio). El colofón de la atención social a las personas con trastornos mentales lo pone la creación de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM) (Proposición no de ley 11/93) que surgiría como un organismo vinculado a las Consejerías de Salud, Asuntos Sociales, Empleo y Desarrollo Tecnológico y Economía y Hacienda, encargado de gestionar y desarrollar toda una red de servicios sociales para personas con trastorno mental grave⁽⁷⁾.

Posteriormente los Planes de Salud de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía han venido recogiendo un capítulo referente a los objetivos a conseguir a medio plazo en la atención a la salud mental.

II. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA

II.1. Prevalencia del trastorno mental en Andalucía

La **morbilidad poblacional** en Andalucía recogida en un estudio realizado en 1997(8), pone de manifiesto que un 57,92% de la población andaluza no ha tenido ningún trastorno mental diagnosticable a lo largo de la vida. Por el contrario, la prevalencia ponderada de trastorno mental es de 42,08%, lo que se traduce en que **4,2 de cada 10 personas en la población ha sufrido a lo largo de su vida al menos un trastorno mental** diagnosticable.

En cuanto a la situación de salud mental del último año, la prevalencia indica que 2,9 personas de cada 10 han sufrido un trastorno mental con la suficiente entidad clínica como para ser diagnosticado durante el año anterior a la recogida de información.

TABLA 1. PREVALENCIA Y COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN ANDALUCÍA, 1997.

	Prevalencia Vida	Prevalencia último año
Ningún diagnóstico	57,92	71,24
Algún diagnóstico	42,08	28,76
1 Diagnóstico	26,24	18,1
2 Diagnósticos	5,99	6,71
3 o más diagnósticos	9,85	3,96
TOTAL	100,00	100,00

Fuente: Gornemann Schafer I. Prevalencia del trastorno mental en la población de Andalucía (Tesis Doctoral). Granada: Universidad de Granada; 2002.

Prevalencia de los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes

Los trastornos que aparecen con mayor frecuencia a lo largo de la vida, son los **trastornos depresivos**, y a continuación los **Trastornos de Ansiedad**

Por otro lado, el trastorno singular más prevalente es el Trastorno Distímico, con una prevalencia a lo largo de la vida del 8,83% y una prevalencia al año del 4,96%.

Los trastornos derivados del Consumo de Tóxicos y Alcohol suponen una prevalencia a lo largo de la vida del 17,6%.

Por último, la prevalencia de la Esquizofrenia, tanto a lo largo de la vida como en el último año, es del 1,02%.

TABLA 2. PREVALENCIA PONDERADA DE LOS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS MÁS FRECUENTES. ANDALUCÍA 1997.

Diagnóstico	Prevalencia Vida		Prevalencia último año	
	%	95% IC*	%	95% IC*
Algún diagnóstico psiquiátrico	42,08	39,67 - 44,50	28,76	26,54 - 30,98
Trastornos depresivos	26,23	24,07 - 28,38	12,98	11,33 - 14,63
Trastornos de ansiedad	17,48	15,62 - 19,34	12,91	11,26 - 14,55
T. por consumo de alcohol	13,13	11,48 - 14,79	6,82	5,58 - 8,05
Trastorno distímico	8,83	7,44 - 10,22	4,96	3,90 - 6,03
T. depresivo mayor episodio único	8,33	6,97 - 9,68	2,43	1,67 - 3,18
Abuso del alcohol	8,15	6,81 - 9,49	3,56	2,66 - 4,47
T. depresivo mayor recurrente	7,72	6,41 - 9,03	4,77	3,73 - 5,82
Agorafobia	7,62	6,32 - 8,92	4,68	3,64 - 5,71
Fobia simple	7,21	5,95 - 8,48	6,81	5,57 - 8,04
Fobia social	5,39	4,28 - 6,49	4,68	3,64 - 5,71
Dependencia del alcohol	4,99	3,46 - 5,49	3,26	2,39 - 4,12
Uso de drogas	4,47		2,04	1,34 - 2,73
Trastorno de angustia	4,06	3,10 - 5,03	2,74	1,94 - 3,54
Esquizofrenia	1,02	0,53 - 1,51	1,02	0,53 - 1,51

*Intervalo de confianza del 95%.

Fuente: Gornemann Schafer I. Prevalencia del trastorno mental en la población de Andalucía (Tesis Doctoral). Granada: Universidad de Granada; 2002.

Prevalencia del trastorno mental según género

Las diferencias en los trastornos mentales según género son evidentes. A lo largo de la vida, la prevalencia de trastornos mentales en la mujer (49,2%) es superior a la que se observa en el hombre (35,5%).

La prevalencia de los trastornos depresivos y de ansiedad a lo largo de la vida en mujeres es el doble a la encontrada en hombres para el mismo periodo. Por el contrario, los trastornos derivados del consumo excesivo de alcohol son casi siete veces más prevalentes en hombres que en mujeres.

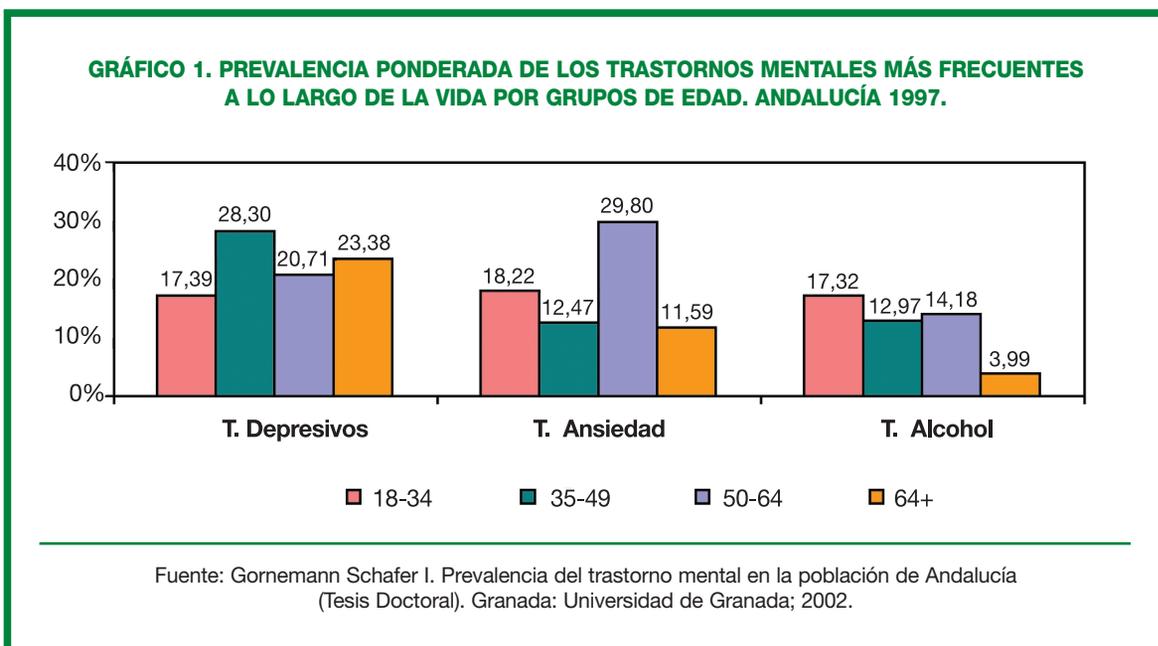
Por último, la prevalencia de Esquizofrenia en hombres del 1,6% a lo largo de la vida, muy superior a la que se observa en las mujeres, que desciende a un 0,2%.

Si hacemos el análisis de prevalencia de trastornos mentales en el último año encontramos también diferencias significativas por sexo.

Se puede concluir, que los trastornos depresivos y de ansiedad son prácticamente tres veces más prevalentes en la mujer que en el hombre, mientras que los trastornos asociados al consumo excesivo de alcohol son cinco veces más prevalentes en hombres que en mujeres.

Prevalencia del trastorno mental por grupos de edad

El gráfico 1 muestra la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes por grupos de edad:



No se observan diferencias significativas en la prevalencia de los tres grupos de patología mental en la población más joven, –de 18 a 34 años–.

En el grupo de edad entre los 35 y los 49 años, casi tres de cada diez personas han tenido un Trastorno Depresivo a lo largo de la vida (28,39%).

Las personas con edad entre 50 y 64 años son las que presentan la prevalencia más alta de Trastornos de Ansiedad, elevándose a un 29,80%. Los Trastornos Depresivos son también muy prevalentes en este grupo de edad (20,71%) y el 14,18% tiene algún trastorno relativo al consumo excesivo de alcohol.

Por último, en el grupo de mayores de 64 años, los trastornos más prevalentes a lo largo de la vida son los Trastornos Depresivos, con un 23,38%; y los Trastornos de Ansiedad con una prevalencia del 11,56%.

II.2. Morbilidad atendida por el Sistema de Salud Mental de Andalucía

Se van a analizar fundamentalmente dos niveles de morbilidad atendida:

1. Los trastornos mentales atendidos por los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD): El análisis de la demanda atendida por los ESMD, está basada en la información suministrada anualmente por el Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía (SISMA). Los datos están referidos al año 2002, con un número de pacientes analizados de 162.540.
2. Los trastornos mentales atendidos por las Unidades de Salud Mental en Hospital General (USM-HG): el análisis se basa en la información recogida en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) referida al año 2001, con un total de 10.511 altas analizadas.

II.2.1. Morbilidad atendida por los Equipos de Salud Mental de Distrito

Características socio-demográficas

Según género, el 60,80% de los pacientes fueron mujeres y el 39,20% hombres.

Por grupos de edad, se observan diferencias por género: hasta los 50 años, la frecuentación es mayor en hombres, invirtiéndose esta tendencia desde los 51 años, a partir de la cual la frecuentación es mayor en el género femenino.

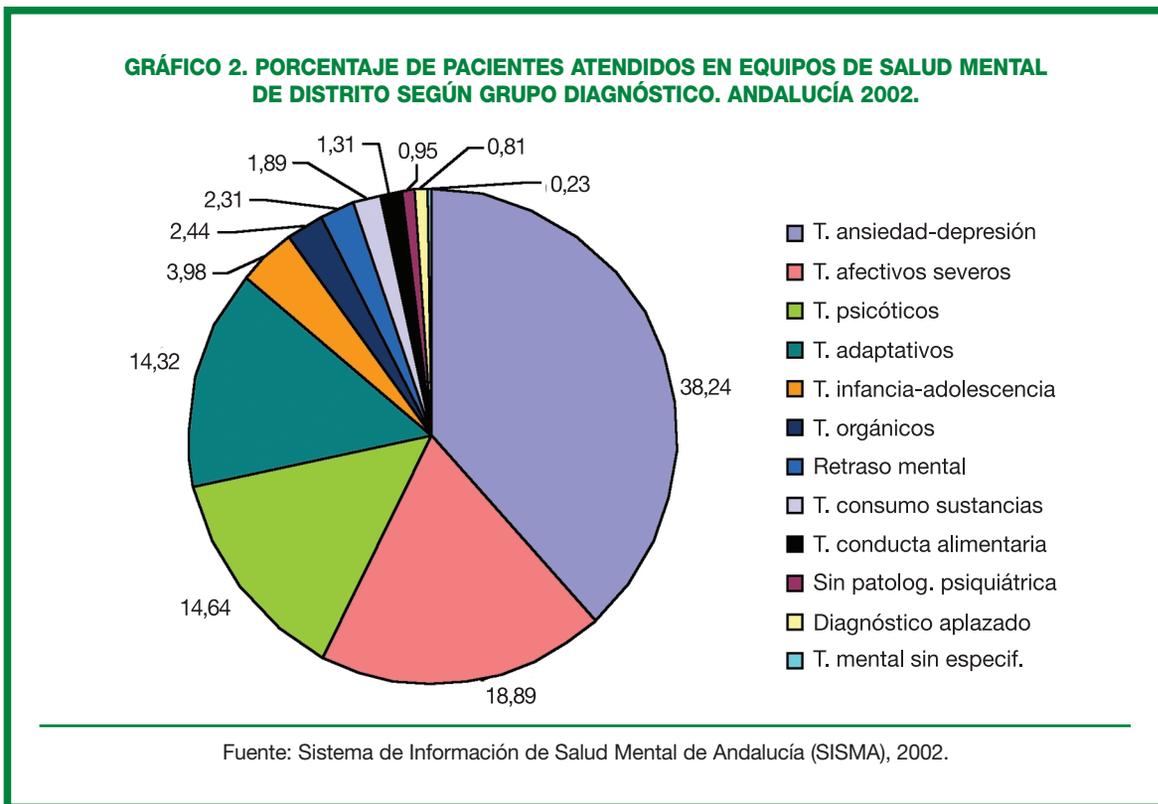
TABLA 3. PACIENTES ATENDIDOS EN EQUIPOS DE SALUD MENTAL DE DISTRITO SEGÚN GÉNERO. ANDALUCÍA 2002.

		Frecuencia	%
Registros válidos	Hombre	63.715	39,20
	Mujer	98.825	60,80
Total Pacientes		162.540	100,00

Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía (SISMA), 2002.

Morbilidad Atendida

Los usuarios de los ESMD presentan con mayor frecuencia trastornos de ansiedad/depresión (38,24% del total de pacientes), afectivos severos (18,89%), psicóticos (14,64%) y adaptativos (14,32%), representando en su conjunto el 86,09% de los pacientes atendidos en estos dispositivos.



Mucho menor es el porcentaje de pacientes atendidos en ESMD con trastornos de la infancia/adolescencia (3,85%), para los que el sistema sanitario ha previsto su seguimiento en dispositivos asistenciales específicos, Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ), cuya dotación está creciendo en los últimos años.

Por último, es minoritario el porcentaje de pacientes con trastornos orgánicos (2,44%), retraso mental (2,33%), trastornos derivados del consumo de sustancias (1,89%) –tratados desde los dispositivos específicos del Comisionado para las drogas– y alimentarios (1,31%).

Diferenciando según género, se observan diferencias significativas entre ambos sexos en la mayoría de los grupos diagnósticos.

TABLA 4. PACIENTES ATENDIDOS EN EQUIPOS DE SALUD MENTAL DE DISTRITO SEGÚN GRUPO DIAGNÓSTICO Y GÉNERO. ANDALUCÍA 2002.

	%	
	Hombre	Mujer
T. Ansiedad-Depresión	27,81	72,19
T. Afectivos severos	34,52	65,48
T. Psicóticos	65,21	34,79
T. Adaptativos	32,98	67,02
T. Infancia-Adolescencia	63,50	36,50
T. Orgánicos	50,04	49,96
Retraso Mental	55,78	44,22
T. Consumo sustancias	83,39	16,61
T. Conducta alimentaria	8,56	91,44
Sin patología psiquiátrica	43,23	56,77
Diagnóstico aplazado	44,74	55,26
T. Mental sin especificación	39,45	60,55

Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía (SISMA), 2002.

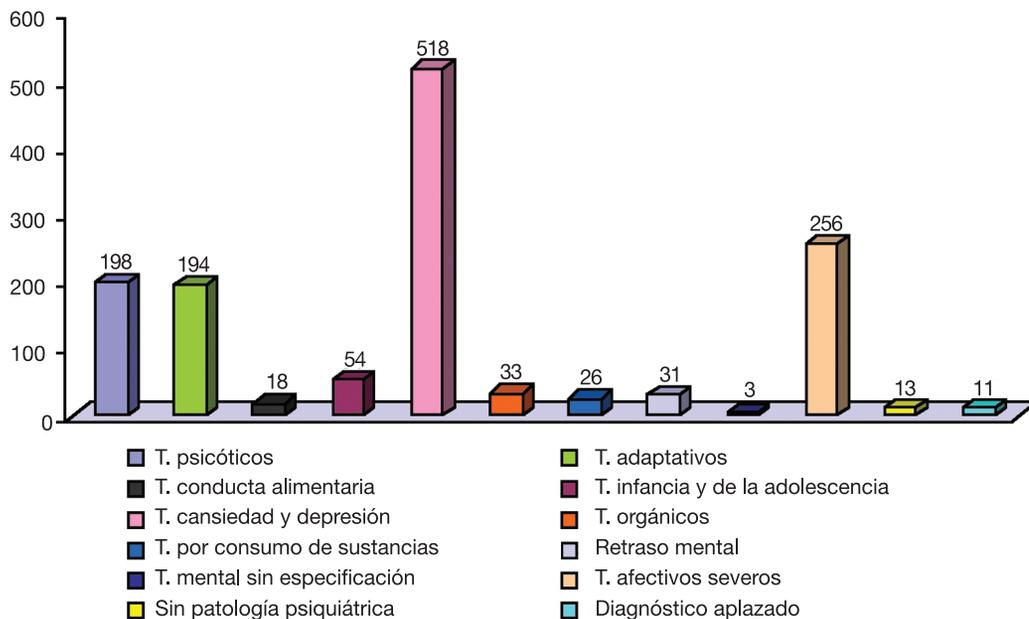
Los problemas mentales atendidos con más frecuencia en mujeres que en hombres son los trastornos de la conducta alimentaria (el 91,44% son mujeres), la ansiedad/depresión (72,19% mujeres), trastornos adaptativos (67,02%) y afectivos severos (65,48%).

Por el contrario, es mayor la proporción de hombres atendidos con trastornos derivados del consumo de sustancias (el 83,39% son hombres), psicóticos (65,21% hombres), y trastornos de la infancia/adolescencia (63,50%).

La distribución según género y grupos de edad de los pacientes con los cuatro diagnósticos más frecuentes, muestran diferencias significativas, concentrándose el mayor porcentaje de pacientes entre los 30 y 50 años.

Para finalizar, de las tasas por 10.000 habitantes en cada grupo diagnóstico, destaca la ansiedad/depresión con una tasa de 518 pacientes/10.000 hab.

GRÁFICO 3. TASAS POR 10.000 HABITANTES SEGÚN GRUPO DIAGNÓSTICO. ANDALUCÍA 2002.



Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía (SISMA), 2002.

II.2.2 Morbilidad atendida por las Unidades de Salud Mental de los hospitales del SSPA

Desde 1997, el número de altas hospitalarias por enfermedad mental viene experimentando un moderado crecimiento, pasando de 9.080 en 1997 a 10.511 en el año 2001.

Este incremento de actividad se produce manteniéndose durante el período la dotación de USM-HG en el SSPA y el número de camas disponibles en estos dispositivos (19 USM-HG; 508 camas).

TABLA 5. HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD MENTAL EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA. PERÍODO 1997-2001.

	Altas por Enfermedad Mental	% sobre Total Altas Hospitalarias	Estancias Totales Enfermedad Mental	Estancia Media Enfermedad Mental
1997	9.080	1,66	135.102	14,88
1998	9.513	1,74	155.537	16,35
1999	10.144	1,83	153.280	15,11
2000	10.410	1,80	151.309	14,53
2001	10.511	2,00	160.567	15,30

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla.

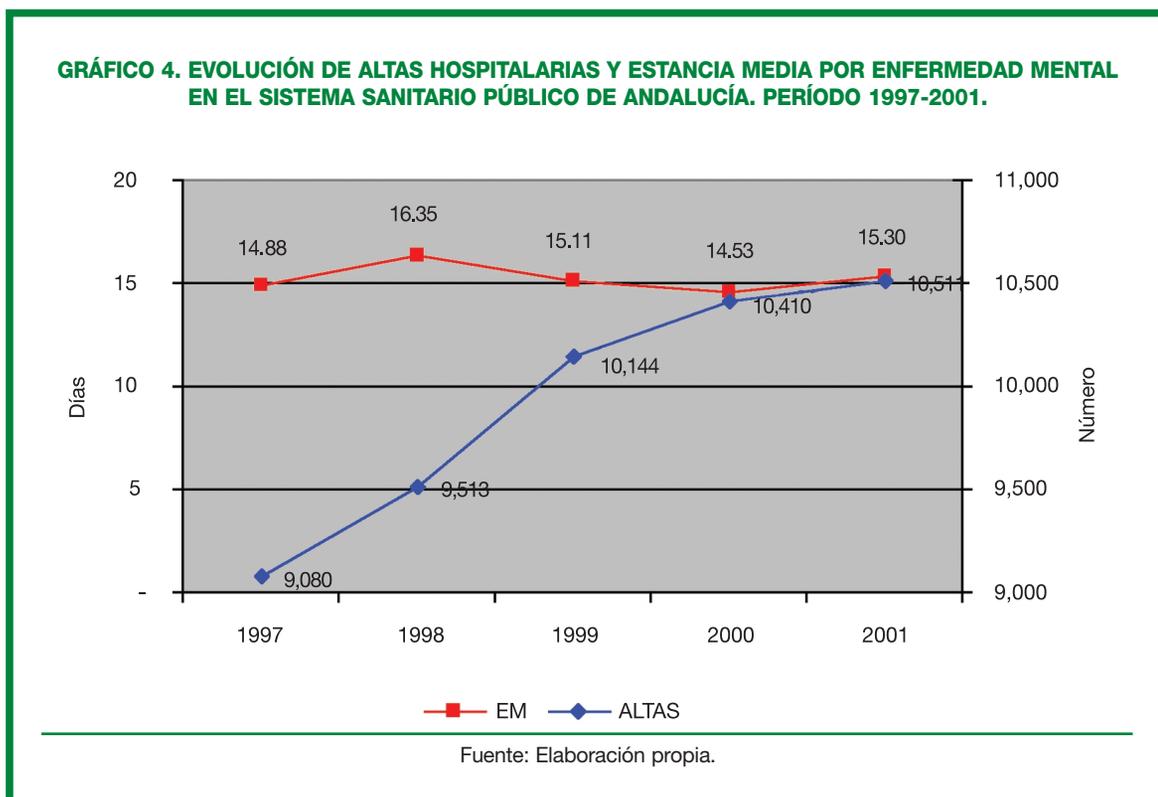
El porcentaje que estos episodios representan sobre el total de las altas registradas en los hospitales andaluces, se ha incrementado también en el mismo período, representando las altas por enfermedad mental en el año 2001 un 2% del total de los episodios de hospitalización.

Aunque la evolución del número total de días de estancia consumidos por estas patologías es creciente en los últimos años (135.102 estancias en 1997; 160.567 estancias en 2001), destaca la estabilidad observada en el indicador de estancia media por episodio de hospitalización (15,30 días en 2001).

Entre los trastornos que han requerido ingreso hospitalario ocupa un lugar destacado la Psicosis (GRD nº 430), registrándose 6.358 episodios en el año 2001, lo que representa un 60,49% del total de ingresos por enfermedad mental en el mismo período.

En segundo lugar, se encuentra el Trastorno de la Personalidad y de la Impulsividad (GRD nº 428), con una frecuencia de 1.276 episodios en el año 2001, concentrando el 12,14% del total de ingresos en USM-HG en el mismo año.

En el sentido contrario, destaca como GRD menos frecuente la Intervención con Diagnóstico Principal de Enfermedad Mental (GRD nº 424) con 50 episodios en 2001, representando apenas un 0,48% de los episodios de hospitalización en USM-HG.



Durante el período 1997-2001, aunque se ha incrementado el número total de ingresos en estos dispositivos, apenas se ha modificado la caracterización de los mismos por GRD –manteniéndose la psicosis, GRD 430, y los trastornos de la personalidad y de la impulsividad, GRD 428, como los más frecuentes–.

La evolución de la estancia media en la hospitalización se ha mantenido con cierta estabilidad en todos los GRD asociados a los trastornos mentales

Según género, en 2001, se observa una mayor proporción de hombres que de mujeres (59,58% frente a 40,39%, respectivamente) mayoritariamente con edades comprendidas entre 15 y 44 años.

TABLA 6. DISTRIBUCIÓN POR GRD DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS POR ENFERMEDAD MENTAL EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA. PERÍODO 1997-2001.

GRD	Descripción	Peso	1997		1998		1999		2000		2001	
			Altas	EM	Altas	EM	Altas	EM	Altas	EM	Altas	EM
424	Intervención con diagnóstico principal de enfermedad mental	2,6467	37	19,89	45	66,96	29	16,86	46	27,78	50	31,48
425	Reacción aguda de desadaptación y disfunción psicosocial	0,7797	670	9,36	735	9,73	804	9,67	776	9,27	740	10,14
426	Neurosis depresiva	0,7557	556	11,74	589	12,07	583	11,84	572	11,31	566	9,63
427	Neurosis, excepto neurosis depresiva	1,0537	248	10,37	265	10,27	262	7,88	277	9,51	278	9,63
428	Trastornos de la personalidad y de la impulsividad	0,6880	1.044	9,89	969	9,84	1.164	9,31	1.349	8,47	1.276	10,44
429	Retraso mental y trastornos mentales orgánicos	2,0200	749	15,16	735	17,72	842	16,18	737	13,43	815	15,36
430	Psicosis	1,5274	5.425	17,29	5.838	18,73	6.109	17,74	6.183	17,50	6.358	17,73
431	Trastornos mentales de la infancia	0,9049	229	10,06	235	11,76	222	9,09	337	8,86	273	9,92
432	Otros trastornos mentales	1,1058	122	10,02	102	8,61	129	6,95	133	9,38	155	6,99
Total Hospitales			9.080	14,88	9.513	16,35	10.144	15,11	10.410	14,53	10.511	15,16

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla.

II.3. Expectativas de pacientes, cuidadores-familias y profesionales

II.3.1. Expectativas de los pacientes con trastorno mental, de cuidadores familiares y ciudadanos en relación a los servicios de atención a la Salud Mental

Recientemente en Andalucía se han acometido análisis de las expectativas o demandas expresadas por los usuarios de los servicios de atención a la salud mental, con el objetivo de explorar, fundamentalmente, lo que conocen, piensan y sienten las personas que sufren problemas de salud mental y sus familiares.

En este epígrafe se recogen los principales resultados ofrecidos por los siguientes estudios:

1. "Expectativas de pacientes y familiares en los Procesos Asistenciales Trastorno Mental Grave y Trastornos de la Conducta Alimentaria"^(9,10).
2. "La Atención a la Salud Mental en Andalucía: Presente y futuro"⁽¹¹⁾.

En global se realizaron:

- 13 técnicas grupales (grupos focales, de discusión, grupos triangulares) en las que han participado unas 80 personas, pacientes y/o cuidadores familiares de los pacientes más graves.
- 3 entrevistas en profundidad a familiares de pacientes de personas con trastornos mentales graves y una a un paciente con trastorno mental moderado.

Estos grupos y entrevistas, se agrupan en torno a las siguientes perfiles o categorías:

- Adultos con trastorno mental moderado-leve en Atención Primaria.
- Adultos con trastorno mental moderado en Equipo de Salud Mental de Distrito.
- Adultos con trastorno mental grave.
- Familiares (cuidadores informales) de adultos con trastorno mental grave.
- Menores de edad con trastorno mental.
- Familiares de menores de edad con trastorno mental.
- Jóvenes sin trastorno mental.

La información obtenida se ha analizado mediante análisis de contenido y del discurso, identificando las demandas que tanto a nivel general como a nivel de dispositivos o servicios realizan las personas entrevistadas en tres grandes grupos:

1. Expectativas compartidas por personas (adultos y niños) con trastornos mentales y sus cuidadores familiares.
2. Expectativas sobre servicios de atención a la salud mental de adultos. Diferenciando las específicas de pacientes que padecen trastorno mentales graves, de las de los adultos que padecen problemas más moderados.
3. Expectativas sobre servicios de atención a la salud mental de menores de edad con trastornos mentales graves (trastornos de la conducta alimentaria, trastornos disociales, trastornos del desarrollo...) y sus familiares.

Se ha adaptado el modelo SERVQUAL (agrupando categorías similares), para la clasificación de las expectativas.

II.3.1.1. Expectativas compartidas por personas (adultos o niños) con trastornos mentales y sus cuidadores familiares.

1. Accesibilidad: Facilidad para el contacto con los profesionales por teléfono o físico, hace referencia al acceso físico y telefónico, tiempos de espera, horario...
 - * Que se facilite la accesibilidad a pruebas específicas y consulta con especialistas. Que exista diligencia en la derivación de atención primaria a especializada en casos con sintomatología importante.
 - * Que se pueda acceder de forma sencilla al Equipo de Salud Mental de Distrito en caso de necesidad, reduciendo los periodos entre citas de seguimiento en los Equipos de Salud Mental de Distrito.
 - * Comunicación: Comprensión del lenguaje. Escucha. Pedir opinión al usuario y cuidador. Hacerles partícipes de los cuidados.
 - * Que se informe a la familia de “cómo afrontar” la enfermedad (cómo ayudar, qué recursos existen para cada caso...).
 - * Que se apoye y supervise la atención prestada por asociaciones de enfermos.
3. Cortesía: Amabilidad, consideración hacia el usuario y cuidador.
 - * Que se ofrezca un trato amable y facilitador por parte de los profesionales, sobre todo mejorar el trato del personal de atención al usuario en atención primaria.
4. Competencia: Preparación, experiencia y conocimiento científico-técnico y relacional de los profesionales. Coordinación interna de la organización.
 - * Que se mantenga y aumente la capacidad científico-técnica de los profesionales de salud mental (formación básica y reciclaje: formación continuada sobre los tratamientos y terapias eficaces según la evidencia científica).

- * Que se investigue sobre: a) factores causales y precipitantes de la enfermedad. b) tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos.
 - * Que se forme al resto de profesionales sanitarios en temas de salud mental que les facilite la interacción con las personas que sufren este tipo de trastornos.
5. Capacidad de responder diligentemente. a) Capacidad de respuesta: Capacidad de responder a tiempo y con diligencia. b) Adaptación flexible a las demandas. Fiabilidad: Exactitud, realizar las cosas bien a la primera (unión de dos categorías del SERVQUAL)
- * Que se ofrezca una atención personalizada (profesionales de referencia, que conozcan bien los problemas de las personas afectadas).
 - * Que se mejore la efectividad de los fármacos: Reducir efectos de habituación, efectos secundarios.
 - * Que se ofrezca una atención continuada con un buen seguimiento de los pacientes.
6. Tangibilidad: percepción sobre los recursos que se disponen, si estos son adecuados y suficientes.
- * Que se reduzca el número de personas que tiene que atender cada médico de atención primaria.
 - * Que se refuercen los recursos humanos de los Equipos de Salud Mental de Distrito para evitar la saturación de estos dispositivos.

II.3.1.2. Expectativas de personas adultas con trastorno mental

A. PERSONAS ADULTAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

1. Accesibilidad: Facilidad para el contacto con los profesionales por teléfono o físico, hace referencia al acceso físico y telefónico, tiempos de espera, horario...
- * Que se acerque la atención especializada de los equipos a los municipios rurales distantes a su sede (desplazamientos semanales de sus miembros o creación de unidades en centros de salud cabecera de comarca).
 - * Que exista una mayor accesibilidad al facultativo especialista en caso de aumento de la gravedad de los síntomas.
 - * Que se reduzcan las listas de espera para recursos de media estancia o rehabilitación (URA, Comunidades Terapéuticas, Hospital de Día).
 - * Intervención social: Que se mejore el acceso de los programas de integración laboral y social y de alojamiento alternativo a las zonas rurales lejanas a las capitales de provincia.
2. Comunicación: Comprensión del lenguaje. Escucha. Pedir opinión al usuario y cuidador. Hacerles partícipes de los cuidados.

- * Intervención social: Que se preste apoyo a los familiares: Servicios de sustitución o respiro.
3. Cortesía: Amabilidad, consideración hacia el usuario y cuidador.
- * Que se mejore la atención a necesidades básicas prestada en las Unidades de Hospitalización de Agudos (higiene, alimentación e hidratación...).
 - * Que se planifiquen actividades de ocupación del tiempo en las Unidades de Hospitalización de Agudos.
 - * Que las Comunidades Terapéuticas cuenten con espacios y actividades al aire libre.
4. Capacidad de responder diligentemente: a) Capacidad de respuesta: capacidad de responder a tiempo y con diligencia. Adaptación flexible a las demandas. b) Fiabilidad: Exactitud, realizar las cosas bien y a la primera. (unión de dos categorías del SERVQUAL)
- * Que en la Unidad de Hospitalización de Agudos no se excedan en las dosis de fármacos utilizadas para la contención de los síntomas positivos.
 - * Que en Atención Primaria se diagnostique debidamente a las personas con trastorno mental grave y se derive adecuadamente a atención especializada.
 - * Que se presten terapias de apoyo para la rehabilitación tras los ingresos en unidades de hospitalización.
5. Seguridad: Percepción que tiene el cuidador principal si al estar en contacto con los profesionales aumenta o disminuye la seguridad física y/o emocional de su enfermo/a.
- * Que se agilicen los ingresos hospitalarios, no esperar a que la situación sea “explosiva”.
 - * Que existan protocolos de atención preferente en los Servicios de Urgencias que eviten una espera dilatada en situaciones de crisis.
 - * Mejorar el proceso de ingresos involuntarios: Evitar demoras y conseguir que sean menos “violentos” para la persona afectada y sus familiares.
6. Tangibilidad: percepción sobre los recursos que se disponen, si estos son adecuados y suficientes.
- * Que se mejoren las instalaciones de las Unidades de Hospitalización.
 - * Que se fortalezcan los recursos de atención de media-larga estancia necesarios para estabilizar a la persona que llega a ser ingresada por una crisis.
 - * Intervención social: Que se destinen más recursos a fortalecer programas que ayuden a normalizar la vida de las personas con trastorno mental grave (prestaciones económicas, iniciativas laborales o ocupacionales, de acceso a una vivienda, viviendas tuteladas....

B. PERSONAS ADULTAS CON TRASTORNOS MENTALES MODERADOS O LEVES

1. Competencia: Preparación, experiencia y conocimiento científico-técnico y relacional de los profesionales. Coordinación interna de la organización.
 - * Que se forme a los médicos de atención primaria para facilitar la detección y tratamiento de los problemas de salud mental leve o moderada.
2. Capacidad de respuesta: capacidad de responder a tiempo y con diligencia. Adaptación flexible a las demandas.
 - * Intervención social: Que se atienda las problemáticas sociales asociadas a la etiología de los trastornos de salud mental moderados (sobrecarga de cuidadores, malos tratos, etc.).
 - * Que se oferten de forma efectiva tratamientos psicológicos, no exclusivamente farmacológicos (que tienen efectos cronificadores desde su punto de vista).
 - * Que se integren las terapias farmacológica y psicológica (mejora habilidades de afrontamiento con terapia psicológica = reducir farmacología).
3. Tangibilidad: percepción sobre los recursos que se disponen, si estos son adecuados y suficientes.
 - * Intervención social: Que se desarrollen programas y prestaciones que cubran los aspectos sociales asociados a un trastorno mental moderado (aislamiento, incapacidades laborales, integración laboral, etc.)

II.3.1.3. Expectativas de niños y adolescentes con trastornos mentales graves, sus cuidadores familiares y jóvenes sin problemas de salud mental

1. Accesibilidad: Facilidad para el contacto con los profesionales por teléfono o físico, hace referencia al acceso físico y telefónico, tiempos de espera, horario...
 - * Que se protocolicen las vías y criterios de acceso a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil y su recurso de Hospital de Día.
 - * Que se mejore la accesibilidad de los pequeños y jóvenes de municipios lejanos a las capitales de provincia donde se han instalado las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil.
 - * Que los servicios que atienden a personas con trastorno de la conducta alimentaria sean conocidos por los adolescentes.
2. Comunicación: Comprensión del lenguaje. Escucha. Pedir opinión al usuario y cuidador. Hacerles partícipes de los cuidados.
 - * Que se mantenga y extienda el modelo de atención integral a la familia que se está prestando en algunas Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil.

- * Que se preste orientación y asesoramiento sobre cómo afrontar problemáticas especialmente difíciles (trastornos disociales, anorexia...).
 - * Que se trabaje con la adherencia a los tratamientos como parte de las habilidades de autocuidado de estos chicos.
 - * Que se trabajen las habilidades de relación, comunicación de los profesionales que trabajan con los jóvenes.
 - * Que se establezca una adecuada coordinación de los profesionales de salud, educación y los padres para trabajar “en la misma dirección”.
3. Competencia: Preparación, experiencia y conocimiento científico-técnico y relacional de los profesionales. Coordinación interna de la organización.
- * Que el Equipo de Salud Mental de Distrito se especialice en atención a la infancia o que derive este tipo de trastornos con más agilidad hacia la atención especializada de tercer nivel (Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil).
 - * Intervenciones socioeducativas: Que se prepare a los educadores para ser sensibles a las personas con problemas de salud mental: comprensión de la problemática, pautas de acción.
4. Capacidad de respuesta: capacidad de responder a tiempo y con diligencia. Adaptación flexible a las demandas.
- * Que se prepare a los médicos de primaria para la detección precoz de los trastornos mentales graves de comienzo en la infancia y la adolescencia..
 - * Que se reduzcan las listas de espera de otros especialistas que prestan atención a usuarios del sistema de atención a la salud mental (logopedas, neurólogos etc.).
5. Fiabilidad: Exactitud, realizar las cosas bien y a la primera.
- * Que se facilite atención a los problemas de salud mental juvenil, a través de terapias de grupo.
 - * Que se realicen diagnósticos certeros y precoces en pequeños con trastorno del desarrollo para orientar tempranamente el tratamiento.
6. Seguridad: Percepción que tiene el cuidador principal si al estar en contacto con los profesionales aumenta o disminuye la seguridad física y/o emocional de su enfermo/a.
- * Que se fortalezca la imagen del médico de atención primaria como referente ante problemas como trastornos de la conducta alimentaria o conducta disocial.
 - * Que se expanda el modelo de funcionamiento de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil con Hospital de Día para los casos más graves.

- * Que se mantenga un seguimiento al alta de los chicas/os con trastornos de la conducta alimentaria: Facilitar su adaptación al entorno social natural.
7. Tangibilidad: percepción sobre los recursos que se disponen, si estos son adecuados y suficientes.
- * Que se continúe, en la medida de lo posible, el tratamiento en Hospital de Día de los chicos con trastornos del desarrollo más allá de la frontera de los siete años.
 - * Que se pueda contar con plazas para la hospitalización (no específicas de salud mental) de niños y jóvenes cuando los casos sobrepasan los recursos del Hospital de Día.
 - * Que se generen equipos multidisciplinares para problemas como los trastornos de conducta alimentaria (endocrinólogos, psiquiatras...)
 - * Intervención socioeducativa: Que se aumente el número de colegios de integración (al menos uno por zona). Que se dote debidamente a los colegios catalogados como de integración.

II.3.2. Expectativas de los profesionales

Para el estudio de las expectativas o necesidades de mejora de la atención a la salud mental se escogió un diseño cualitativo –utilizando la entrevista en profundidad–. El estudio se ha realizado este año con el objetivo de conocer la opinión fundamentada de un panel de 21 informantes clave convenientemente seleccionados (profesionales, gestores de servicios sociales y de salud, entidades cívicas) todos expertos, que estuvieron y/o están implicados en las reformas psiquiátricas en Andalucía sobre los problemas actuales, tendencias y retos en torno a la atención de la salud mental en nuestra Comunidad autónoma.

El trabajo del que extraemos los resultados, realizado por la Escuela Andaluza de Salud Pública, estructura el análisis de la información en torno a tres ejes: **evolución** de la atención a la salud mental, **situación actual**: problemas y retos, necesidades y demandas de los usuarios y familiares. De estos resultados, hemos extraído las expectativas o **necesidades** de mejora del sistema de atención a la salud, desde el punto de vista de los profesionales sanitarios y sociales. El modelo SERVQUAL no recoge adecuadamente todas las dimensiones encontradas, por lo que se han sumado a las categorías identificadas de este modelo algunas adicionales de gran relevancia (atención integral y normalización –con toda su vertiente de intervención o atención social–).

Las expectativas de los profesionales las hemos analizado en dos grandes grupos:

- a) Atención a la salud mental a adultos con trastorno mental.
- b) Atención a la salud mental infantil y juvenil.

II.3.2.1. Expectativas de los profesionales en relación a la atención a la salud mental prestada a adultos.

1. Accesibilidad: Facilidad para el contacto con los profesionales por teléfono o físico, hace referencia al acceso físico y telefónico, tiempos de espera, horario...
 - * Que se eviten desigualdades territoriales en la atención a la salud mental, sobre todo cuidar la inequidad entre el medio rural y el urbano.
2. Comunicación: Comprensión del lenguaje. Escucha. Pedir opinión al usuario y cuidador. Hacerles partícipes de los cuidados:
 - * Que se oriente e informe sobre la enfermedad y los recursos para atenderla, a las familias y al entorno de apoyo informal.
 - * Que se prepare a los profesionales para tratar con el “nuevo usuario-familiar” (exige más información sobre la enfermedad o las decisiones clínicas).
 - * Que se promueva el asociacionismo de personas con trastorno mental grave, ya que el de familiares si es suficientemente fuerte.
3. Competencia científico técnica: Conocimiento y habilidades del personal para realizar un servicio y coordinación interna de la organización.
 - * Que se investigue sobre salud mental (prevalencia de trastornos, demanda atendida, eficacia de tratamientos,...).
 - * Que se apoyen las iniciativas innovadoras y eficaces que se ponen en marcha en determinados servicios.
 - * Que se disminuya la variabilidad clínica: investigando y formando a los profesionales en los tratamientos y terapias más eficaces.
 - * Coordinación:
 - Que se coordinen los niveles de atención primaria y especializada de salud.
 - Que se coordinen los aspectos sociales y sanitarios.
4. Capacidad de respuesta: capacidad de responder a tiempo y con diligencia. Adaptación flexible a las demandas. Fiabilidad: Exactitud, realizar las cosas bien y a la primera.
 - * Que se recojan indicadores adecuados para medir calidad o eficiencia en salud mental (tener en cuenta la necesidad de atención continuada a los pacientes mentales graves, duración de una enfermedad mental, etc.).
5. Tangibilidad: Percepción sobre los recursos que se disponen, si estos son adecuados y suficientes:

- * Que se priorice la atención a personas con trastorno mental grave sobre todo a los jóvenes psicóticos (evitar que sean los “crónicos del mañana”).
- * Que se tome como segunda prioridad la atención a las personas con trastornos menos graves que pueden mejorar notablemente con terapias no farmacológicas (evitar cronicación de estos trastornos).
- * Que aumenten el número o las plazas en dispositivos de media-larga estancia y de rehabilitación para personas con trastorno mental grave.
- * Que se fortalezca la atención primaria para que se configure como el primer nivel de atención a la salud mental de forma efectiva.
- * Que se refuercen los recursos de los equipos de salud mental de distrito: evitar el colapso y sobrecarga de estos dispositivos.
- * Que se limite la cartera de servicios en salud mental:
 - Que se tenga en cuenta al planificar que los nuevos recursos ofertados generan nuevas demandas.
 - Delimitar cómo atender a las demandas asociadas a la patologización del sufrimiento asociado a sucesos vitales estresantes o dolorosos.

6. Normalización de la situación de enfermedad mental:

- * Que se refuerce y se mantenga el modelo de atención normalizada: el enfermo mental es una persona que necesita atención de salud.
- * Que se trabaje en la reducción del “estigma social del enfermo mental”.
- * Mejorar la atención social a las personas con trastorno mental:
 - Que se fortalezca todo el entorno de los servicios de atención social para atender correctamente demandas sociales que derivan en consultas a salud mental.
 - Que se invierta en atención social a personas con trastorno mental grave y se asimile al funcionamiento de la atención social en otros colectivos –disminuidos psíquicos–.

7. Atención integral al enfermo mental:

- * Que existan los recursos necesarios para poder prestar terapias no farmacológicas y medidas de promoción de la salud o prevención de la enfermedad mental.
- * Que se consoliden las iniciativas de atención continuada o seguimiento especialmente necesarias en el caso de los trastornos mentales graves.
- * Que los equipos retomen la labor rehabilitadora con los pacientes que son atendidos en la comunidad.

II.3.2.2. Expectativas de los profesionales en relación a la atención a la salud mental prestada a niños y jóvenes.

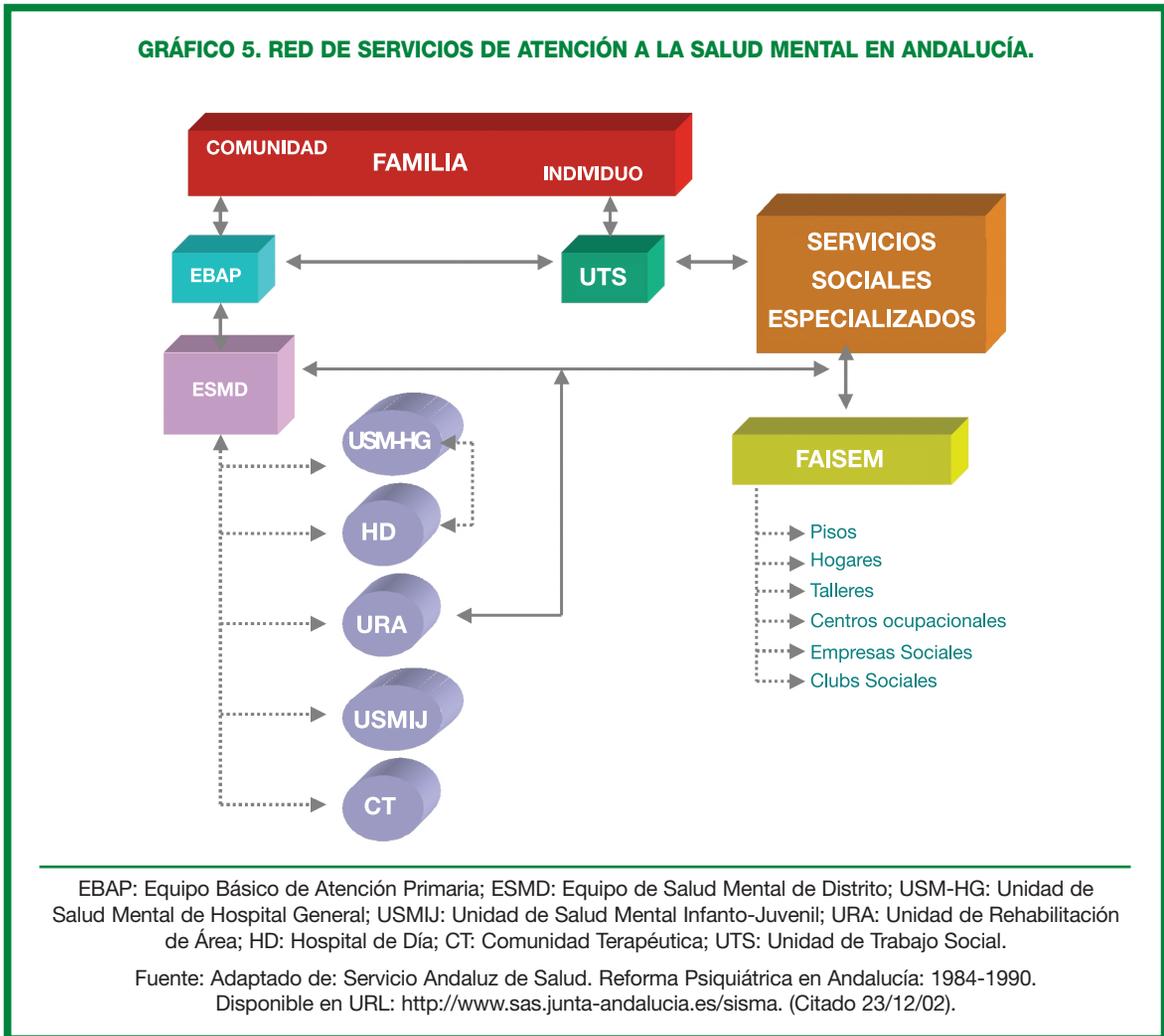
1. Accesibilidad: Accesibilidad: Facilidad para el contacto con los profesionales por teléfono o físico, hace referencia al acceso físico y telefónico, tiempos de espera, horario, ...
 - * Que se dilucide si es mejor que la derivación se haga desde el distrito –donde no hay profesionales especializados– en atención a menores o desde el pediatra de atención primaria directamente.
2. Competencia científico-técnica: Conocimiento y habilidades del personal para realizar un servicio y coordinación interna de la organización.
 - * Que se desarrolle la especialidad en psiquiatría, psicología infantil.
 - * Que se forme en salud mental a los pediatras y profesionales de los equipos de salud mental de distrito.
3. Tangibilidad: Percepción sobre los recursos que se disponen, si estos son adecuados y suficientes:
 - * Que se consolide (recursos humanos y materiales) la red de dispositivos de atención a la salud mental infanto-juvenil.
 - * Que no se magnifique la importancia o prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria.
 - * Que desde las instancias gestoras se comprenda la necesidad de tratamientos prolongados en el tiempo que tienen algunas patologías infantiles.
 - * Que se establezca una cartera de servicios que delimite las prestaciones a ofertar desde salud mental infanto-juvenil.

II.4. RED DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA

El proceso de reforma psiquiátrica, basada en la creación de una nueva red de atención sanitaria a la salud mental, de base y orientación preferentemente comunitaria e integrada en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, ha facilitado acabar con algunas formas tradicionales de atención a las personas afectadas por trastornos mentales graves (por ejemplo, cierre progresivo de los Hospitales Psiquiátricos). La necesidad de organizar la atención a la salud mental en distintos niveles, diversificando así la oferta frente a la institución única, dio como resultado el modelo que se muestra en el gráfico 5, en el que se combina la atención sanitaria a la salud mental con recursos específicos de apoyo social.

La atención sanitaria a los problemas de salud mental se realiza a través de una red de centros especializados distribuidos por toda la geografía andaluza, integrados en el Sistema Sanitario

Público de Andalucía. Esta red se estructura en **Áreas de Salud Mental (ASM)**, consideradas demarcaciones territoriales, dotadas de los recursos asistenciales específicos suficientes para atender los problemas de salud mental de su población.



El ASM es el “espacio organizativo y de gestión” donde se garantiza la coordinación de todos los recursos disponibles de salud mental en ese territorio. Las Áreas disponen de los siguientes centros para la atención de pacientes con distinto nivel de complejidad:

Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD):

Son centros de apoyo a la Atención Primaria y constituyen la puerta de entrada a la red de salud mental especializada. Atienden los problemas de salud mental de la población (de todas las edades) derivados desde Atención Primaria, y coordinan las actuaciones del resto de dispositivos específicos, constituyendo el eje del Servicio de Salud Mental. Desarrollan programas comunitarios que integran actividades de carácter preventivo y de promoción de la salud, asistenciales y de rehabilitación y reinserción social coordinación con recursos sanitarios y no sanitarios.

Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ):

Son unidades específicas de apoyo a los ESMD y de atención ambulatoria y hospitalaria, total y/o parcial, a los problemas de salud mental más graves de niños y adolescentes hasta los 18 años, cuyas necesidades sobrepasan la capacidad de actuación de los ESMD. Tienen una triple función: apoyo a la atención infantil de los ESMD, atención clínica directa y desarrollo de programas de enlace y apoyo a otros dispositivos sanitarios, educativos y sociales.

Unidades de Rehabilitación de Área (URA):

Son centros de día donde se realizan actividades de rehabilitación de pacientes mentales graves, en régimen de atención continuada. El paciente pasa en el centro varias horas al día, varios días a la semana, estando ocupado en todo momento en actividades rehabilitadoras y/u ocupacionales. Las URA están ubicadas habitualmente en áreas urbanas. Participan activamente en el diseño y desarrollo de programas de rehabilitación en la comunidad de pacientes mentales a desarrollar en otros dispositivos del Área.

Hospitales de Día (HD):

Son centros de atención continuada en régimen de hospitalización parcial de pacientes afectados de trastorno mental grave. Están ubicados habitualmente en un recinto hospitalario y funcionan como recurso intermedio entre las unidades de hospitalización de corta (USM-HG) y media estancia (CT) y los ESMD.

Unidades de Salud Mental de Hospital General (USM-HG):

Son dispositivos de atención continuada en régimen de hospitalización total para pacientes con trastorno mental grave en fase aguda, que se benefician de una estancia breve orientada hacia la continuidad de cuidados en la comunidad. Se sitúan siempre en Hospitales Generales y están dotadas de un número de camas que oscila entre 15 y 30 por Unidad. Además, el hospital donde se ubican dispone de un servicio de atención a las urgencias psiquiátricas dentro de su Servicio General de Atención a Urgencias. Desarrollan actividades de interconsulta y programas específicos con otros servicios hospitalarios.

Comunidades Terapéuticas (CT):

Concebidas con una dotación media de 15 camas, constituyen unidades de media y larga estancia en régimen de hospitalización total, donde se desarrollan programas psicoterapéuticos y psicosociales de tratamiento activo para abordar situaciones temporales de pacientes con trastorno mental grave. Desarrollan también programas de tratamiento en régimen de hospitalización parcial (programas de día).

En todos estos dispositivos se realizan tratamientos farmacológicos, psicoterapéuticos y rehabilitadores que pueden ser individuales, familiares o grupales. También ofrecen orientación y asesoramiento ante posibles problemas sociales. Están atendidos por distintos tipos de profesionales: psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, enfermeros, auxiliares de enfermería y auxiliares

administrativos. En los dispositivos de mayor complejidad, se incorporan otras categorías como terapeutas ocupacionales o monitores según las necesidades, con la finalidad de poder ofrecer una atención integral (bio-psico-social) a las personas que padecen cualquier problema de salud mental.

La vía de acceso a esta red de atención específica a la salud mental es el médico de Atención Primaria, quien, cuando considera oportuna la intervención de un especialista, deriva al paciente al ESMD correspondiente. Sin embargo, aunque es la más habitual no es la única vía, ya que en casos excepcionales se accede a los centros de salud mental a través de los Servicios de Urgencia de los Hospitales y, en general, de cualquier otro servicio sanitario, de los Servicios Sociales de los Ayuntamientos, de los Equipos de Orientación Escolar, de las Autoridades Judiciales o de las Fuerzas de seguridad.

Casi de forma paralela al desarrollo de esta red de dispositivos sanitarios descritos, se ha ido creando en Andalucía una red específica de recursos de apoyo social para personas con trastornos mentales graves. La gestión de dichos recursos la realiza la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM), institución pública creada en 1993, vinculada a las Consejerías de Salud, Asuntos Sociales, Empleo y Desarrollo Tecnológico, y Economía y Hacienda, financiada a través de los presupuestos de la Comunidad Autónoma.

El objeto fundacional de FAISEM es la prevención de la marginación y la desadaptación de cualquier persona afectada por una enfermedad mental causante de una incapacidad personal o social, así como el apoyo a su integración social y laboral.

FAISEM realiza su labor en estrecha colaboración con los servicios de salud mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), integrando la participación activa de profesionales, familiares y otras entidades ciudadanas a través del desarrollo de los siguientes programas de atención social puestos en marcha por la Fundación: Programa Residencial, Programa Ocupacional, Formación Profesional y Promoción de Empleo, Fomento de las Relaciones Sociales, Promoción de Mecanismos de Tutela, Evaluación, Investigación, Docencia y Cooperación Internacional, y Apoyo al Movimiento Asociativo.

II.4.1. Red de dispositivos de Atención Primaria a la Salud Mental

Dispositivos asistenciales

Con el proceso iniciado hace casi 20 años, desaparecieron las consultas de los neuropsiquiatras de zona y se incrementaron considerablemente el número de ESMD, USMIJ y USM-HG, y se crearon dos nuevos tipos de dispositivos, URA y CT, para la rehabilitación y tratamiento activo de pacientes mentales graves.

En el período 1997-2001 la dotación de recursos sanitarios públicos se ha mantenido estable en ESMD, USM-HG, USMIJ y URA, incrementándose considerablemente el número de plazas de HD y de CT, cuyo número de dispositivos se duplica.

TABLA 7. EVOLUCIÓN DE LOS DISPOSITIVOS SANITARIOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA. 1984-2002.

Dispositivo	1984	1997	2000	2001	2002
Consultas neuropsiquiátricas de Zona	69	-	-	-	-
Equipos Salud Mental de Distrito	20	71	71	71	71
U. Salud Mental - Hospital General					
Número	4	19	19	19	21
Camas	126	508	508	508	535
U. Salud Mental Infanto-juvenil					
Número	2	11	11	11	13
U. Rehabilitación de Área					
Número	-	9	9	9	9
Plazas	-	270	270	270	270
Hospitales de Día					
Número	2	3	4	5	6
Plazas	60	90	120	150	180
Comunidades Terapéuticas					
Número	-	6	9	12	13
Camas	-	95	140	180	195

Fuentes: Datos 1984,1997: López M, Laviana M. Empresas sociales y rehabilitación psiquiátrica en Andalucía. Rev.Asoc.Esp.Neuropsiq. 1998. Vol.XVIII, nº 68, p 744.

Datos 1999: López Álvarez M. Luces y sombras de la reforma psiquiátrica andaluza. Hipatia, nº7. Julio 2000.

Datos 2001: Servicio Andaluz de Salud. Reforma psiquiátrica en Andalucía: 1984-2001.

Disponible en URL: <http://www.sas.junta-andalucia.es/sisma>. (Citado 23/12/02).

Datos 2002: Programa de Salud Mental de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud.

Continuando con el esfuerzo iniciado en años anteriores, en 2002 se amplió la red de dispositivos de salud mental de Andalucía, realizándose concretamente las siguientes actuaciones:

Se incrementó la red de dispositivos de atención a la salud mental a niños y adolescentes, con la puesta en funcionamiento de 2 nuevas USMIJ, en Sevilla y Málaga, consolidando un nuevo modelo

donde coexisten tres espacios terapéuticos: consultas ambulatorias, hospital de día y hospitalización completa (preferentemente en áreas pediátricas).

Han iniciado su actividad 2 nuevas USM-HG en Sevilla y Almería, lo que ha supuesto un incremento de 27 camas para la hospitalización completa de los pacientes mentales en fase aguda.

Ha entrado en funcionamiento el Hospital de Día del Campo de Gibraltar, que con un nuevo enfoque, integra actividades de rehabilitación en salud mental y hospitalización de día.

Por último, se ha abierto una nueva CT en Málaga con 15 camas destinadas a la media y larga estancia, en régimen de hospitalización total, de pacientes con trastorno mental grave. Este esfuerzo inversor se ha completado con el refuerzo de 9 ESMD.

Recursos humanos

La evolución de la estructura de profesionales, refleja el cambio introducido en la atención sanitaria a la salud mental en nuestra comunidad. Se ha ampliado considerablemente la plantilla en todas las categorías profesionales, a excepción de los auxiliares de enfermería y otros profesionales (oficios), cuya dotación se reduce prácticamente a la mitad, debido a que, con el cierre de los hospitales psiquiátricos, estos profesionales pasan a depender de la Consejería de Asuntos Sociales, sin que se produzca por tanto una disminución del número de efectivos.

TABLA 8. EVOLUCIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL. ANDALUCÍA 1984-2002.

Profesionales	1984		2000		2001		2002	
	Número	Tasa x 100.000 Hab.						
Facultativos	264	3,96	473	6,52	529	7,14	570	7,77
Trabajadores sociales	41	0,61	101	1,39	105	1,42	109	1,49
Enfermeros	110	1,65	345	4,75	423	5,71	463	6,31
Auxiliares de enfermería	1.218	18,27	652	8,98	672	9,08	683	9,32
Terapeutas ocupacionales	-	0,00	14	0,19	20	0,27	31	0,42
Otros	601	9,01	162	2,23	280	3,78	297	4,05
Total	2.234	33,50	1.747	24,07	2.029	27,40	2.153	29,36

Fuente: Elaboración propia.

Actividad Asistencial

La actividad desarrollada por los dispositivos ESMD, USMIJ y USM-HG en los últimos años, muestra una tendencia generalizada al alza en todos ellos, debido a la progresiva apertura de nuevos dispositivos y a la consolidación de la asistencia prestada por los preexistentes, junto al incremento en la demanda.

TABLA 9. EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL. ANDALUCÍA 1992-2002.

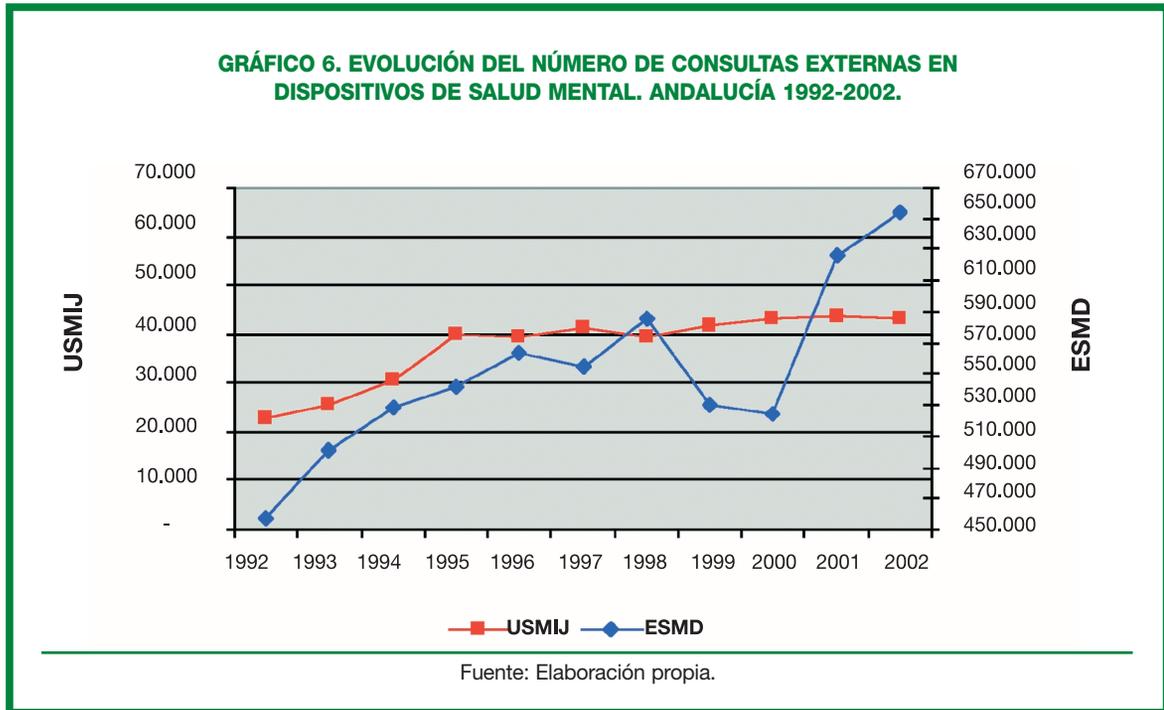
Año	ESMD Consultas	USMIJ Consultas	USM-HG Ingresos
1992	457.976	22.545	7.226
1993	501.195	25.685	7.836
1994	528.828	30.544	8.229
1995	541.780	39.919	8.637
1996	563.094	39.228	9.458
1997	555.176	41.249	9.557
1998	584.770	39.359	10.404
1999	530.138	41.866	10.080
2000	524.752	43.110	11.070
2001	626.296	43.450	11.284
2002	653.862	43.045	10.946

Siglas: ESMD: Equipo de Salud Mental de Distrito; USMIJ: Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil; USM-HG: Unidad de Salud Mental de Hospital General.

Fuentes: Servicio Andaluz de Salud. Memoria 2001. SAS. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla: 2002.

Programa de Salud Mental de Andalucía. Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía, 2002 (fichero informático). Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla: 2003.

En el año 2001 se produce un incremento significativo en el número de consultas realizadas en ESMD, precedido por una disminución de las consultas registradas en los dos años anteriores, que se explica por la progresiva implantación de la nueva versión del Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía (SISMA), un nuevo sistema de registro de la actividad desarrollada por los dispositivos de Salud Mental de Andalucía, cuya puesta en marcha supuso la alteración de algunas series históricas de actividad, especialmente en ESMD por ser los dispositivos con más amplia implantación del SISMA.



II.4.2. Red de Atención Social. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental

Para el desarrollo de los Programas de apoyo social al enfermo mental, FAISEM dispone de diferentes recursos (pisos, casas-hogar, talleres ocupacionales, ...).

El desarrollo de siete programas de apoyo social y el incremento progresivo de los recursos gestionados por FAISEM, refleja el esfuerzo que en Andalucía se viene realizando para la integración social del enfermo mental. En este sentido, en el **Programa Residencial** destaca la apertura constante de nuevos dispositivos residenciales, demandados por usuarios cada vez más jóvenes y con mayor grado de autonomía. Paralelamente, la puesta en marcha del programa de **apoyo domiciliario**, con un esquema de atención específica por el que pueden utilizar sus propios recursos domiciliarios o los de sus familiares, está facilitando la permanencia del enfermo mental en su núcleo natural de convivencia.

En el marco del **Programa de Inserción Laboral** ocupan un lugar destacado las ocho empresas sociales creadas por la Fundación, en las que se aprecia una clara tendencia al alza en la incorporación de personal discapacitado frente a la disminución del número de trabajadores sin discapacidad.

TABLA 10. RECURSOS DE APOYO SOCIAL PARA PACIENTES MENTALES EN ANDALUCÍA. 1984-2002

Programa	Recursos	1984		1997		2000		2001		2002	
		Número	Plazas*								
Residencial	■ Pisos	9	39	49	178	75	267	69	259	88	320
	■ Casas Hogar	-	-	15	232	17	268	19	295	21	328
	■ Residencias convenidas	-	-	-	-	46	247	41	238	42	235
	■ Programa de Apoyo Domiciliario (Pensiones)	-	-	-	-	-	18	-	19	-	12
	■ Programa Apoyo Domiciliario (Otros)	-	-	-	-	-	-	-	98**	8	137**
	■ Apoyo Externo	-	-	-	-	-	115	-	-	-	-
Ocupacional	■ Talleres	-	-	51	753	86	1.290	85	1.275	96	1.624
Inserción Laboral	■ Servicios Provinciales de Orientación y Apoyo al Empleo	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-
	■ Empresas Sociales	-	-	8	122***	8	155***	8	155***	8	172***
	■ Cursos de formación profesional	-	-	-	168	97	522	60	313	63	371
Fomento Relaciones Laborales	■ Clubs Sociales	1	30	15	490	17	510	22	660	24	700
	■ Centro social	-	-	-	-	-	-	-	-	2	60
	■ Plan Vacacional	-	-	-	-	-	945	-	699**	-	694**

* Plazas específicas para personas con problemas de salud mental. ** Usuarios *** Trabajadores con enfermedad mental

Fuentes: Datos 1984,1997: López M, Laviana M. Empresas sociales y rehabilitación psiquiátrica en Andalucía. Rev.Asoc.Esp.Neuropsiq. 1998. Vol.XVIII, nº 68, p. 744.

Datos 2000: Servicio Andaluz de Salud. Memoria 2000 SAS. p. 43.

Datos 2001: Servicio Andaluz de Salud. Memoria 2001 SAS. p. 50.

Datos 2002: Información suministrada por el Departamento de Programas, Evaluación e Investigación de FAISEM..

I.5. OPORTUNIDADES DE MEJORA

Tras 18 años de desarrollo de un proceso de cambio en la atención a las personas con trastornos mentales en nuestra comunidad, se han solventado bastantes de los problemas que presentaba la atención sanitaria de este grupo de pacientes; pero han aparecido otros nuevos y continuamos con algunos aún no resueltos.

Los cambios sociales han generado una profunda transformación en las estructuras de soporte y contención (familia, redes sociales, escuela,...) que está provocando un aumento en las **demandas** que la población realiza al sistema sanitario, relacionadas con la salud mental.

A este fenómeno se le ha unido una **mayor sensibilidad social** ante determinadas patologías, sobre todo las de aparición en edades relacionadas con la infancia y la adolescencia (patología dual, trastorno del comportamiento alimentario, ...)

Debe desarrollarse **la atención de colectivos** que presentan características singulares –inmigrantes, familiares de pacientes mentales, pacientes privados de libertad, pacientes sin hogar y otras bolsas de exclusión social–.

Hay que profundizar en las líneas de colaboración y participación con las asociaciones de familiares y afectados, así como con otros sectores relacionados con la enfermedad mental –educación, justicia, observatorio de la infancia, servicios sociales–.

El desarrollo de la red de **dispositivos** asistenciales diversificados ha sido muy importante, aunque no se ha concluido en su totalidad. Frente a determinados dispositivos plenamente implementados –USM-HG, ESMD, URA y USMIJ–, que solo quedaría adecuarlos a las variaciones poblacionales producidas en nuestra comunidad desde su puesta en marcha (garantizando su distribución homogénea en todas las provincias); otros –CT, HD– habría que extender su implantación e incrementar el número de plazas en ambos dispositivos.

Junto al avance cuantitativo de los recursos, ha de producirse una modificación sustancial en la **cultura de gestión**, que permita la integración plena del subsistema de salud mental en el nivel especializado del SSPA. Además, el incremento de los espacios de colaboración con el nivel asistencial de **Atención Primaria** debe suponer un adecuado desarrollo del modelo de intervención comunitaria.

El abordaje comunitario exige retomar de nuevo el **domicilio** y el entorno del paciente como espacio terapéutico, incrementando la atención y el seguimiento domiciliario de pacientes, fundamentalmente con trastorno mental grave, incorporando a la enfermería como un elemento estratégico fundamental.

Los **problemas organizativos** –doble dependencia de los dispositivos de salud mental (Atención Primaria-Especializada)– junto con la falta de sistemas de información orientados e

integrados con el resto de la organización sanitaria, están originando en la actualidad disfunciones en la gestión de los recursos asistenciales. Un nuevo Decreto de Ordenación de los Servicios de Atención a la Salud Mental va a suponer la adecuación orgánica y funcional de profesionales, dispositivos y actuaciones a desarrollar

En función de los patrones epidemiológicos, existen **déficits** en determinados dispositivos **asistenciales** –en concreto en los que se sitúan entre las unidades de hospitalización y los ESMD: hospitales de día y comunidades terapéuticas– y sociosanitarios -residenciales–.

La aparición de **patologías emergentes** que impactan fundamentalmente en adolescentes y jóvenes, va a requerir el diseño de nuevos abordajes e intervenciones así como la reorientación de algunos dispositivos.

En esta misma línea, y a la vista de la situación epidemiológica descrita anteriormente, desde el SSPA debe priorizarse en el campo de la salud mental un cambio del modelo asistencial tradicional, basado en la atención a los episodios, hacia un modelo de atención a procesos crónicos basado en la **Gestión por Procesos Asistenciales**, que en los próximos años han de concretarse en cuatro líneas de intervención básicas:

Trastornos relacionados con la ansiedad y la depresión

Según los datos de incidencia y prevalencia de estos trastornos, tanto referidos a población general como a demanda de servicios, se constata que existe una limitación objetiva en la capacidad de los Servicios Sanitarios para tratar adecuadamente estos problemas de salud. Esta afirmación es aún más válida para un futuro inmediato en el que previsiblemente el incremento de estos trastornos coexistirá con una disminución progresiva de los sistemas informales de contención del sufrimiento mental, dejando a las instituciones sanitarias y no sanitarias en primera línea de intervención. Compartir esta premisa tiene importantes implicaciones a la hora de la planificación de los Servicios y del diseño del proceso de atención:

1. Hay que hablar explícitamente de **límites**: reconvertir la demanda (higienizando, desmedicalizando, desinstitucionalizando) y romper la recurrencia. Éstas son responsabilidades que tanto los profesionales como los ciudadanos deben asumir.
2. Cualquier modelo de servicios no es válido para abordar este tipo de trastornos. Un modelo de derivación, donde el nivel de atención primaria funciona como un “filtro” para el nivel especializado de salud mental, masifica los distintos dispositivos y disminuye su capacidad de contención. En un **modelo de cooperación** están diferenciados los espacios de trabajo de cada nivel con criterios consensuados de transferencia de casos y hay, además, un espacio de trabajo común cuyo resultado para Atención Primaria es el aumento de la capacidad de contención no medicalizadora, y para Atención Especializada la despsiquiatización y despsicologización del sufrimiento mental desde un enfoque biopsicosocial.

Trastornos mentales graves

Utilizamos el término de trastorno mental grave para describir a personas con un trastorno psiquiátrico que se caracteriza por importantes deterioros en áreas diferentes de funcionamiento, que incluyen relaciones sociales, trabajo, ocio y autocuidado. Dichas características hacen subsidiario de atención preferente por los servicios de salud mental a este grupo de pacientes, teniendo en cuenta las dificultades frecuentes de adherencia al tratamiento, la afectación del funcionamiento personal y social, así como las importantes repercusiones familiares y sociales en muchos de los casos.

Las posibilidades de atención han experimentado importantes avances en las últimas décadas, existiendo, además, un progresivo consenso en cuanto a distintas técnicas de intervención y modelos organizativos y de gestión de servicios sanitarios y sociales, de modo que se proponen:

1. Intervenciones directas (fármacos, apoyo personal continuado, psicoeducación, rehabilitación cognitiva).
2. Intervenciones con la familia y el entorno social próximo (psicoeducación familiar, que incluye información, entrenamiento y apoyo personal).
3. Provisión de recursos (residenciales con distinta supervisión, empleo, autoayuda, defensa jurídica y tutela si fuesen necesarios).
4. Intervenciones generales y específicas contra el estigma social, que neutralicen las tendencias de exclusión social para este grupo de personas.

Trastornos de la infancia y la adolescencia

Desde que se diseñaron los dispositivos de atención a la salud mental se han producido enormes cambios sociales que hacen necesaria la revisión de las características, funciones y dotación de los mismos. Y ello por varias razones: crisis del modelo de sociedad, transformación de la familia tradicional, crisis de autoridad que genera la ausencia de límites y contención tanto en el medio escolar como en el familiar, avance tecnológico fuertemente vinculado al mercado que potencia el consumismo como valor fundamental... Estos factores están produciendo un incremento de los trastornos psicopáticos y disociales en niños y adolescentes, así como en las adicciones a nuevas sustancias.

En el grupo de trastornos mentales de la infancia y la adolescencia objeto de atención preferente por el sistema sanitario, se incluyen a los trastornos específicos recogidos en el capítulo V de la CIE-10, más los trastornos de la conducta alimentaria del mismo capítulo.

Incluidos en estos grupos diagnósticos existen determinadas alteraciones (Trastorno de las emociones y Trastorno del comportamiento social) abordables desde los niveles básicos, sanitarios y no sanitarios: atención primaria, educación, etc..., con la participación que se precise de los recursos de salud mental integrados en los dispositivos de atención comunitaria de los ESMD y USMIJ.

Otros trastornos de mayor gravedad (T. generalizados del desarrollo en etapa preescolar; Psicosis que debutan en la adolescencia; T. de personalidad graves de la adolescencia; T. de conducta graves en adolescentes; T. de la conducta alimentaria) requerirán programas especiales en dispositivos específicos: hospitales de día de las USMIJ.

Patologías emergentes

Los importantes cambios que se están generando en la sociedad, están provocando una fuerte pérdida de la capacidad de contención de las estructuras informales y por tanto una medicalización en las respuestas a problemas evolutivos, que se está reflejando en el incremento de demandas relacionadas con nuevos problemas de salud: duelo patológico, patología dual, trastornos de la personalidad..., y los relacionados con la patología del disconfort.

Por último, es necesario abordar la **formación** de los profesionales, en la línea de adquirir las competencias necesarias que garanticen la puesta en marcha de los cambios que se plantean desde este Plan Integral de Salud Mental y que tanto el propio sistema sanitario como la sociedad en general, están demandando.

III. OBJETIVOS DEL PLAN INTEGRAL DE SM DE ANDALUCÍA

- Objetivo 1.** Aumentar el grado de conocimiento e información sobre la salud mental, de las personas con trastorno mental, su entorno cercano y de la sociedad andaluza.
- Objetivo 2.** Mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales, así como el de sus allegados.
- Objetivo 3.** Adecuar la oferta de servicios a las necesidades de la población de manera efectiva y eficiente.
- Objetivo 4.** Garantizar a las personas con trastornos mentales una atención sanitaria basada en el enfoque comunitario y la estructuración del proceso asistencial desde la perspectiva de la continuidad de cuidados como elemento de calidad integral.
- Objetivo 5.** Potenciar el conocimiento –formación e investigación– de los profesionales sobre los factores de riesgo y las estrategias de intervención, para potenciar la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia.

IV. LÍNEAS DE ACCIÓN

Para garantizar el cumplimiento efectivo de los objetivos definidos en el apartado anterior, se plantean desarrollar desde el SSPA una serie de líneas de acción que se describen a continuación.

IV.1. En comunicación e información al ciudadano, eje central del Sistema Sanitario Público de Andalucía, sobre la Salud Mental

Pese a las diferentes alertas, emitidas por diversos organismos internacionales, relativas a la elevada prevalencia, el incremento progresivo de la incidencia y los costes humanos y económicos que conllevan, los problemas de salud mental siguen siendo, en buena medida, grandes desconocidos, incluso por parte de los profesionales de la salud en general.

A pesar de las iniciativas emprendidas desde diferentes sectores, es posible constatar hoy, en los albores del nuevo milenio, que incluso en sociedades económica y culturalmente avanzadas, cuando es posible disponer de una atención asequible, solo el 30% de la población afectada por un trastorno mental acude a un profesional de la salud.

Si a esto unimos que los trastornos psíquicos explican la tercera parte de la discapacidad en el mundo y que una cuarta parte de la población mundial padecerá en algún momento de su vida un trastorno mental, deberíamos de ser conscientes de la enorme carga social y económica que la enfermedad mental representa.

Como acertadamente proclama la OMS en su informe del 2001, todavía desconocemos con precisión el número de personas afectadas que se ven privadas de ayuda, aún resultando ésta no muy costosa: "Muchas de estas personas sufren en silencio. Muchas están solas. Más allá del sufrimiento y de la falta de atención, están las fronteras de la estigmatización, la vergüenza, la exclusión y, con mucha más frecuencia de lo que queremos reconocer, la muerte".

La desinformación, el estigma, la culpa, el miedo, la vergüenza, la marginación, la incompreensión y en la mayoría de los casos el más absoluto desconocimiento fruto de estereotipos reforzados por la historia, el lenguaje y la ignorancia, preñan el imaginario colectivo que evidencia la dualidad cuerpo-alma, y que se traduce, tanto colectiva como individualmente, en una imposibilidad de poder reconocer, aceptar y pedir auxilio cuando el trastorno mental se hace presente.

Se constata, así mismo, el incremento en el nivel de Atención Primaria de demandas relacionadas con el sufrimiento psicológico que se asocia a las dificultades consustanciales de la vida cotidiana. Es responsabilidad de los profesionales del SSPA reconvertir esta demanda, evitando tendencias psicologizadoras y medicalizadoras, de modo que se intervenga sobre factores protectores y apoyos sociales que hagan innecesario el recurso indiscriminado a los servicios de salud.

En el Sistema Sanitario Público Andaluz, los ciudadanos representan el centro y la razón de ser del propio Sistema. Desde este paradigma el Plan Integral de Salud Mental debe de incidir en la transparencia, la participación y especialmente en una adecuada información que venga a satisfacer las necesidades y expectativas de la ciudadanía a la que va dirigido.

Los problemas de salud mental afectan, como ya hemos visto, a un gran número de personas generando a su vez un alto grado de sufrimiento. Es necesario un plan de información y comunicación que implique a todos los ciudadanos, y esté especialmente dirigido a los diferentes colectivos que están directa o indirectamente relacionados con la enfermedad mental en cualquiera de sus manifestaciones.

La calidad técnica es un pilar básico de la atención sanitaria, y hay que tener en cuenta que otros elementos como: la amabilidad, la empatía, y el tiempo de espera, son decisivos para que los ciudadanos se sientan satisfechos con el servicio que reciben. **La información**, en este ámbito, se debe erigir en un elemento básico y clave de la atención. Son éstos unos procesos que están impregnados de arquetipos, creencias populares erróneas y predominio de un pensamiento mágico, que sin duda repercute de forma sensible, en las vivencias personales del paciente y de su entorno inmediato, condicionando en gran medida la adherencia al tratamiento, el seguimiento y una integración social satisfactoria.

En lo que se refiere de forma específica a la información, esta debe de enfocarse, al menos, desde dos puntos de vista:

1. Información a la población general sobre los factores de riesgo y las intervenciones en estilos de vida que han mostrado reducir la incidencia de la enfermedad (prevención primaria); así como facilitar información a la población general sobre la carga que representa la salud mental y las posibilidades terapéuticas que ayuden a la integración de las personas afectadas.
2. Información a los afectados para un mayor conocimiento de su problema e implicación en su tratamiento y seguimiento (prevención secundaria y terciaria). Plan de comunicación para los afectados y sus familiares (psicoeducación).

Resulta fácil diferenciar varios agentes en la comunicación sobre la salud mental en nuestra Comunidad Autónoma. Por un lado, afecta a los colectivos de profesionales sanitarios especializados, a organizaciones sanitarias e instituciones políticas y a grupos de comunicación; y por otro vincula al conjunto de la población, y a los grupos de afectados, pacientes y familiares, en los que el modo de representación simbólica que se vaya construyendo acerca de la enfermedad mental, traerá aparejado modificaciones en el discurso médico, periodístico, político y social que venga a suplantar concepciones tradicionales y creencias populares todavía vigentes, que condicionan en gran medida la atención de la Salud Mental y su integración en la sociedad.

LÍNEAS DE ACCIÓN

Durante el periodo 2003-2007

1. Las instituciones y los centros sanitarios deberán:
 - * Poner en marcha políticas activas de **sensibilización** en Salud Mental que incidan en el conjunto de la población y que vayan orientadas a erradicar la discriminación

que actualmente se erige entre los principales obstáculos para poder llevar a cabo una atención adecuada. El miedo y la desinformación provoca que un gran número de personas no soliciten tratamiento o que de hacerlo, éste no se reciba de forma óptima y continuada lo que conlleva la victimización, la estigmatización, la marginación y otras violaciones de los derechos humanos.

- * Desarrollar campañas institucionales dirigidas a **motivar e informar** a las instancias decisorias sobre la repercusión de las políticas económicas y sociales en la salud mental, potenciando la capacidad de acción de los ciudadanos, las familias y las asociaciones; organizando programas de lucha contra la estigmatización en todos los grupos de población e implicando a los medios de comunicación para difundir información objetiva sobre los problemas y las soluciones. Un objetivo muy importante consiste en promover un **cambio cultural** a favor de la inclusión de las personas con trastornos mentales en diversas formas de vida comunitaria.
- * Poner en marcha, con todos los medios a su alcance, programas mantenidos en el tiempo, orientados a educar y sensibilizar a la opinión pública sobre la salud mental. El objetivo principal es reducir las barreras que obstaculizan el tratamiento y la asistencia, a través de un mayor conocimiento de la frecuencia de los trastornos mentales, su tratabilidad, el proceso de recuperación y los derechos de los enfermos mentales. Las alternativas de asistencia viables y sus ventajas deben ser ampliamente divulgadas, para que las respuestas de la población en general, los profesionales, los medios de comunicación, las autoridades y los políticos, reflejen los mejores conocimientos disponibles. Todo ello, dirigido a incrementar el uso de los servicios de salud mental y acortar la distancia entre la atención de salud mental y la atención de salud física.

2. Los profesionales deberán:

- * Adoptar un método de proximidad y **rigor en la información** con un lenguaje asequible y lo menos tecnicado posible, basado en el conocimiento y la evidencia científica, aproximando las expectativas y las favorables potencialidades terapéuticas actualmente existentes, que permiten tratar y aliviar, de forma considerable, el sufrimiento inherente a la enfermedad mental.
- * Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores, haciéndoles partícipes en la formulación y adopción de decisiones sobre los servicios que se prestan, estableciendo alianzas que potencien la vinculación de los mismos con la población, para de esta manera alcanzar mayores niveles de eficiencia y racionalidad.

IV.2. Potenciación de la atención comunitaria y promoción de la SM orientada a la reducción de riesgo en la enfermedad mental.

El concepto de salud mental es más amplio que la ausencia de trastornos mentales, abarcando entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la autonomía, la competencia y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales.

La aparición y evolución de los trastornos mentales y del comportamiento están determinadas por factores biológicos, psicológicos y sociales, sobre los que se debe intervenir desde una perspectiva integradora. Facilitar la accesibilidad a los servicios, asegurar la protección de los derechos humanos, reducir los factores de riesgo y promover estilos de vida saludables son acciones determinantes de cualquier política de salud mental.

En un sentido general, se puede considerar que la “psiquiatría preventiva” es la parte de la psiquiatría comunitaria que tiene como meta la disminución de la aparición (incidencia), duración (prevalencia) de los trastornos mentales, así como la incapacitación que éstos provocan.

En salud mental se han de tener en cuenta dos hechos: por una parte la etiología multifactorial de un gran número de trastornos (factores biológicos, psicológicos y sociales) y, por otra, la población diana a la que van dirigidas las medidas preventivas.

Los factores de riesgo pueden variar a lo largo de la vida de un individuo, por lo que una variable puede ser considerada un factor de riesgo en un determinado momento del desarrollo pero puede dejar de serlo en un estadio posterior. Pueden ser de naturaleza biológica o psicosocial y pueden residir en el individuo, en la familia, en las instituciones o en la comunidad.

Algunos factores de riesgo juegan un papel causal, mientras que otros son meramente marcadores, es decir permiten o facilitan la identificación de un individuo en riesgo, por lo que no pueden ser modificados. Aunque algunos factores de riesgo son específicos para un trastorno concreto, otros son comunes a la mayoría de los trastornos mentales. Resulta útil clarificar el papel de los factores de riesgo comunes a la mayoría de los trastornos mentales, especialmente teniendo en cuenta la frecuencia de co-morbilidad de muchos de ellos.

Las intervenciones de prevención primaria, en la mayoría de los casos, se encuentran más en el dominio de la acción política que en el de los profesionales de salud. Este es el caso de la mejora de las condiciones de vida en grupos con altos niveles de exclusión social, en situación de desempleo, marginación, inmigrantes, etc.

Factores sociales, económicos y demográficos, el entorno familiar y ambiental, o la presencia de enfermedades físicas importantes; todos ellos son determinantes en la prevalencia, aparición y desarrollo de los trastornos mentales.

La **edad** es un importante factor. El amplio grupo de las dislexias o los trastornos hipercinéticos presentan cifras crecientes de prevalencia durante la infancia y la adolescencia. En conjunto, la prevalencia de algunos trastornos como la depresión tiende a aumentar con la edad.

El **género** puede explicar las diferencias, tanto de incidencia como de prevalencia, de determinados trastornos mentales. Durante el periodo prenatal y los diez primeros años de vida, los niños son más vulnerables a factores de estrés físicos y psicosociales que las niñas. A partir de la segunda

década, la asociación se invierte, siendo las niñas las que aparecen como más vulnerables a los factores estresantes psicosociales, para de nuevo, en etapas posteriores, aparecer los hombres como más vulnerables. La comorbilidad es más frecuente en la población femenina

Entre los **factores familiares** que incrementan de forma significativa de riesgo para desarrollar trastornos psicopatológicos en la infancia, destacan las desventajas sociales, las relaciones muy conflictivas entre los padres, madre con un trastorno mental, padre con importantes trastornos de conducta sobre todo si implican intervenciones de la justicia. Los acontecimientos vitales son uno de los diversos factores (como la predisposición genética, la personalidad y las aptitudes de afrontamiento) que intervienen en la génesis de los trastornos mentales.

Vivir en un área con una importante **desorganización comunitaria** incrementa asimismo el riesgo de trastorno mental, especialmente durante la infancia. Las instituciones comunitarias tales como las escuelas pueden incidir positiva o negativamente en el desarrollo intelectual y social del niño y del adolescente, por lo que pueden ser contemplados como factores de protección o de riesgo.

Existe evidencia científica de que las enfermedades mentales son un problema común en los países de la Unión Europea, que son causa de sufrimiento humano e incapacidad, incrementan la mortalidad, y tienen implicaciones negativas para las economías nacionales. Asimismo, se reconoce que los problemas de salud mental se relacionan a menudo, entre otros factores, con el desempleo, marginación y exclusión social, falta de techo y abuso de alcohol y drogas, violencia de género y violencia social. En síntesis, podemos decir que una buena salud mental contribuye significativamente a la calidad de vida, a la inclusión social y a la plena participación social y económica de las personas.

La Resolución 12543/99 de 18 de noviembre de 1999 sobre la promoción de la salud mental del Consejo de la Unión Europea, insta a los gobiernos de los países miembros a incrementar el valor e importancia de la salud mental y de promocionar una buena salud mental, particularmente entre niños, jóvenes, ancianos y en el ámbito laboral.

ENTORNO ESCOLAR

La infancia y la adolescencia son fases del desarrollo, por lo que es difícil trazar fronteras nítidas entre los fenómenos propios del desarrollo normal y los anormales. Aun así, es reconocible una frecuencia en la prevalencia de los trastornos mentales y del comportamiento de alrededor de un 10% de esta población.

Las intervenciones de carácter preventivo deberán tener en cuenta la pertinencia del tipo de educación ofrecido, la evitación de la discriminación en la escuela y las necesidades de los grupos especiales, como, por ejemplo, los niños con problemas de aprendizaje.

Todos, niños y adolescentes, enfrentan a lo largo de su vida problemas de malestar psico-emocional. Estas situaciones son lógicas y obedecen a los factores de personalidad, al entorno de aprendizaje y las transiciones vitales que nos acompañan a lo largo del curso de la vida. Sin embargo,

hay señales que pueden ser indicios de conductas disfuncionales o indicar problemas de salud mental en un niño o en un joven, y que debemos saber observar y detectar para poder intervenir con eficacia. Para ello las estrategias de prevención se han basado en **tres pilares**: la información, la educación sanitaria y la formación de padres y profesores.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2003-2007

- Desarrollar programas de educación en salud, haciendo especial énfasis en los riesgos asociados al abuso de alcohol y otras drogas, en el marco del II Plan de Atención a las drogodependencias y en colaboración con el Observatorio de Salud de la Infancia.
- Promover programas de educación en valores (promover la tolerancia, la comprensión y el aprecio de la diversidad dentro de la comunidad escolar).
- Desarrollar programas para hacer las escuelas más seguras y promover ambientes escolares más saludables y afectivos en coordinación con Educación (EOEs).
- Colaborar con los profesionales de educación y con las agentes de la comunidad para proveer de servicios de asesoramiento y consulta de jóvenes, en el marco del Programa Forma-Joven.
- Desarrollar acciones informativas y formativas con los padres y profesores en todos los niveles educativos.

ENTORNO FAMILIAR

Las enfermedades mentales de los padres representan un riesgo para los hijos que conviven con ellos. Este puede ser heredado y/o influido por el ambiente familiar. Los profesionales de salud que trabajan con adultos enfermos deben prestar atención al desarrollo emocional y educativo de los niños y adolescentes con los que conviven.

Algunos factores de riesgo en la familia que pueden ser prevenibles son:

- * Maltrato físico y psicológico.
- * Historial de violencia en la familia.
- * Abuso de alcohol o drogas por familiares.
- * Desestructuración/conflicto familiar.
- * Haber sido víctima de abuso.
- * Ausencia de expectativas claras.
- * Ausencia de normas claras de comportamiento.

Sobre estos aspectos es hacia donde deben enfocarse los programas de prevención de la enfermedad mental.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2003-2007

- Incrementar los programas de atención y apoyo a los hijos de padres con trastorno mental como medida de prevención.
- Facilitar formación y consejo para el reconocimiento de síntomas y manejo del comportamiento del enfermo mental en situaciones de crisis.
- Detectar y prevenir situaciones de abandono y violencia hacia el enfermo mental o de la persona enferma al entorno familiar.
- Proteger la salud del entorno familiar, en colaboración con Atención Primaria, con especial énfasis en las cuidadores (perfil de salud y morbilidad).
- Promover programas de descanso del cuidador, y de afrontamiento de la sobrecarga para los cuidadores habituales.

ENTORNO LABORAL

La promoción de salud en el lugar de trabajo consiste en aunar los esfuerzos de los empresarios, los trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas.

La mayor parte de la población adulta permanece en su puesto de trabajo alrededor de un tercio del día, cinco días a la semana, durante una vida laboral activa de unos 40 años. Éste es un ámbito de intervención en prevención y reducción de daños para la salud que consensuado con empresarios y trabajadores ha demostrado su factibilidad y eficacia. Además, el trabajo debe ser un medio para reintegrar en la comunidad a los enfermos mentales. Las personas con trastornos mentales tienen mayores tasas de desempleo que las personas con discapacidades físicas.

En Andalucía contamos con un programa de empresas saludables adscrito a la Consejería de Salud, en cuyo marco podemos adscribir las estrategias de prevención de la enfermedad mental y la promoción de ambientes de trabajo emocionalmente saludables, en todos los sectores productivos.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2003-2007

- Desarrollar estrategias de información sobre los factores de riesgo laborales determinantes de la enfermedad mental y sus consecuencias personales y sociales.
- Desarrollar en los centros de trabajo programas de intervención para la reducción del consumo de tóxicos.
- Desarrollar programas de sensibilización y prevención de la violencia de género y violencia social en el ámbito laboral.

IV.3. La gestión de la atención sanitaria en Salud Mental según los procesos asistenciales

Con el objetivo de mejorar los resultados en salud y calidad de vida de las personas con trastorno mental, se plantea un modelo de atención sanitaria basado en la gestión por procesos asistenciales integrados, desde la perspectiva de la continuidad asistencial como elemento que garantice la calidad. Para ello, se requiere una actuación multidisciplinar coordinada de los distintos ámbitos implicados y de todos los recursos existentes.

Las actividades a desarrollar tienen como destinatarios a las personas que presentan algún trastorno mental, pero incorporan también, las expectativas que manifiestan otros implicados en la atención: familiares y cuidadores, profesionales de otros niveles y sectores –educación, asistencia social–.

IV.3.1. La gestión de la atención sanitaria en Salud Mental según los procesos asistenciales. Implementación de los procesos asistenciales

La efectividad de las intervenciones en el abordaje de los trastornos mentales, requiere la participación de equipos multidisciplinarios que interactúan desde los diferentes niveles asistenciales. La falta de una adecuada comunicación y coordinación entre ellos, repercute en la aparición de efectos indeseables que afectan a pacientes, familiares y a los propios profesionales.

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 este tipo de patología. Es en este ámbito donde es incuestionable el papel estratégico de la Atención Primaria.

En relación con los trastornos mentales, y teniendo en cuenta los criterios epidemiológicos recogidos en los apartados correspondientes de este Plan Integral, la Consejería de Salud está desarrollando los siguientes Procesos Asistenciales Integrados: Ansiedad Depresión y Somatizaciones; Trastornos de la Conducta Alimentaria y Trastorno Mental Grave.

A. PROCESO ANSIEDAD-DEPRESIÓN: LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Las líneas de actuación se basarán en los principios de la Calidad Total, que pretende facilitar a los profesionales el conocimiento de aquellos aspectos a mejorar y las herramientas para la mejora. Se hará especial hincapié en los siguientes principios:

- * Se garantizará la continuidad de la asistencia mediante una visión continua y compartida de la prestación de servicios al paciente, adaptando la estructura funcional de los servicios a las necesidades y demandas de los ciudadanos.
- * Se vinculará el esfuerzo profesional al objetivo final, compartiendo riesgos y resultados.

- * Se ubicarán los recursos (coste) en los lugares idóneos (mayor beneficio).
- * Incorporará a la práctica clínica la evidencia científica disponible, disminuyendo la variabilidad no justificable de la misma.
- * Se proporcionará un sistema sensible de puntos de buena práctica (asistencial o administrativa) que permitan la monitorización de la calidad del sistema.

Características del modelo de servicios

Tanto los datos de prevalencia e incidencia en la población general, como la demanda de servicios sanitarios en este tipo de trastornos, implican que en la planificación de los servicios y en el diseño del proceso de atención se deberán tener en cuenta:

1. La explicitación de **límites**, reconvertir la demanda, romper la recurrencia y evitar la “cronificación” de los pacientes y su circulación perpetua en los servicios.
2. Elaboración y desarrollo de un **proceso de discriminación**, para establecer el tipo y la intensidad del tratamiento más adecuado.
3. Sólo en un **modelo de cooperación** están diferenciados los espacios de trabajo de cada nivel con criterios consensuados de transferencia de casos, además de existir un espacio de trabajo común.
4. Una **conducta proactiva** (vs reactiva) y **corresponsable** que facilite situaciones de cambio.
5. Los objetivos deben basarse en la mejora de la **calidad de los servicios** actuales en atención primaria y especializada (para lo cual es fundamental definir el proceso de atención y sus puntos de buena práctica) y en la **investigación**.

Servicios del proceso asistencial

La variabilidad de los productos en este proceso asistencial es extrema, porque no solo influye en ella la naturaleza del servicio sino el lugar en que se presta (centro de salud, domicilio, por teléfono), el profesional que lo hace y la modalidad (urgente, programado, a demanda) Fig. 1.

FIGURA 1. VARIABLES QUE MODIFICAN LA ENTREGA DE SERVICIOS.

- LUGAR (centro de Salud, ESMD, domicilio, teléfono)
- PROFESIONAL PROVEEDOR
- CARÁCTER (urgente, a demanda, programada)

Fuente: Elaboración propia

En una primera etapa se pondrá el énfasis en la calidad y en la definición precisa de la naturaleza del servicio, de forma que este sea evaluable (¿se hace? ¿se hace bien?), más que en los elementos que definen el coste (¿quién lo hace? ¿qué recursos usa? ¿dónde lo hace? ¿cuánto tiempo tarda?) que se desarrollarán cuando sea preciso en la arquitectura de los subprocesos.

Se clasifican los servicios en tres tipos: **valoración, intervención y comunicación y relaciones:**



ESPACIOS ASISTENCIALES Y DE COLABORACIÓN

Se delimitan tres espacios claramente diferenciados: Atención Primaria, Salud Mental y la inter-fase entre ellos que incluye, además de la comunicación, los espacios de cooperación.

1. En el espacio de **Atención Primaria:**

- * Se **incrementará el número de servicios ofertados** a los pacientes. Este incremento va dirigido a potenciar la capacidad de los profesionales para identificar y valorar los casos, pero también las posibilidades de intervención, formalizándose y planteando de forma general modalidades terapéuticas hasta ahora poco desarrolladas (ayuda psicológica no reglada, grupos psicoeducativos, potenciación de la red social).
- * Se abordará de forma clara el sistema de **transferencia de casos** a los servicios especializados, sus procedimientos de comunicación (informes reglados con posibilidades de solicitud de información adicional) y los sistemas de citación (acceso a la agenda de salud mental desde primaria), que suponen mayor comodidad para el paciente y facilita el trabajo a los profesionales.

2. En el espacio de **Salud Mental**:

- * Se aumentará la capacidad de los equipos para ordenar su trabajo aprovechando con eficiencia la totalidad de los recursos que poseen. Esta finalidad pivota en la reunión diaria de acogida y ordenación de la asistencia donde se valoran los informes de derivación (que respetando la libre elección no van dirigidos a profesionales concretos) y los resultados de las primeras entrevistas y donde se decide colectivamente el **profesional responsable del caso** y los recursos de equipo a utilizar en el mismo.
- * Se formulará para cada paciente un **plan cerrado de tratamiento**, con la inclusión de Atención Primaria en el proceso a través del informe de evaluación del caso (que también esta reglado y con posibilidades de solicitud de información adicional) y con la clarificación de qué es psicoterapia como modalidad de intervención en el sistema sanitario público.

3. En la **Interfase** se formalizarán los sistemas de transmisión de información ligada a los pacientes dentro del espacio de cooperación interniveles. Es en este espacio donde se constituyen los procedimientos de trabajo en común con los pacientes: la **supervisión**, la **coterapia** y la **interconsulta**.

CIRCULACIÓN DE PACIENTES

1. Recepción del paciente o familiar en el servicio de atención al usuario del Centro de Salud, con cita orientada al profesional más adecuado.
2. Evaluación profesional y orientación terapéutica, con las medidas pertinentes desarrolladas por cada profesional orientadas a la categorización del paciente y al establecimiento de un plan terapéutico.
3. Intervención, que incluye la medicación (según evidencia) y las intervenciones psicoterápicas individuales, familiares o grupales que se deban desarrollar en AP.
4. Resolución o cambio de orientación, que en algunos casos requerirá la colaboración del Equipo de salud mental.
5. Actividades de colaboración que describen fundamentalmente la coterapia, la interconsulta y la derivación. La comunicación por cualquier vía, y en especial a través de informes, desarrollará un espacio virtual de necesaria colaboración.
6. Asistencia en el ESMD, previa cita "on line" en las agendas de primeras consultas ofertadas por el ESMD, y con el correspondiente informe escrito de derivación pactado por los dos niveles. La cita no se demorará más de 15 días.
7. Recepción en salud mental de los informes emitidos desde AP.
8. Reunión de acogida y ordenamiento de la demanda (1ª parte), donde se discuten y orientan los informes recibidos desde AP, asignándose un profesional para la primera consulta con el paciente.

9. Primeras consultas con profesional de salud mental, con una primera valoración y orientación de la demanda.
10. Reunión de acogida y ordenamiento de la demanda (2ª parte), donde se discute la asignación de un profesional referente, se reorienta el caso y se perfila el plan cerrado de tratamiento.
11. Informe al EBAP dirigido al profesional que realiza la demanda, con los contenidos pactados entre los dos niveles asistenciales.

B. PROCESO TRASTORNO MENTAL GRAVE

El Trastorno Mental Grave (TMG) posee unas características que le convierten en un problema de salud de primer orden. Las cifras de prevalencia, la tendencia a la cronicidad con la aparición de discapacidades importantes, el impacto familiar y social que produce, así como los distintos niveles y profesionales que intervienen hacen imprescindible una atención integral que garantice la continuidad asistencial y convierta al paciente y su entorno próximo en el centro de todas las actuaciones.

La metodología de Procesos Asistenciales del SSPA supone una herramienta útil para el abordaje de problemas complejos, como es el caso. La organización de todas las actividades de forma estructurada y sistematizada, basadas en la evidencia científica, implicando en la gestión a los profesionales que intervienen, hace posible la actuación coordinada de las múltiples acciones que se practican en los diferentes ámbitos donde requiere ser atendido el TMG.

El proceso debe incorporar además las expectativas expresadas por los diferentes destinatarios: pacientes y familiares, profesionales de distintos niveles y cualificación, tanto sanitarios como no sanitarios.

Con este encuadre se definen una serie de líneas de acción para la gestión del proceso TMG encaminadas a conseguir objetivos de calidad asistencial. Las líneas son las siguientes:

Delimitación precisa de la población objeto de atención. El concepto de Trastorno Mental Grave surge, en la atención comunitaria en salud mental, para intentar trascender la limitada perspectiva del diagnóstico clínico, como base para organizar la atención. Lo que se busca es, por el contrario, identificar un bloque de problemas que incluye a personas con diferentes entidades clínicas, pero que comparten determinadas características que las unifican, en términos de los procedimientos e intervenciones aplicables dentro del proceso. Se incluirían así a personas que:

- * Presentan una sintomatología de tipo psicótico que, sin responder a causa orgánica conocida, y en modo grave:
 - Genera problemas de captación y comprensión de la realidad.
 - Distorsiona la relación con los otros, tanto en la familia como en el entorno social próximo.
 - Supone o puede suponer riesgo para su vida.

- Tiene repercusiones negativas en distintas áreas del funcionamiento personal (vida cotidiana, educación, empleo, relaciones sociales, etc.).
- * Necesitan un abordaje complejo incluyendo:
 - Atención sanitaria, con intervenciones biológicas, psicosociales y técnicas de rehabilitación; así como apoyo a la familia e intervenciones sobre el medio social.
 - Atención intersectorial, tanto sociosanitaria específica, como social, educativa, judicial, etc.
- * Tienen tendencia a evolucionar de modo prolongado, lo que implica importantes necesidades de continuidad de atención y coordinación interna y externa.

Detección e identificación precoz: En los servicios de Atención Primaria se tendrá que realizar según los criterios de la "CIE-10 para Atención Primaria", utilizando cuestionarios de exploración individual, familiar y social, descartando trastorno orgánico y derivando sin demora a los servicios especializados según protocolo del proceso.

La información al paciente y familiares se llevará a cabo desde el primer momento con los contenidos mínimos que contempla el proceso y en un entorno adecuado que favorezca la privacidad y un clima terapéutico contenedor. Cuando exista riesgo para la seguridad o la vida del paciente y de las personas de su entorno, se procederá al ingreso hospitalario según la normativa existente.

Evaluación clínica, funcional, familiar y social. La evaluación consiste en una serie de técnicas de valoración específica para:

- * Confirmar si la persona detectada cumple los criterios definidos más arriba para el TMG.
- * Obtener información para realizar el Plan Individual de Tratamiento (PIT).

La evaluación especializada contemplará las siguientes áreas con los respectivos criterios de calidad:

- * Exploración clínica y psicopatológica reglada de todas las áreas al objeto de establecer un diagnóstico con criterios CIE-10.
- * Evaluación funcional de las capacidades presentes y el deterioro ocasionado por la enfermedad, utilizando instrumentos validados, como el eje de discapacidad de CIE-10 y otros.
- * Evaluación familiar, que contemple genograma, eventos familiares significativos, pautas de relación entre sí y específicamente con el paciente, impacto de la enfermedad en la vida familiar, cuidador principal y grado de estrés, conocimiento de la familia sobre la enfermedad y estrategias que ha puesto en marcha para solucionar los problemas
- * Evaluación de Cuidados, que se realizará con la siguiente estructura: valoración integral estandarizada (V. Henderson o M. Gordon) y utilización de Cuestionarios/Tests/Índices

focalizados. Taxonomías estandarizadas de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), Objetivos (NOC) e Intervenciones (NIC).

- * Evaluación social reglada según formularios del proceso (capacidad jurídica, grado de minusvalía, nivel económico, situación residencial, ocupación del tiempo libre, autonomía social etc. En caso de ser inmigrantes, características de la etnia y religión).

Elaboración de un Plan Individualizado de Tratamiento (PIT). Debe ser sancionado por una comisión de TMG y contemplar intervenciones en todas y cada una de las áreas evaluadas.

- * Todos los sectores y dispositivos con los recursos específicos para la intervención (AP; SM; FAISEM; SS; etc.) debidamente coordinados.
- * Un **responsable del plan**: facultativo que coordine las diferentes áreas y actividades en los diversos niveles de atención.
- * Un **referente personal del paciente**, a modo de gestor de casos, que garantice la ejecución de las actividades.
- * Revisión con plazo fijado en cada caso.

Aplicación de intervenciones sanitarias y seguimiento y apoyo de las intersectoriales, garantizando la continuidad de la atención. Se exponen a continuación las diferentes intervenciones con los criterios de calidad establecidos en el proceso.

- * Atención urgente. Se aplicará la normativa vigente (Resolución 261/2002 de 26 de diciembre) para la gestión y manejo de cada situación de emergencia concreta.
- * Intervención en crisis, cuando aparezca un factor desestabilizador de la situación del paciente –bien circunstancial, bien madurativo– se pondrá en marcha el protocolo contemplado en el proceso (detección, identificación de la causa, nivel de afectación, prevención de las complicaciones y revisión del PIT).
- * Intervención farmacológica, específica para cada trastorno, diferenciando fase aguda, de estabilización y de mantenimiento y basados en las guías clínicas contempladas en el proceso.
- * TEC, de aplicación en aquellas indicaciones específicas donde ha demostrado su eficacia o en aquellas otras donde el tratamiento farmacológico esté contraindicado. Se exigirá consentimiento informado y se aplicará guía clínica de referencia.
- * Psicoeducación a pacientes, con el objetivo de mejora de la calidad de vida mediante la información actualizada para la adherencia al tratamiento, prevención de recaídas, aumento de insight, promoción de autonomía y mejora de la relación terapéutica del paciente y el equipo.
- * Psicoterapia dirigida a pacientes, basada en la evidencia y contempladas en guías clínicas (de apoyo, cognitiva y manejo del estrés).

- * Entrenamiento en habilidades sociales; estrategia dirigida a reforzar el desempeño y competencia social, la reducción del estrés y la adecuación a las diferentes patologías.
- * Estrategias de afrontamiento, tanto de los síntomas positivos como de la competencia social (coping).
- * Técnicas de rehabilitación cognitiva para el entrenamiento de procesos cognitivos básicos, con el objetivo de mejorar el funcionamiento global.
- * Plan de Atención de Enfermería, que sistematice los autocuidados y actividades de la vida cotidiana.
- * Intervenciones familiares regladas.
- * Programas de inserción social en las líneas residencial, ocupacional, formativo-laboral y recreativa, aplicando los protocolos de derivación, coordinación y evaluación existentes.

Revisión de la salud física siempre que sea preciso o de forma reglada según protocolos recogidos en el proceso (monitorización de presión arterial; screening para diabetes; lípidos plasmáticos; screening para tabaquismo u otros tóxicos; screening para efectos secundarios de tratamientos (disfunción sexual, ganancia de peso, letargia, EPS).

C. TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

Estructurar la atención sanitaria del paciente con TCA a través de procesos asistenciales integrados. Definidos funcionalmente como el *“Conjunto de actividades de detección, atención y tratamiento de los problemas **emocionales, relacionales, psicológicos y físicos** que puedan aparecer en torno a la alimentación y a la imagen corporal, que cumplan los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN), según CIE-10, sin límites de edad”*.

Las actividades definidas tienen como destinatario principal al paciente, pero deben incorporar de manera explícita las expectativas que expresan otros destinatarios, familiares, profesionales de distintos niveles sanitarios y de servicios educativos.

Diagnóstico precoz

- * Acciones de información y coordinación intersectorial: Atención Primaria, educación, servicios sociales e instituciones de jóvenes y familia, orientadas a los problemas de salud de los adolescentes.
- * Formación específica en los profesionales implicados en la atención de TCA que les permitan detectar éstos en sus fases iniciales y diferenciarlos de otros comportamientos “normales en la adolescencia”, ya que su confusión causa alarma social.

Atención sanitaria

- * Establecer un modelo de atención centrado en la continuidad asistencial (AP-Salud Mental y Endocrinología/Medicina Interna), con tratamiento a nivel **somático y psíquico**; criterios

de ingreso y derivación consensuados mediante un **equipo multidisciplinar que favorezca el trabajo en áreas comunes** tanto en los aspectos clínicos como funcionales, con los siguientes objetivos:

- Establecer un circuito claro para los pacientes.
- Aplicar protocolos clínicos de actuación basados en las normas del proceso de TCA.
- Revisión periódica y evaluación terapéutica de casos con toma de decisiones conjunta.
- Asesoramiento a profesionales de especialidades consideradas de apoyo para el tratamiento integral y aquellas otras con las que sea imprescindible establecer líneas de cooperación.

* Garantizar unos plazos adecuados de atención al paciente:

- Cita sin demora en Atención Primaria.
- Acceso a tratamiento integral (psíquico y orgánico nutricional) en un periodo inferior a los 15 días, desde la confirmación diagnóstica. Realización de Plan individualizado de tratamiento (PIT) en un plazo inferior a 15 días desde la primera consulta.
- En caso de necesidad de derivación a HD demora máxima de 15 días. Y realización de PIT en la primera semana de ingreso.
- En caso de que el paciente precise ingreso, el plan de tratamiento será realizado antes de la primera semana de ingreso.

* Designación de un “**Responsable Clínico del caso**” que dé continuidad a las diversas actuaciones terapéuticas y realización de un Plan Individualizado de Tratamiento (PIT), en el que constará:

- Definición del problema según el diagnóstico y las áreas perturbadas.
- Formulación de los objetivos psicoterapéuticos y nutricionales.
- Elección de técnicas terapéuticas y actividades específicas.
- Plazos para la evaluación terapéutica.

* Desarrollar una atención sanitaria basada en guías de práctica clínica y protocolos de actuación basados en las normas de calidad del proceso asistencial de TCA, que permitan una menor variabilidad de las intervenciones.

* El tratamiento tendrá como base la Intervención **psicoterapéutica**, fundamentada en el establecimiento y mantenimiento de una relación psicoterapéutica informada consignada en el **contrato terapéutico**. Teniendo en cuenta las siguientes indicaciones basadas en la evidencia científica disponible:

- Realizar grupos psicoeducativos para pacientes de primer contacto con el dispositivo, orientados a promover cambios conductuales para normalizar las pautas alimentarias.
 - Realización de grupos psicoeducativos de padres, con el objetivo de intercambiar experiencias, reducir los sentimientos de aislamiento y culpa, permitir un mayor conocimiento de la enfermedad y normalizar pautas alimentarias familiares.
 - Realizar psicoterapia familiar centrada en la situación de crisis; con niños, adolescentes y adultos, que tengan relaciones conflictivas con sus padres o con otros miembros de la familia, con el objetivo de reestructurar el funcionamiento familiar y favorecer cambios internos.
- * Potenciar la puesta en marcha de programas de tratamiento en régimen de Día para aquellos pacientes que así lo necesiten y cumplan los requisitos especificados en el proceso TCA.
- * Realización de un plan de terapia ocupacional del Hospital de Día, con actividades grupales en el que conste de:
- Talleres de trabajo individual y grupal, incluyendo técnica de resocialización, grupos de discusión, lectura de prensa, artes plásticas, etc., acordes con las necesidades ocupacionales y de relación del/la paciente.
 - Entrenamiento del ocio y tiempo libre, con actividades físico-deportivas; habilidades laborales y comunitarias; orientación laboral y formativa.
- * En general, la psicoterapia en hospitalización completa deberá utilizar técnicas de contención emocional y centrada en:
- Disminuir la ansiedad ante la hospitalización.
 - Normalizar los hábitos alimentarios.
 - Detectar las distorsiones cognitivas mantenedoras.
 - Aumentar la autoestima del/de la paciente.
 - Disminuir la distorsión de la imagen corporal.
 - Romper con el medio estresante.
 - Preparar para el alta.
- * La Hospitalización completa deberá ser realizada en una zona especialmente acondicionada para la atención a este tipo de pacientes.
- * El tratamiento lo realizarán profesionales con las competencias profesionales definidas en el proceso TCA.

IV.3.2. Respuestas a algunas patologías emergentes

IV.3.2.1 Duelo patológico

Es frecuente que una pérdida no elaborada de forma adecuada, dé paso a un trastorno psicopatológico diagnosticable al cabo de meses o años; sin embargo, un duelo adecuadamente elaborado mejora las capacidades futuras para enfrentarse a las situaciones de pérdida, frustración o sufrimiento. Es igualmente relevante señalar, las complicaciones potenciales que una reacción de duelo anormal puede provocar, destacando entre ellas el abuso de fármacos, alcohol y drogas, el aislamiento social, la aparición de patologías ansioso-depresivas e incluso el incremento de la mortalidad y suicidio, más común entre viudos y ancianos afligidos.

La tristeza después de la muerte de un ser querido, es difícil de distinguir de la aflicción anormal. Desgraciadamente esta inespecificidad, dificulta la detección y por consiguiente el tratamiento eficaz de las situaciones de duelo complicado, que según los casos precisarán de una psicoterapia individual, la integración en grupos de autoayuda o medicación farmacológica.

Aunque las formas de respuesta emocional a la muerte, son diferentes según el marco cultural, en los países desarrollados, han surgido nuevas situaciones relevantes como son, las reacciones de aflicción por la muerte de un neonato, las reacciones por el fallecimiento de jóvenes por accidentes de tráfico, los enfermos de SIDA, o patologías como la enfermedad de Alzheimer, que han requerido cuidados prolongados, etc., provocando una progresiva “medicalización” como soporte de la respuesta de adaptación a la pérdida sufrida.

La prevención primaria pasa por conocer sus factores de riesgo entre los que se pueden incluir: una pérdida inesperada, presenciar situaciones terribles alrededor de la pérdida, aislamiento social, sentimientos de responsabilidad por la muerte, historias de muertes traumáticas, intensa dependencia del individuo que falleció, antecedentes de trastornos depresivos, etc.

Tanto si la reacción de duelo es normal, como si es patológica, la actuación terapéutica deberá buscar dos objetivos: la facilitación normal del proceso del duelo y el tratamiento de los trastornos asociados.

Aunque duelo y depresión no son sinónimos, ambos sentimientos tienen en común su expresión a través de tristeza, llanto, tensión, pérdida del apetito y/o de peso, insomnio, pérdida del interés sexual, abandono de actividades externas. Desde el punto de vista terapéutico su abordaje es similar al de un trastorno depresivo.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2003-2007

Se elaborarán junto con profesionales de Atención Primaria, y otros servicios hospitalarios (oncología, medicina interna,...) protocolos de intervención que incidan en un mejor abordaje de este

trastorno, definiendo las competencias necesarias que deberán tener los profesionales sanitarios en los distintos ámbitos.

Se potenciarán las actividades de formación continuada, tendentes a la capacitación de los diferentes profesionales sanitarios en el abordaje de los aspectos esenciales del duelo patológico.

IV.3.2.2. Patología Dual

La comorbilidad de los trastornos por uso de sustancias y otras patologías mentales se ha denominado con diversos nombres y acrónimos, entre otros, "patología dual o trastornos duales". Aunque probablemente ha existido desde siempre, diferentes estudios en población general, han puesto de manifiesto la elevada comorbilidad de los trastornos depresivos, de ansiedad y de personalidad, entre los consumidores de drogas. Además, se ha demostrado que los adolescentes con un uso problemático de sustancias incrementan el riesgo de padecer un mayor número de síntomas psiquiátricos que los adolescentes con un uso no problemático.

La colaboración entre los recursos asistenciales específicos dependientes del Comisionado para la droga de Andalucía, la Atención Primaria y los dispositivos de Salud Mental, es el marco idóneo para el manejo de este tipo de trastornos, donde el abordaje terapéutico del trastorno mental y del abuso/dependencia de sustancias se realice integralmente. La implementación y desarrollo del protocolo de actuación conjunta entre los dispositivos antes mencionados, ya elaborado, debe ser el camino a seguir en el abordaje de este trastorno.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2003-2007

- Desarrollar en su totalidad el protocolo de actuación conjunta.
- Se potenciarán las acciones de formación en los tres ámbitos asistenciales implicados (atención primaria, centros de tratamiento a drogodependientes y dispositivos de salud mental) que desarrollen las líneas trazadas en dicho protocolo.
- * Se deberá de comenzar con los procesos de evaluación contemplados, que nos aportarán la información necesaria para ir introduciendo medidas correctoras, si fueran necesarias.

IV.3.2.3. Trastornos de personalidad

Los trastornos de la personalidad se caracterizan por patrones de percepción, reacción y relación que son relativamente fijos, inflexibles y socialmente desadaptados, incluyendo gran variedad de situaciones. Las personas con trastornos de personalidad por lo general no se responsabilizan de sus propias vidas y sentimientos; por el contrario, tienden a culpar a otros y carecen de estrategias para adaptarse, encargarse de sus problemas y manejar el estrés de la vida diaria.

Dentro de las causas que generan los trastornos de la personalidad se imbrican una serie de factores y variables biopsicosociales que se pueden agrupar en distintos apartados según las

diferentes teorías y estudios realizados, si bien es evidente que no hay una única interpretación para justificar o explicar el origen o la causa de un determinado trastorno de personalidad en un paciente concreto y que es la suma de las múltiples variables la que determina la patoplastia concreta de ese cuadro en esa persona.

Hoy en día se están recuperando las teorías ambientalistas y la influencia de factores como la educación, los modelos parentales, el ambiente familiar y las pequeñas y/o grandes influencias que tiene el entorno que nos rodea. Habría que vigilar especialmente los casos de niños pequeños en los que se manifiestan comportamientos problemáticos como excesiva agresividad verbal, física, hiperactividad constante, rechazo generalizado en todos los ambientes donde vive el pequeño, problemas educativos con sus padres, colegios, etc. La prevención a tiempo puede llegar a evitar males mayores.

Aunque los tratamientos difieren de acuerdo con el tipo de trastorno de la personalidad, algunos principios generales se pueden aplicar a todos. La mayor parte de las personas con un trastorno de la personalidad no sienten la necesidad de tratamiento y pueden responder al apoyo que se les presta, pero suelen mantenerse firmes en cuanto a los patrones de pensamiento y de comportamiento propios de su desadaptación. Generalmente, el apoyo es más eficaz cuando intervienen en él otros pacientes o un psicoterapeuta.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2004-2007

- Desarrollar programas y protocolos específicos para el abordaje y tratamiento de pacientes con trastornos de personalidad, con especial incidencia en los casos de mayor gravedad, ya que esta demanda genera problemas de abordaje en distintas unidades asistenciales y un importante consumo de recursos con dudosa efectividad.
- Profundizar en la cooperación tanto con los profesionales de pediatría de atención primaria como con los profesionales de educación, que nos permita la detección precoz y la identificación de niños y adolescentes en riesgo, para iniciar precozmente las intervenciones.
- * Diseñar un programa de atención para aquellos pacientes “fronterizos” entre el sistema sanitario y la administración de justicia. Se trataría de aquel grupo de pacientes con graves trastornos de personalidad, e inmersos en causas judiciales que provocan una situación jurídica de prevención, pena o exención (con o sin medidas de seguridad) y necesitados de un abordaje intersectorial que garantice una atención sanitaria más adecuada que la que se dispensa desde los dispositivos asistenciales actuales.

IV.3.3. Gestión de la actividad asistencial

La actividad asistencial en el ámbito de la salud mental tendrá en cuenta el tamaño y características demográficas de la población, su dispersión geográfica y su morbilidad conocida de manera que se de respuesta a las necesidades de la población, tanto en la cantidad de servicios prestados (actividad necesaria para evitar demoras que dificultan la accesibilidad) como en la forma de prestarlos.

Unidades clínicas de gestión

La participación de los profesionales se configura como uno de los principales objetivos del Sistema Sanitario Público Andaluz. Se desarrollarán mecanismos que posibiliten la transferencia de niveles de decisión y de responsabilidad en la gestión a las diferentes unidades, siguiendo las directrices enmarcadas en el Documento de “Estrategias para el Desarrollo de la Gestión Clínica en el SSPA”.

En los próximos años se impulsará la puesta en marcha y el desarrollo de Unidades Clínicas de Gestión, enfocadas a la gestión integral de los procesos y que añadan valor al proceso asistencial, tendiendo a que finalmente los Servicios de salud mental queden configurados como unidades de gestión, integrando la atención a las diversas patologías, con independencia de los dispositivos implicados.

Es ésta una línea estratégica cuyas principales herramientas se basan en las guías de práctica clínica, la mejora continua de la calidad, los presupuestos clínicos, la gestión por línea de producto y los sistemas de información. Se pretende, así, mejorar la eficacia y efectividad de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento del paciente, analizar y optimizar los procesos de atención a los usuarios, y dotarse de una estructura organizativa y de control de gestión adecuada. Serán prioritarios los siguientes apartados:

* *Satisfacción y expectativas de los usuarios*

El SSPA, en desarrollo del reconocimiento del ciudadano como motor y centro del sistema, considera esencial el enfoque dinamizador y de modernización que representa adecuar la organización para la consecución de un entorno de mayor satisfacción percibida por los usuarios, para lo cual se hace indispensable el desarrollo de las siguientes líneas:

- + Seguimiento de las reclamaciones formuladas por los usuarios, haciendo especial énfasis en aquellas que impliquen: mal trato, falta de información o vulneración de la intimidad.
- + Encuestas de satisfacción.

* *Eficacia/Efectividad*

Elaboración, puesta en marcha y evaluación de guiones, protocolos y planes de cuidados:

- + Se prestará especial atención a:
 - Protocolo unificado de inmovilización mecánica.
 - Protocolo unificado de Terapia Electro-convulsiva.
 - Planes específicos de cuidados en enfermería.
 - Acciones/actividades específicas que garanticen el uso racional del medicamento.

* *Eficiencia*

+ **Ámbito comunitario:**

- Demoras: adecuándolas a la normativa
- Relación con Atención Primaria.
- Apoyo a los profesionales de los centros de salud.
- Actividad: Optimización de los recursos que permitan el incremento del rendimiento.
- Incremento del seguimiento domiciliario de pacientes.
- Incremento de los procesos de rehabilitación de pacientes con trastorno mental grave mediante programas psicosociales.
- Incremento del seguimiento de pacientes incluidos en programas residenciales.
- Continuar profundizando en la cooperación con otros sectores: Justicia, Educación, ...

+ **Ámbito Hospitalario**

Normalización de las unidades de hospitalización.

Inciendo en las siguientes líneas:

- + Facilitando el acompañamiento de los familiares en el ingreso.
- + Incrementando de la actividades grupales.
- + Adecuando la utilización de la contención mecánica al protocolo autonómico.
- + Garantizando el respeto a los derechos de los pacientes, mediante la aplicación de la normativa vigente en relación a los diferentes tipos de ingreso.
- + Analizando los ingresos y estancias innecesarias.
- + Incrementando el número de pacientes en programas de día.
- + Garantizando que la hospitalización de niños y adolescentes sea lo más normalizada posible dentro de las áreas de atención a la infancia.
- + Adecuando las actuaciones a las definidas en los protocolos de atención a la infancia y la adolescencia.

IV.4. La atención sociosanitaria a las personas con trastorno mental

Las necesidades asistenciales de los enfermos con patología mental (sobre todo los que presentan trastornos graves), requieren, tal vez como ningún otro paciente, la intervención de una serie de instituciones, no solo sanitarias –asociaciones de familiares, grupos de autoayuda,...– que las hagan “visibles” y les den la relevancia precisa, con el fin de que los sistemas de atención social y sanitaria respondan adecuadamente.

El apoyo sociosanitario es la ayuda real y concreta que recibe el paciente mental o su familia de la comunidad en la que vive, tanto en el plano emocional como en el instrumental. Hoy sabemos, que un apoyo sociosanitario eficiente, desempeña un papel fundamental como amortiguador de los efectos que las situaciones estresantes provocan en personas vulnerables (previniendo descompensaciones) y actúan positivamente en la evolución y en la calidad de vida de los pacientes y sus entornos más cercanos.

IV.4.1. Atención a las familias de personas con trastorno mental

El enfoque comunitario de los dispositivos de salud mental implica la participación activa de la familia en el proceso terapéutico. Esta carga familiar puede reflejarse desde un simple aumento de las tareas que asume la persona sana, hasta restringir sus actividades fuera de la relación, de manera que le produzca cambios vitales objetivos y subjetivos (abandono de proyectos personales, descuido de la propia salud, y en situaciones extremas, la desestructuración del grupo familiar).

Con el objetivo de garantizar la protección de la salud mental de las familias de enfermos mentales, se deberán poner en marcha programas de alojamientos temporales de los pacientes fuera del entorno familiar.

Se trataría de garantizar el alojamiento alternativo temporal de los pacientes en las siguientes situaciones:

1. Enfermedad, accidente o sobrecarga temporal del familiar que cumple funciones de cuidador informal.
2. Dificultad temporal de convivencia en una reagudización que no justifica la hospitalización pero requiere durante un tiempo, un entorno más profesional, no necesariamente sanitario.
3. Intervenciones “preventivas” que eviten las situaciones de desestructuración familiar grave.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2003-2005

- Aunque la estimación de las plazas necesarias, plantea bastantes dificultades, en función de los datos epidemiológicos, se considera la cifra de **100 plazas** para la Comunidad autónoma como la más realista para poder realizar en estos dos años. Con unas estancias medias cercanas al mes por paciente, a lo largo del año se estaría dando respuesta, como mínimo, a 1500 familias en Andalucía.

Este tipo de plazas se situarían en dispositivos asistidos dependientes de FAISEM, –casas–hogar– dada la previsible necesidad de una supervisión cercana.

IV.4.2. Coordinación intersectorial, convergencia con otros programas y planes de la Junta de Andalucía

Si en toda atención sanitaria, la intervención de otros sectores tiene una gran importancia, en salud mental, esta coordinación adquiere el rango de imprescindible.

Las especiales características de los pacientes mentales, obligan a que los circuitos de colaboración con Servicios Sociales –generales y específicos, FAISEM– ; Educación –en el caso de niños y adolescentes–; Sistema Judicial –fiscales, jueces, forenses– Ayuntamientos, Asociaciones de enfermos y familiares, sean lo más fluidas y ágiles posibles.

Si todas las relaciones son importantes para intentar mejorar las condiciones de vida de los pacientes, las que se desarrollan con FAISEM y con las asociaciones de familiares, son vitales para el sistema sanitario.

Uno de los principios fundamentales de la salud mental comunitaria, es tratar que los pacientes sufran el menor desarraigo posible de su entorno familiar y social. Para poder llevarlo a cabo, es imprescindible la colaboración de los familiares y de las redes informales de apoyo. Cuando esto no se puede lograr, por múltiples razones, recae en FAISEM el desarrollo y puesta a disposición de los servicios sanitarios, de recursos que traten de mantener a los pacientes en el entorno social (evitando la institucionalización de los pacientes, más propia de otros modelos asistenciales ya pasados).

Con el desarrollo que ha tenido en estos últimos años la red sanitaria de atención a la salud mental, junto a las medidas que se han planteado en este PISMA, que entendemos dan un impulso definitivo para completar los recursos asistenciales; la evolución que han sufrido las medidas terapéuticas –nuevos fármacos mucho más efectivos con menos efectos secundarios, utilización de terapias basadas en evidencia clínica más eficientes, etc.–, han mejorado el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, los cambios en los patrones demográficos –envejecimiento– y en la escala de valores de la sociedad –más hedonista y menos dispuesta a asumir “complicaciones” en su vida diaria–, está provocando que cada vez haya más pacientes, que siendo susceptibles de seguir viviendo en su entorno habitual, necesiten de estructuras residenciales no sanitarias. Como el número de plazas de este tipo está bastante limitado, obliga a que desde dispositivos sanitarios se esté tratando de dar una respuesta que no es la ideal –pacientes acantonados en las unidades de agudos con estancias no justificadas, CT colapsadas por no disponer de alternativas residenciales, etc.–.

En esta línea, sería aconsejable aumentar desde FAISEM la oferta de plazas residenciales que descongestionaran determinados dispositivos. Podrían utilizarse también, para normalizar una línea de apoyo y descongestión de las familias que sí conviven con su familiar enfermo en casa –cuidar al cuidador–.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2003-2007

Programa residencial.

- A lo largo del periodo de vigencia del presente Plan Integral, FAISEM pondrá en funcionamiento **300 nuevas plazas residenciales**, ubicadas en **casas-hogar**, dirigidas fundamentalmente a pacientes con trastorno mental grave. Se garantizará su distribución homogénea por el territorio de la comunidad, de tal forma que las ratios por áreas de salud sean similares en función de la población.
- Se crearán **381** nuevas plazas en **Viviendas Supervisadas**.
- Se potenciará el programa de **apoyo domiciliario**, desarrollado por FAISEM, con la creación de **423** nuevas plazas, preferentemente en el ámbito urbano y dirigido a personas con trastorno mental grave.

Programa ocupacional

- Se incrementarán en **800** plazas las actualmente disponibles en los **Talleres Ocupacionales**.

Programa de fomento de las relaciones sociales.

- Se crearán **1.190** nuevas plazas en **Clubes Sociales**.

Tutelas.

- Se apoyará el desarrollo y consolidación de las **Fundaciones de Tutela** de carácter público en cada una de las provincias andaluzas.

IV.5. Estructura organizativa: potenciación de la red de atención a la SM

En general, los sistemas sanitarios actuales están enfocados para dar respuesta a problemas agudos o episódicos, más que para el seguimiento a largo plazo de procesos crónicos.

La efectividad de las intervenciones en los problemas crónicos, requieren de la implicación de equipos multidisciplinares y de la necesaria continuidad asistencial.

Por otro lado, existen diferencias en la percepción del problema y en las expectativas por parte de los profesionales, pacientes y familiares. Los primeros están más identificados con la efectividad y la eficiencia, mientras que el paciente expresa mayor interés por la accesibilidad, la continuidad de cuidados y una buena comunicación.

Por todo ello es preciso adecuar la oferta de servicios a las necesidades de los pacientes con trastorno mental a través de una reordenación e incremento de recursos humanos y de dispositivos, tendiendo a lograr un mejor equilibrio organizativo.

IV.5.1. Promulgar una nueva ordenación de los servicios de Salud Mental en el SSPA

El nuevo elemento normativo debe ser el que integre de una forma definitiva, los dispositivos asistenciales de salud mental en el ámbito de la asistencia especializada del SSPA, aportando elementos de gestión que terminen con el status “especial” y disfuncional con que la salud mental cuenta en la actualidad.

Deberá abordar los siguientes aspectos:

- * Continuar desarrollando instrumentos que garanticen la orientación comunitaria de todos los dispositivos asistenciales –población definida, tratamiento próximo al paciente, continuidad de cuidados, red integrada de dispositivos,...–.
- * Establecer la dependencia orgánica de los dispositivos y los profesionales, adscribiendo cada servicio de salud mental a su hospital correspondiente.
- * Dimensionar de una forma más racional, el tamaño y la distribución geográfica de las actuales Áreas de salud mental, equiparándolas orgánica y funcionalmente a los demás servicios especializados, creando las correspondientes jefaturas de servicio y sección que homologueen las estructuras de gestión clínica.
- * Consolidar la CT y el HD como dispositivos específicos de la salud mental, eliminando el actual término de experimentales.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2004-2005

- A lo largo del último trimestre del 2004 o primero del 2005, se promulgará un nuevo decreto de ordenación de los servicios de atención a la salud mental, que sustituya al actualmente vigente (338/88).

- A lo largo del año 2004, se abrirán los procesos de negociación pertinentes para dar respuesta a determinados aspectos que se deberán contemplar en la nueva ordenación de la asistencia en salud mental y que modifican de manera sustancial la situación actual (adscripción a los hospitales, estructuración en servicios, atención domiciliaria).

IV.5.2. Mejorar las dotaciones con nuevos dispositivos y recursos

Con el objetivo de poder desarrollar con garantías suficientes las acciones contempladas en el Plan Integral, es necesario que a lo largo de la vigencia del mismo, se afronte de forma decidida, el incremento de determinados recursos asistenciales.

La mejora sustancial en la atención a los trastornos mentales graves, el incremento progresivo de la incidencia de los relacionados con ansiedad y depresión, así como el abordaje de las patologías emergentes, requiere una redefinición de los dispositivos actuales que integren estos factores junto al desarrollo de los procesos asistenciales, y el impulso de unidades clínicas de gestión en un entorno de eficiencia y calidad. Para ello es necesaria la implementación de las siguientes líneas de acción.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2003-2007

- Se dotará de **nuevos facultativos** a los equipos de salud mental de distrito (ESMD) hasta conseguir que la ratio por 100.000 habitantes sea de 6. Esta ratio será homogénea en las diferentes áreas y servicios de la comunidad.
- Se incrementarán las actuales **unidades de hospitalización** en hospitales generales con dos nuevos dispositivos, ubicados en las provincias de Málaga y Córdoba.
- Se pondrán en marcha cinco **nuevos hospitales de día** con actividades de rehabilitación, ubicados en hospitales situados en áreas rurales, lo que generará un significativo aumento en la accesibilidad de la población a este recurso específico.
- Se incrementarán las camas ubicadas en **comunidades terapéuticas** en 60 nuevas plazas en la Comunidad autónoma.
- Se dotará de nuevos **profesionales de enfermería** especialista, o con formación acreditada en salud mental, a los ESMD para poner en marcha los planes de mejora de los cuidados en salud mental, hasta que la ratio por 100.000 habitantes sea de 2.

IV.5.3. Redefinir el modelo de cooperación entre Atención Primaria y Especializada en Salud Mental

Actualmente nuestro modelo de atención a la salud mental es un modelo de derivación donde el primer nivel funciona de filtro para el segundo. La relación entre niveles se limita, en el mejor caso, a la transferencia de pacientes con sus informes correspondientes. En este modelo el “buen funcionamiento” se mide por el número de derivaciones “correctamente” hechas (con indicaciones precisas y bien historizadas) y por el envío de vuelta de informes “correctamente” hechos (informes de primeras consultas, informes de alta, con indicaciones terapéuticas precisas y bien historizados).

Sin embargo en este modelo el deseable aumento de la capacidad de detección del nivel primario se traduce en su propia masificación y en la masificación del especializado con el aumento de la demora y el deterioro de la relación entre niveles y de la calidad de la asistencia. Porque aparte de la capacidad de detección lo que está en juego es la capacidad de contención del nivel primario. Las cifras asistenciales demuestran que esa capacidad actualmente es enorme y comparable a la de otros países del entorno (una derivación a los ESMD del 0.15% de las demandas de asistencia por estos motivos, una derivación a salud mental del 7% del total de morbilidad psiquiátrica en Atención Primaria) pero las preguntas serían: ¿Los casos contenidos son bien tratados en atención primaria? ¿La falta de derivación es producto de la falta de accesibilidad a los recursos especializados?

Sólo un modelo de cooperación puede dar respuesta a estos problemas. Lo básico en un modelo de cooperación es el trabajo en común. En consecuencia aparecen tres espacios claramente diferenciados: Atención Primaria, Salud Mental y la interfase entre ellos que incluye, además de la comunicación, lo que denominamos espacio de cooperación.

Conviene resaltar algunos aspectos de la filosofía general del modelo:

En el espacio de Atención Primaria deben incrementarse el número de servicios ofertados a los pacientes (ayuda psicológica no reglada, grupos psicoeducativos, potenciación de la red social) y abordar de forma clara el sistema de transferencia de casos a los servicios especializados.

En el espacio de Salud Mental, el principio general es el aumento de la capacidad de los equipos para ordenar su trabajo aprovechando con eficiencia la totalidad de los recursos que poseen.

En la interfase se formalizan los sistemas de transmisión de información ligada a los pacientes y se dibuja el espacio de cooperación interniveles. Esta última idea, formulada desde los inicios de la Reforma de Salud Mental, toma cuerpo concreto a través de dos propuestas. La primera es la estabilidad de la relación entre profesionales de los dos niveles asistenciales, base de la constitución de equipos de trabajo. La segunda es la formalización de los procedimientos de trabajo en común con los pacientes: la supervisión, la coterapia y la interconsulta.

Así mismo, en relación a los pacientes con TMG el papel de atención primaria se hace relevante tanto a nivel del seguimiento puntual, como de apoyo familiar, o de intervenciones directas en la comunidad.

Respecto de los recursos, es muy evidente que su déficit actual dificulta cualquier intento de reforma y de rediseño del proceso de atención, como numerosos informes previos de la propia administración sanitaria lo atestiguan.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2003-2007

- Implementación y desarrollo de los procesos asistenciales definidos, potenciando el espacio de cooperación interniveles.
- Continuar definiendo procesos asistenciales que incidan en la mejora de la atención a la salud mental en el SSPA.
- Dotar los recursos necesarios para llevar a cabo la transformación propuesta. Las ratios de profesionales debieran ir acercándose a lo largo del periodo de vigencia del Plan Integral a 1 medico de familia por cada 1500 habitantes, 1 pediatra por cada 1000 niños, y 6 facultativos especialistas en salud mental por cada 100.000 habitantes.

IV.6. El papel de las asociaciones: de pacientes, de familiares y grupos de ayuda

Si bien el asociacionismo de pacientes es incipiente en nuestro medio, el movimiento asociativo de familiares de personas con enfermedad mental, elemento clave en el desarrollo de la atención sociosanitaria que se ha implementado en nuestra comunidad autónoma, históricamente ha venido desarrollando una labor de gran importancia para la sociedad. Hoy está asumido que las personas con un nivel relativamente alto de apoyo social “informal”, presentan síntomas psicológicos y físicos de menor intensidad e índices de mortalidad también menores, que las personas con bajo nivel de apoyo social informal.

El conocimiento de la realidad compleja de los pacientes con trastorno mental, les posibilita y legitima para actuar como vehículo de transmisión de su problemática a las instituciones implicadas en la asistencia a estos pacientes; al tiempo que contribuyen a la sensibilización de la sociedad acerca de los problemas que sufren –estigmatización, aislamiento–. Además, aportando su colaboración activa en el proceso terapéutico, contribuyen significativamente a la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

La mayoría de las asociaciones de familiares, se han puesto en marcha en las dos últimas décadas, y surgen como grupos de autoayuda ligados a ámbitos locales, pero han ido aglutinándose hasta constituir la Federación Andaluza de Allegados de Esquizofrénicos (FANAES), que pese a su nombre, muy ligado a una patología concreta, trata de aglutinar a familiares de pacientes con diversos trastornos mentales. De la misma manera se han ido federando diversas asociaciones (ADANER y otras) ligadas a patologías específicas.

Desde el inicio, estas asociaciones han desarrollado diversas actividades:

- * **Defensor-representante de los pacientes**, en dos vertientes: en la defensa de los derechos de un colectivo –el de los enfermos mentales– y de la calidad asistencial que presta el servicio sanitario o social.
- * **Prestador de servicios**: de acogimiento de familias, de formación e información, de asesoramiento; y para los pacientes, ser el marco de desarrollo de clubes sociales como espacios de integración social a través del ocio. Los programas de apoyo integral a las familias y apoyo domiciliario han sido gestados desde el ámbito de las asociaciones.
- * Como **estructura mediadora**. Sirviendo de nexo entre los agentes socio-sanitarios responsables del proceso de integración social de las personas con enfermedad mental, y activista, defendiendo los derechos del colectivo, luchado contra actitudes excluyentes, y actuando para que se adopten determinados acuerdos en beneficio del colectivo.
- * **Garantizando valores** como la tolerancia, solidaridad, protección de derechos, etc.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2003-2007

- Se promoverá la participación de las asociaciones de familiares y allegados en el desarrollo de **grupos de mejora de los procesos asistenciales** relacionados con los trastornos mentales.
- Se continuará con el proceso iniciado de **búsqueda de expectativas** de los pacientes y sus familias, a través del desarrollo de grupos focales, que permita ir adaptando los objetivos de las intervenciones.
- Se impulsará junto a las asociaciones, un **plan de comunicación** y sensibilización de la población y los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Potenciar las **asociaciones independientes de pacientes**, como instrumento de garantías de sus derechos fundamentales.
- Estimular el **voluntariado social** comprometido con la ayuda a los enfermos mentales.

IV.7. Sistemas de información

Los sistemas de información, son un pilar básico en la implantación y desarrollo del Plan Integral de Salud Mental, ya que proporcionan la información necesaria para la planificación y organización de servicios; el seguimiento y evaluación, siendo además un instrumento esencial para la asistencia y la investigación.

El Plan Integral de Salud Mental, requiere información que permita conocer y cuantificar la magnitud de los problemas mentales (prevalencia y resto de indicadores epidemiológicos) así como información relativa a la actividad asistencial realizada (demoras, primeras consultas, ingresos, etc.).

Las fuentes de información actuales son:

- * Sistema de información de salud mental de Andalucía (SISMA): sistema de información específico que se diseña, coordina y gestiona desde el Programa de salud mental.
- * Conjunto mínimo básico de datos (CMBD) al alta hospitalaria: que extraiga la información del paciente en su proceso de hospitalización, recogiendo datos administrativos, clínicos y demográficos.
- * Censo y proyecciones de población.
- * Encuesta de salud.

El SISMA, como sistema de registro implantado en el año 2000 (en su última versión), ha permitido disponer de indicadores más detallados sobre la actividad desarrollada por los dispositivos de salud mental en Andalucía, no sólo en número de intervenciones realizadas sino de pacientes atendidos y tipo de actuación.

Su implantación generalizada en los Equipos de salud mental, ha permitido disponer además de una amplia información sobre las características sociodemográficas de los pacientes atendidos en estos dispositivos.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2003-2004

El impulso en la definición y establecimiento de un sistema de información en salud mental, debe de pasar por la integración y homologación con el que en la actualidad se está definiendo en el ámbito del SSPA, plasmado en el proyecto DIRAYA de historia de salud digital del ciudadano; de forma que sea un episodio más de la misma.

Por otro lado, el sistema de indicadores que actualmente se elaboran a través del SISMA, deberá replantearse e integrarse en los cuadros de mando de las instituciones hospitalarias, como las de cualquier servicio o unidad asistencial, incorporándose a los canales habituales de evaluación y seguimiento de la actividad, que se realizan en los hospitales del sistema sanitario público.

Para lograrlo, es imprescindible:

2004-2007

- Actualización del equipamiento informático, dotando de la necesaria electrónica de red a todos los dispositivos de salud mental, que lo equiparen al resto del sistema sanitario, lo que permitirá la conexión con las redes de los hospitales y con la Intranet corporativa.
- Integración del software actual de los ESMD (SISMA) en el Proyecto DIRAYA de historia de salud digital del ciudadano.
- Desarrollo de los aspectos específicos de la historia de salud mental, adecuándolos a cada uno de los dispositivos específicos de la red asistencial.
- **Nuevas tecnologías:** A lo largo de los años de vigencia del presente Plan Integral, se pondrán en marcha grupos de trabajo y experiencias concretas que valoren e incorporen, en su caso, la utilización de las nuevas tecnologías de transmisión de la información (imagen y voz) en la actividad de los profesionales de salud mental, tanto en los diferentes dispositivos, como en el seguimiento domiciliario de pacientes.

En concreto, y dentro de la estrategia de utilización de la telemedicina en el SSPA, se pilotará la aplicación de la misma en el ámbito de la salud mental (consultas virtuales, contactos con familiares y cuidadores, etc.).

IV.8. Desarrollar la investigación en Salud Mental

La investigación científica es una actividad imprescindible para conseguir los objetivos de las políticas de salud. Debe ir dirigida a mejorar la calidad asistencial de manera continua y siempre unida

a la adecuada formación de los investigadores, a la creación de un ambiente de colaboración y crítica científica y a la existencia de una política científica apropiada.

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

El marco en que ha de desarrollarse la investigación en Andalucía está desarrollado en el III Plan Andaluz de Investigación, y los objetivos básicos en el campo de la salud se plasman en el Programa de Investigación para la Mejora de la Salud de los Ciudadanos de Andalucía. En él se incluyen las grandes líneas temáticas en las que es necesario desarrollar proyectos que se impulsen y financien desde el sistema sanitario, siendo uno de los fundamentales fomentar una cultura de investigación en salud de excelencia en Andalucía.

El Plan Andaluz de Salud (PAS), consagrado por la ley de Salud de Andalucía, como instrumento director de la política sanitaria del Gobierno andaluz, orienta el esfuerzo investigador hacia el aumento del conocimiento de los principales problemas de salud de nuestra Comunidad autónoma, definidos en el mismo, analizando los factores de riesgo y las características epidemiológicas y clínico-asistenciales.

La investigación sobre la salud mental en Andalucía se concreta y desarrolla a través de proyectos y grupos de investigación. El desarrollo de la misma se ha realizado de forma descoordinada y atomizada: con dispersión de proyectos y objetivos, que ha llevado a investigar sin homogeneidad de criterios, probablemente por las múltiples fuentes de financiación; circuitos y procedimientos de subvención, cada uno de ellos con diferentes objetivos y líneas de investigación.

En Andalucía, la Consejería de Salud está adoptando mecanismos que se dirigen a corregir estas circunstancias, plasmados en la orden de 12 de Junio de 2001, y la Resolución de 11 de Julio de 2001, así como el Decreto que regula el funcionamiento y las estructuras sobre Investigación Ética y Sanitaria y Ensayos Clínicos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Las **Líneas de Acción** para el periodo 2003-2007 en lo referente a salud mental, han de estar, lógicamente, basadas en las propuestas del Programa Marco de Investigación en Salud de Andalucía:

1. Investigación sobre las principales causas de morbimortalidad

- + Especial atención a las **patologías más prevalentes**:
 - El Síndrome Ansioso-Depresivo.
 - Trastorno Mental Grave.
 - Los Trastornos de la Conducta Alimentaria.
 - Las Enfermedades Degenerativas Cerebrales. Las Demencias.

- + A los **grupos de riesgo**:
 - Infancia y Adolescencia:
 - * La prevención en salud mental infanto-juvenil.
 - * Las psicosis infantiles.
 - * Los trastornos disociales en la infancia y la adolescencia.
 - Familias de pacientes psicóticos.
 - Familias con patrones de relación inusuales.
 - Inmigrantes.
 - Marginalidad y droga.
 - Los malos tratos y el abuso sexual.

2. Investigación sobre salud pública y promoción de la salud

Estudios sobre el apoyo social a enfermos, cuidadores, asociaciones de ayuda mutua y voluntariado.

3. Investigación sobre servicios sanitarios

La necesidad de valorar el funcionamiento de dispositivos y la eficacia de determinadas técnicas e intervenciones obliga a plantear como línea prioritaria los proyectos dirigidos a la evaluación.

Muchas de las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas en salud mental están basadas en consensos. Es necesario obtener pruebas sobre las estrategias más efectivas. Es la mejor manera de corregir desviaciones, adecuar objetivos, ajustar recursos, evitando la dispersión de métodos y procedimientos y proponiendo patrones de actuación de calidad contrastada.

- Análisis de la **efectividad** de la práctica profesional.
- **Evaluación de servicios** y programas. Análisis de la relación coste efectividad de las intervenciones sanitarias. Estudios sobre eficiencia económica. Evaluación de unidades clínicas y de procesos asistenciales. Descripción de los perfiles de pacientes utilizadores de cada dispositivo. Se impulsaran líneas que estén dirigidas a fijar patrones de actuación por proceso, evaluando los diferentes procedimientos según los distintos modelos de intervención. Estándares por proceso.
- Análisis de los **aspectos organizativos** y económicos de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria. Estudios sobre necesidades de servicios. Investigación sobre gestión y organización de servicios, sobre coordinación entre centros y niveles asistenciales. Sistemas de información e investigación operativa.

- **Calidad asistencial. Acreditación** de servicios. Estudios sobre desarrollo de profesionales. Comunicación interna. Estudios sobre opinión de profesionales. Investigación sobre el síndrome del desgaste profesional (burn-out).
- Análisis prospectivo y de tendencias sobre **opinión de ciudadanos**. Estudios sobre comunicación profesional sanitario-paciente. Estudios sobre satisfacción, calidad percibida y expectativas de los ciudadanos. Estudios de imagen pública de los servicios sanitarios. Satisfacción y expectativas de pacientes y profesionales.
- Análisis de la variabilidad **de la práctica** profesional y sus determinantes. Estudios de utilización de servicios sanitarios y equidad. Investigaciones sobre intervenciones para mejorar la práctica clínica: audit, intervención educativa, guías de práctica clínica, participación de pacientes, etc.

4. Entorno y salud. Medio Ambiente, salud laboral.

Fomentar proyectos de investigación dirigidos a estudiar el efecto de la exposición al estrés físico y mental en el trabajo y la influencia de éste.

5. El envejecimiento de la población y las discapacidades.

Impulsar líneas de investigación sobre los trastornos mentales con más prevalencia en la vejez: depresión y demencia. Con un enfoque dirigido al estudio de los factores socioeconómicos, culturales y psicológicos que determinan e influyen en el envejecimiento sano y el bienestar en la vejez.

6. Neurociencias.

Investigación sobre los aspectos más biológicos de los trastornos psiquiátricos prevalentes (ansiedad, depresión, psicosis, trastornos de la conducta alimentaria, etc.).

7. Evaluación de las tecnologías sanitarias y el uso racional del medicamento.

Evaluación de las **tecnologías sanitarias**: Análisis de situación del conocimiento respecto a la seguridad y eficacia de distintas terapias. Análisis del conocimiento disponible acerca de la utilidad de las aplicaciones clínicas de diferentes técnicas en uso. Criterios de eficiencia y fiabilidad. Análisis del uso actual en Andalucía de las distintas modalidades de terapias. Adecuación del ingreso y estancia hospitalaria y análisis del uso de los recursos sociosanitarios. Análisis de estudios dirigidos a comparar la seguridad, eficacia, efectividad y coste-efectividad.

Uso racional del medicamento: Estudios sobre prescripción. Estudios de consumo de medicamentos genéricos. Estudios de adherencia a tratamientos.

8. Investigación específica ligada a los procesos asistenciales en salud mental.

La gestión por procesos es una forma de abordaje de la atención sanitaria de los pacientes, que busca la coordinación de los recursos a través de todo el sistema sanitario. Su interés por la

medicina basada en la evidencia, por el análisis de los resultados y por la integración de cuidados a lo largo del conjunto del sistema sanitario, hacen de la gestión por procesos una clave fundamental en el desarrollo de la investigación.

Son éstas unas líneas de investigación abiertas a los procesos asistenciales prioritarios.

1) El proceso Ansiedad-Depresión.

Se fomentarán líneas orientadas a:

- * La evaluación y el análisis crítico de las actuaciones de Salud Mental con Atención Primaria.
- * El estudio y valoración de las Intervenciones psicoterápicas en las patologías incluidas en este proceso
- * La valoración de las herramientas terapéuticas en Atención Primaria.

2) El Proceso Trastorno Mental Grave (TMG)

Se potenciarán líneas dirigidas hacia el estudio de:

- * Los TMG y situaciones de privación de libertad. TMG e instituciones penitenciarias.
- * Los TMG asociados a trastornos de conducta graves.
- * Los TMG asociados a retraso mental leve.
- * La validez de la intervención precoz en el primer brote psicótico
- * Las necesidades asistenciales y no asistenciales relacionadas con los TMG. Las unidades de larga estancia y la rehabilitación en salud mental.
- * El abordaje ocupacional y la calidad de vida.

3) El Proceso Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA).

La investigación en esta línea habrá de ir dirigida a:

- * El estudio de la efectividad y eficiencia según el tipo de intervención del equipo terapéutico.
- * Búsqueda de estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento.
- * Evaluar las estrategias de prevención.
- * Estudios epidemiológicos en población general.
- * Valorar los resultados terapéuticos en función del Plan Individualizado de Tratamiento (PIT) y del uso del contrato terapéutico.

IV.9. Formación y desarrollo de profesionales

Los rápidos avances alcanzados en los últimos años en las Ciencias de la Salud y Neurociencias, precisan para ser incorporados al Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

dedicar mayores esfuerzos a la gestión de los recursos del conocimiento en salud (mental), de tal manera que asegure el acceso de los profesionales a los nuevos conocimientos, en constante cambio y desarrollo, y oriente su formación hacia los objetivos estratégicos del SSPA, teniendo siempre presente la mejora constante de la calidad y la perspectiva y necesidades de los ciudadanos.

Proponer iniciativas de mejora en los programas de formación pre y postgrado, para adaptarlos a estos avances y a las nuevas exigencias de la sociedad, es también preparar y garantizar un horizonte de calidad en las respuestas a los problemas de salud mental.

La formación de los profesionales es un factor estratégico que se realiza en y desde el presente y configura las acciones del futuro, más si cabe que en otras especialidades sanitarias que cuentan con otros recursos tecnológicos.

El carácter multiprofesional de los dispositivos de atención a la salud mental es un valor añadido a los conocimientos de cada especialidad, y permite desarrollar un nuevo conocimiento integrado del conjunto de paradigmas intervinientes, dirigidos a comprender, enfocar y tratar el origen multifactorial del enfermar psíquico y orienta el trabajo en equipo.

Otras instituciones dedican importantes esfuerzos a la formación (Universidad, Colegios profesionales, Asociaciones de profesionales, Sindicatos, Escuelas privadas y la Industria farmacéutica). En un entorno de competencia, es la industria farmacéutica la que dedica mayores y más potentes recursos en este campo. Este escenario así configurado, tiene importantes consecuencias en la formación e información de los profesionales médicos, en los estilos de tratamiento elegidos y en el gasto del sistema público.

El SSPA dedica en la actualidad grandes recursos a la formación de sus profesionales y posee una gran experiencia en la organización de actividades formativas, aunque no siempre aprovecha con eficacia los recursos con que cuenta.

El reto actual, es mejorar la gestión de los recursos del conocimiento en salud mental en un entorno de competencia, a la vez que integrar las demandas de formación de los profesionales, así como sus expectativas de desarrollo profesional en el marco del SSPA.

El Plan Integral de Salud Mental pretende aprovechar la organización y orientación de todas las acciones formativas contempladas en la propuesta de formación y desarrollo profesional para alcanzar los objetivos que se plantean en el propio Plan.

Las Comisiones de Formación han sido y pueden ser los instrumentos más eficaces para gestionar los recursos e iniciativas formativas, siempre que cuenten con el apoyo y la financiación adecuada para organizar la formación continuada de los profesionales de salud mental en su territorio y participar en la formación de especialistas e incluso de otros profesionales sanitarios.

El PISMA impulsará las Comisiones de Formación que desarrollarán las líneas estratégicas de formación propuestas en el mismo, y siguiendo sus principios y objetivos las aplicarán a las condiciones de cada servicio de salud mental, unidad o dispositivo durante el periodo de vigencia del Plan (2003-2007) cubriendo los objetivos con acciones formativas planificadas durante periodos anuales, bienales y cuatrienales.

Implementarán procedimientos de evaluación sistemática de la calidad formativa de las actividades y servicios así como del impacto sobre la asistencia y el desempeño profesional, aplicando los métodos más eficientes.

Las comisiones de formación, deberán integrar el interés por la formación pregrado, postgrado y continuada, incorporando a ellas profesionales de distintas unidades y profesiones del servicio de salud mental.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2003-2007

- A lo largo del periodo de vigencia del presente Plan Integral, se desarrollarán en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) tres líneas básicas de formación:
 - * Gestión clínica y desarrollo de procesos asistenciales.
 - * Metodología de investigación en salud mental.
 - * Metodología de trabajo en equipo, liderazgo y estrategias de comunicación.

Acciones para el periodo 2003-2005

- Formación sobre los problemas de SM más **relevantes**: trastornos mentales graves en adultos y trastornos generalizados del desarrollo en la infancia..., más **prevalentes**: categorías diagnósticas incluidas en el proceso de ansiedad, depresión y somatizaciones, las que afectan al periodo de envejecimiento y a la infancia y adolescencia. Así como las patologías **emergentes**: trastornos de la conducta alimentaria, de la personalidad, y trastornos mixtos con morbilidad y con problemas de dependencia.
- Formación en SM comunitaria: Programas de seguimiento de trastornos mentales graves en la comunidad. Intervenciones psicosociales y familiares.
- Formación en estrategias de continuidad de cuidados y adherencia a los tratamientos.
- Formación en Clínica Grupal: psicoterapia de grupo e intervenciones grupales específicas.
- Formación para la implantación y desarrollo de los procesos asistenciales que afectan directamente a la salud mental: Proceso de Ansiedad, Depresión y Somatizaciones, Proceso de Trastorno Mental Grave, Proceso de Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Acciones del periodo 2006-2007

- Mantenimiento de acciones formativas sobre los problemas más relevantes, prevalentes o emergentes.

- Incorporación de nuevos conocimientos. Acceso a la documentación científica. Medicina basada en la evidencia.
- Formación en trabajo de equipo en entornos multiprofesionales y/o multisectoriales.
- Elaboración de protocolos y guías clínicas.
- Formación en metodología de “gestión de casos”.

Metodología: Poner el acento en como implementar, desarrollar y evaluar las actividades y proyectos de formación, evitando que planteamientos correctos queden solo en formulaciones teóricas bien intencionadas.

El logro de objetivos asistenciales, recursos teórico-técnicos e instrumentales debe ser evaluado de forma permanente por los distintos dispositivos del servicio y por la dirección del mismo.

Crear espacios de planificación y programación de las actividades formativas a través del análisis de las necesidades y la priorización y temporalización de las acciones formativas.

Para la planificación de las actividades de formación se plantea el desarrollo en tres pasos:

- a) Detección de necesidades de formación analizadas y consensuadas en los espacios de trabajo asistencial y en la dirección del servicio con su adecuada priorización.
- b) El desarrollo de actividades de formación con su contenido y metodología adaptados a esas necesidades formativas.
- c) Apoyo, seguimiento y evaluación de la actividad formativa y de los efectos sobre la práctica asistencial.

Las formas que deben tomar las actividades formativas deben estar en concordancia con sus objetivos y contenidos:

- Sesiones clínicas y bibliográficas, mejora de la formación clínica y de los instrumentos diagnósticos y terapéuticos. Dirigido al personal de los Servicios –con el fin de establecer consensos internos– y a la formación de Residentes.
- Cursos, seminarios, jornadas. Adecuado para adquisición de nuevos conocimientos y/o profundización de los básicos.
- Supervisión clínica y/o psicoterapéutica, dirigido al personal del staff y especialmente a la formación de especialistas.
- Rotación por servicios acreditados por sus resultados y “buena practica” dirigida a la adquisición de nuevas destrezas y conocimientos para poner en funcionamiento en el propio servicio.
- Grupos de “expertos” para elaborar protocolos y guías consensuadas que respondan a la evidencia científica.

- Grupos focales dirigidos a captar las necesidades formativas o a identificar fenómenos nuevos.

1. La formación de pregrado en las disciplinas que intervienen en los servicios de salud mental

PSIQUIATRÍA:

En el plan de estudios actual de la Licenciatura de Medicina, existen dos materias troncales en el área de psiquiatría: "Bases Psicológicas de los Estados de Salud y Enfermedad (Primer ciclo) y Psiquiatría (segundo ciclo) y otras materias optativas.

ACCIONES: PERIODO 2003-2005

- Proponer desde la Consejería de Salud y Educación a las Universidades Andaluzas la puesta en marcha de grupos de trabajo para consensuar cambios en los contenidos básicos de las materias que se acerquen más a las necesidades reales de la población en materia de salud y se establezca una mayor colaboración con las instituciones sanitarias para mejorar la calidad y frecuencia de las practicas.

Periodo 2006-2007

- Proponer repartir la enseñanza de las "Bases psicológicas" a lo largo de la carrera (Psicología integrante del funcionamiento normal / patológico)
- Cambios en dirección a converger en el espacio común europeo.

PSICOLOGIA CLÍNICA:

La diversidad de contenido y peso de las seis áreas de conocimiento en la licenciatura de Psicología en las distintas facultades del país, además de otros factores históricos, produce como resultado un número insuficiente de asignaturas troncales relacionadas con la psicología clínica.

ACCIONES: PERIODO 2003-2005

Proponer desde las Consejerías de Salud y Educación a la Universidad:

- Aumentar el peso cualitativo y cuantitativo de las asignaturas relacionadas con la psicología clínica.
- Conceder mayor homogeneidad a la representación de la psicología clínica en los planes de estudios.

Periodo 2006-2007

- Aumentar los contenidos prácticos relacionados con la psicología clínica.
- Establecer mayor colaboración entre el área de conocimiento relacionado con la psicología clínica y los servicios públicos de salud mental: Practicum, mayor dotación de plazas de profesor asociado.

- Convergencia en las propuestas de modificación de Planes de Estudio con el Sistema Europeo de Convalidaciones de Créditos (CTS).

DIPLOMATURA EN ENFERMERÍA:

Se produce un fenómeno similar al de la psicología clínica en las Escuelas Universitarias de Enfermería: Diversidad de contenidos y diferencias en el peso de las materias relacionadas con salud mental.

ACCIONES: PERIODO 2003-2005.

Proponer desde las Consejería de Salud y Educación a la Universidad:

- Mejorar la formación en salud mental en pregrado, aumentando la carga formativa en los aspectos psicológicos, (que actualmente no representan más de un 10% del total).
- La formación pregrado debiera centrarse en dos ejes básicos: promoción y prevención del trastorno mental en individuos, familia y comunidad e intensificación de los factores que influyen en la aparición, mantenimiento y distribución e incremento de los problemas de salud mental de la población.

Periodo 2006-2007

- Intensificar la formación en las áreas comunitarias de los cuidados de enfermería, en los seguimientos dirigidos a la población con trastornos graves y persistentes y al trabajo con su red social de apoyo.
- Los contenidos formativos deben ir dirigidos a capacitar al futuro enfermero/a en los aspectos de salud mental básicos.
- Convergencia en las propuestas de modificación de Planes de Estudio de Enfermería y Cuidados de Salud Mental con el Sistema Europeo de convalidación de créditos (espacio único europeo).

DIPLOMATURA DE TRABAJO SOCIAL:

ACCIONES: PERIODO 2003-2005

Proponer desde las Consejerías de Salud, Servicios Sociales y Educación a la Universidad (Escuela de Diplomados en Trabajo Social):

- Aumentar el peso de las materias relacionadas con salud mental y con la intervención social comunitaria: psicología evolutiva y sociopatías.
- Aumentar los conocimientos sobre el sistema familiar: ciclo vital familiar; conflictos en las distintas etapas y nuevos modelos de familia.

- Formación en coordinación comunitaria y trabajo social de red en redes (Institucional y Comunitaria).

Acciones de 2006 a 2007

- Formación específica en la creación y manejo de grupos de apoyo, autoayuda y voluntariado.
- Mejorar el estudio de los cambios producidos en la representación social de la enfermedad mental. Estigma social.
- Aumentar los conocimientos sobre programación y evaluación en planes de prevención e intervención psicosocial con enfermos mentales.

2. La formación continuada de los profesionales de salud mental.

La formación continuada (F.C.) es concebida como un proceso de aprendizaje activo y permanente destinado a actualizar y mejorar la capacitación y competencia de los profesionales frente a la evolución científica y técnica, a las necesidades cambiantes de la sociedad, a los intereses y aspiraciones de los individuos y a los objetivos de la institución pública de salud.

En el nivel de calidad de la atención sanitaria influyen principalmente los profesionales (número y cualificación) junto al nivel de organización asistencial y docente de los Servicios de Salud Mental.

La F.C. puede paliar, al menos parcialmente, las insuficiencias habidas en la formación universitaria y la formación especializada reglada de los profesionales sanitarios.

La F.C. se constituye como factor incentivador de primer orden de los profesionales y un elemento de cohesión del sector público en torno al desarrollo de una cultura sanitaria centrada en el compromiso con el ciudadano.

La incentivación de los profesionales a través de la F.C. debe de estar correlacionada con el mapa de competencias, con la carrera profesional, con el rendimiento asistencial y con el desarrollo de un colectivo de “formadores” dentro del sistema sanitario público.

Deben incluirse obligatoriamente elementos docentes en la organización de los equipos asistenciales: sesiones clínicas, sesiones bibliográficas, participación activa en jornadas y congresos, etc.

- Los programas de F.C. deben evolucionar constantemente para responder a las necesidades cambiantes de la demanda asistencial.
- Las actividades de formación deben ser planificadas y disponer de presupuestos específicos configurándose como fuente de motivación y satisfacción de los profesionales y como inversión para el SSPA que las promueve.

- Cada servicio de salud mental deberá contar con un plan de FC, durante 2003-2007, y por años, que contendrá actividades específicas de cada grupo profesional así como del resto de los grupos que componen los servicios de salud mental y dedicar especial atención a la formación transversal.

Áreas específicas de formación continuada por profesiones.

PSIQUIATRÍA:

PERIODO 2003 A 2007

Acciones: 2003-2005

- Incrementar la competencia clínico-asistencial y de gestión de los problemas de salud mental definidos en el Servicio como relevantes, prevalentes y emergentes.
- Formación en programas de seguimientos comunitarios asertivos.
- Formación en Clínica Grupal. Psicoterapia de Grupo.
- Formación en metodología de procesos asistenciales vinculados con salud mental.
- Formación en el uso racional de psicofármacos.

Acciones: 2006-2007

- Continuar la formación para el aumento de la competencia profesional en los problemas de salud definidos como relevantes, prevalentes y emergentes.
- Formación en Clínica Grupal: Intervenciones grupales específicas.
- Formación en estrategias de mejora continua y gestión clínica.
- Formación en gestión de "casos".

PSICOLOGIA CLÍNICA:

PERIODO 2003 A 2007

Acciones: 2003-2005

- Incrementar la competencia clínico-asistencial y de gestión de los problemas de salud mental definidos como relevantes, prevalentes y emergentes.
- Formación en Clínica Grupal. Psicoterapia de grupo.
- Formación en programas de seguimientos comunitarios asertivos.
- Formación en metodologías de procesos asistenciales vinculados a la Salud Mental.

Acciones: 2006-2007

- Continuar la formación para el incremento de competencia sobre la atención a problemas de Salud Mental definidos en el servicio o equipo, como relevantes, prevalentes y emergentes.
- Formación en Clínica Grupal. Intervenciones grupales específicas.
- Formación en “intervenciones en crisis”. Intervenciones en situaciones de catástrofes (estrés postraumático).

ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL:

PERIODO 2003 A 2007

Acciones: 2003-2005

- Formación en programas de seguimientos asertivos de personas con trastornos graves y persistentes.
- Planes de promoción y prevención en los cuidados de enfermería en salud mental.
- Formación en intervenciones grupales específicas: psicoeducativas, de relajación.

Acciones: 2006-2007

- Mantener la formación en intervenciones grupales específicas.
- Habilidades de comunicación.
- Cuidados a domicilio.
- Formación en estrategia de continuidad de cuidados.

TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL:

PERIODO 2003 A 2007

Acciones: 2003-2005

- Formación en intervenciones comunitarias.
- Redes asistenciales sociosanitarias relacionadas con salud mental.
- Formación en intervenciones grupales específicas: de consultantes, de familiares.

Acciones: 2006-2007

- Formación sobre programas sociales de apoyo: residenciales, ocio y tiempo libre, etc.
- Formación en estrategias de mediación social.

3. Áreas de formación específica.

FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA.

La formación psicoterapéutica se presenta como una oferta asistencial imprescindible para la mejora de la calidad asistencial prestada a los ciudadanos.

La Unidad de Docencia y Psicoterapia de Granada debe jugar un importante papel en la formación psicoterapéutica de los especialistas en formación (MIR – PIR) y en la formación psicoterapéutica específica dirigida a los profesionales de salud mental de Andalucía.

ACCIONES: 2003-2005

- Elaborar una propuesta de rotación dirigida a los residentes MIR y PIR, para la formación en psicoterapia (nivel básico).

ACCIONES: 2006-2007

- Puesta en marcha de módulos comunes de psicoterapia para residentes.
- Apoyo y supervisión desde la Unidad de Docencia y Psicoterapia de Granada a la formación en psicoterapia de los profesionales de Salud Mental de los Servicios (psiquiatras y psicólogos clínicos).

FORMACIÓN EN REHABILITACIÓN Y APOYO SOCIAL.

El modelo comunitario de atención a las personas que padecen trastornos mentales graves y persistentes, estructura dispositivos y programas con una especial atención a las prestaciones rehabilitadoras y a las acciones y programas de apoyo social.

La nueva filosofía rehabilitadora en la atención comunitaria propone iniciar de forma temprana el diagnóstico funcional y las intervenciones rehabilitadoras, acentuando el interés por el funcionamiento social de los pacientes y su calidad de vida, así como el nivel de autonomía e integración social, las habilidades y recursos personales y sociales.

ACCIONES: 2003-2005

- Formación en evaluación diagnóstica de habilidades y dificultades funcionales: disfunciones, handicaps, competencias...
- Formación en la elaboración de programas individualizados de rehabilitación y apoyo social.

ACCIONES 2006-2007

- Formación en técnicas de rehabilitación y entrenamiento en habilidades sociales y vida cotidiana.

- Formación en técnicas específicas psicoeducativas de pacientes y familiares. Técnicas basadas en modificación de conductas y rehabilitación cognitiva.

FORMACIÓN EN LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.

La formación de psiquiatras y psicólogos clínicos en el área de atención a la salud mental de niños y adolescentes siempre ha sido considerada como insuficiente en España. Aunque se han incluido en los programas de la especialidad (MIR, PIR) periodos de formación teórica y rotaciones, éstas están en revisión para su ampliación o profundización en futuros programas a través de las áreas de capacitación específicas (ACE).

ACCIONES 2003-2005

- Incorporar la formación en esta área, dentro de la formación continuada de los equipos asistenciales de niños y adolescentes.
- Elaborar programas específicos de capacitación progresiva para los equipos y profesionales que atienden a niños y adolescentes.

ACCIONES: 2005-2007

- Desarrollar programas de formación ligados a los objetivos asistenciales del Plan, identificados como trastornos relevantes, prevalentes y emergentes en la infancia y adolescencia.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: 2003 A 2007

Formación dirigida a los miembros del equipo básico de atención primaria y pediatras, la formación continuada debe tener dos niveles:

ACCIONES: 2003 A 2005

Nivel básico: Formación dirigida a la mejora de la calidad de la atención no especializada de problemas de salud mental de la población prestada por los EBAP y pediatras.

- Mejora de los conocimientos y habilidades para el diagnóstico y detección de las demandas encubiertas o explícitas de salud mental en atención primaria.
- Contenidos: entrevista psicoterapéutica, atención familiar, habilidades de comunicación, identificación de factores de riesgo y protección en salud mental individual, familiar, comunitaria. Proceso evolutivo en la infancia y adolescencia, factores de riesgo y daños en edades tempranas.

ACCIONES: 2006-2007

Segundo nivel: formación dirigida a aumentar la capacidad de intervención del nivel primario:

- Vinculadas a procesos asistenciales integrados: gestión de procesos, psicoterapia no reglada o de apoyo, manejo de grupos de relajación, psicoeducativos, trabajos de duelo no patológico, grupo de reflexión o grupos Balint.

- Intervención en situaciones en crisis y urgencias psiquiátricas.
- Detección de riesgos en salud mental en la infancia y adolescencia.

Otras acciones formativas dirigidas a ciertos sectores de la población.

El PISMA debe dedicar esfuerzos para producir cambios positivos en las actitudes de la población frente a la enfermedad mental y aquellos que la sufren, con objeto de superar las barreras sociales que dificultan los procesos de rehabilitación e integración social normalizada.

Informar sobre la existencia de tratamientos eficaces disponibles para la mayoría de las enfermedades mentales y sobre la Red de los Servicios de salud mental cartera de servicios, accesibilidad, horarios, recursos, derechos, asociacionismo...

ACCIONES: 2003-2005

- Realizar acciones formativas (informativas) dirigidas a colectivos “diana”: familia de pacientes, prestadores de cuidados informales, movimientos asociativos de allegados de pacientes, sobre la enfermedad mental grave, sobre los programas de seguimiento de trastornos mentales graves y persistentes.
- Programas de apoyo social.
- Grupos psicoeducativos, sobre la enfermedad mental grave para familiares.
- Grupos de apoyo a familias de pacientes.

ACCIONES: 2006-2007

- Formación sobre cuidados informales en pacientes mentales graves.
- Formación sobre sobrecarga familiar y programas sociosanitarios.

4. Formación de especialistas en salud mental (mir, pir, eir).

El correcto cumplimiento de los programas nacionales de las especialidades de Psiquiatría, Psicología y Enfermería de Salud Mental exige una serie de condiciones de carácter general y común al modelo de formación de residentes.

Reconocimiento de la función tutorial, entendida como la red docente formada por el tutor general, los tutores de rotación o dispositivos y supervisores a través del apoyo institucional, dotándola de capacidad y medios materiales para cumplir sus funciones docentes (reconocimiento curricular, disponibilidad horaria).

Potenciar la autoformación supervisada en el sistema de formación de especialistas (residentes), distinguiendo la supervisión clínica orientada a resolver problemas clínicos de diagnóstico,

manejo del paciente e intervenciones terapéuticas y la supervisión educativa dirigida al residente y a la estrategia de formación de actitudes, adquisición de destrezas y habilidades.

Recuperar los programas de formación compartida entre residentes MIR y PIR, en módulos intensivos comunes de todos los residentes.

Impulsar el uso del Libro del Residente, una vez mejorado y propuesto al Ministerio, registro de la actividad docente, asistencial e investigadora del especialista en formación, que le ayudará a planificar su formación en el marco del programa de la especialidad.

Promover un sistema de evaluación de la calidad del proceso formativo y de la Unidad Docente Acreditada.

Incrementar el número de plazas de residentes acorde con las necesidades de especialistas en la Comunidad autónoma.

Introducir en los sistemas de selección de personal, baremos que incorporen el mérito de la formación de especialista por la vía PIR, EIR.

ESPECIALISTAS EN FORMACIÓN EN PSIQUIATRÍA (MIR):

PERIODO 2003-2007

Acciones: Periodo 2003-2005

- Potenciar al tutor MIR y la red tutorial a través de: incentivación, formación docente, disponibilidad de mayor tiempo y recursos propios para organizar la actividad docente.
- Asegurar los conocimientos básicos del Programa Teórico de la Especialidad.
- Evaluar cada rotación, memoria y trabajo de investigación.

Periodo 2006-2007

- Organizar cursos y seminarios comunes y compartidos con PIR.
- Escalonar la formación con la toma progresiva de responsabilidades clínicas supervisadas.
- Organizar un módulo común de formación sobre psicoterapia dirigido por la Unidad de Docencia y Psicoterapia de Granada.

ESPECIALISTA EN FORMACIÓN EN PSICOLOGIA CLINICA (PIR):

PERIODO 2003-2007

Acciones: Periodo 2003-2005

- Potenciar al tutor PIR y a la red tutorial.

- Asegurar los conocimientos básicos del programa teórico de la especialidad (con MIR en temas comunes).
- Escalonar la formación con la toma progresiva de responsabilidades clínicas supervisadas.

Acciones: 2006-2007

- Módulo común de formación en psicoterapia dirigido por la Unidad de Docencia y Psicoterapia de Granada.
- Evaluar cada rotación, memoria, trabajo de investigación.
- Intervención psicológica en situaciones de crisis.

ESPECIALISTA DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL:

PERIODO 2003-2007

En la actualidad no pueden ser alcanzados al 100% los objetivos de formación del Programa Nacional al tener limitado el periodo formativo a 12 meses, ni se pueden realizar las rotaciones indispensables en tiempos adecuados por los distintos dispositivos de salud mental que comprenden un Área o Servicio de Salud Mental, aprovechando el modelo de aprendizaje, acciones con pacientes supervisados.

Acciones: Periodo 2003-2005

- Proponer desde las Consejerías de Salud y Educación al Ministerio y a la Comisión Nacional de la Especialidad, la adecuación del periodo formativo a los estándares europeos.
- Crear una bolsa de especialistas de enfermería en salud mental
- Potenciar el papel de la Red Tutorial: Reconocimiento curricular, apoyo formativo a la labor docente de tutores, liberación de tiempo de dedicación docente e incentivación.

Acciones: 2006-2007

- Solicitud de ampliación del número de plazas de residentes y de las Unidades Docentes acreditadas, de acuerdo a las necesidades de especialistas en enfermería en salud mental.
- Formación en estrategias para los cuidados comunitarios de enfermería en salud mental.

5. Desarrollo profesional.

El reconocimiento del esfuerzo profesional exige una adecuada respuesta motivadora, ya iniciada en Andalucía a través de los contratos-programa, Pacto SAS-Sindicatos, nuevo modelo retributivo, complemento de rendimiento personal, Unidades clínicas de gestión, que conecte directamente con los criterios que responden al perfil profesional y mapa de competencias para profesionales, equipos asistenciales, centros y hospitales.

Parámetros a considerar en la elaboración de los niveles de la Carrera Profesional:

- Rendimiento de la actividad asistencial.
- Incrementos en la experiencia y cualificación técnica.
- Extensión y profundidad de los conocimientos y formación continuada.
- Habilidades y destrezas alcanzadas.
- Actitud y motivación dirigida a la mejor capacitación y desempeño.
- Actividad docente, nivel e implicación.
- Producción científica e investigadora.
- Actividad innovadora.

ACCIONES PERIODO 2003-2005

- Elaboración del mapa de competencias de los profesionales de salud mental.

Periodo 2005-2007

- Aplicación de la propuesta de mapa de competencias y de carrera profesional.
- Acreditación por la Agencia de Calidad de servicios, dispositivos y profesionales de salud mental.

V. RESUMEN

I. INTRODUCCIÓN

Los Trastornos Mentales (TM), son un problema de primera magnitud en nuestra sociedad, no sólo por su elevada incidencia (se estima en un 25% de la población general), sino por el impacto en sufrimiento y desestructuración que sufren los pacientes, sus familias y el entorno cercano.

La enfermedad mental comprende un amplio número de patologías, que generalmente se caracterizan por su larga duración –procesos crónicos–, lo que supone una enorme carga a la familia, al sistema sanitario y a la propia sociedad.

Por otra parte, el abordaje de la enfermedad mental requiere “complejos” procesos de tratamiento y rehabilitación, que exigen una estrecha supervisión y un importante número de contactos con los profesionales sanitarios y, por tanto, un elevado consumo de recursos (se ha estimado que el 20% del gasto sanitario en los sistemas sanitarios de la UE se debe a estos procesos y que para el año 2020, los trastornos neurológico-psiquiátricos serán la **causa más importante de discapacidad**).

Desde el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), a través de este Plan Integral de Salud Mental, se pretende dar respuesta a las necesidades sanitarias que en materia de salud mental tiene la población andaluza. Para ello es necesaria la reorientación de los dispositivos asistenciales

de salud mental; una mayor coordinación y complementariedad con el espacio sociosanitario, y un mayor compromiso de los profesionales y de la ciudadanía ante la enfermedad y los enfermos.

Para elaborar este Plan se han tenido en cuenta las expectativas o demandas expresadas por los pacientes, cuidadores-familias, ciudadanos y profesionales. Para ello, en la Escuela Andaluza de Salud Pública se han realizado 13 técnicas grupales (grupos focales, de discusión, grupos triangulares) en la que han participado unas 80 personas, pacientes y/o cuidadores familiares de los pacientes más graves y profesionales.

II. PREVALENCIA DEL TRASTORNO MENTAL EN ANDALUCÍA

La prevalencia ponderada de trastorno mental es de 42,08%, lo que se traduce en que **4,2 de cada 10 personas ha sufrido a lo largo de su vida al menos un trastorno mental** diagnosticable.

En cuanto a la situación de salud mental del último año, la prevalencia indica que 2,9 personas de cada 10 han sufrido un trastorno mental con la suficiente entidad clínica como para ser diagnosticado.

TABLA 1. PREVALENCIA Y COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN ANDALUCÍA, 1997.

	Prevalencia Vida	Prevalencia último año
Ningún diagnóstico	57,92	71,24
Algún diagnóstico	42,08	28,76
1 Diagnóstico	26,24	18,1
2 Diagnósticos	5,99	6,71
3 o más diagnósticos	9,85	3,96
TOTAL	100,00	100,00

Fuente: Gornemann Schafer I. Prevalencia del trastorno mental en la población de Andalucía (Tesis Doctoral). Granada: Universidad de Granada; 2002.

Los trastornos que aparecen con mayor frecuencia a lo largo de la vida, son los **trastornos depresivos**: 26,23% (12,98% en el último año); a continuación los **Trastornos de Ansiedad**: el 17,48% y el 12,91%, respectivamente. Por último, la prevalencia de la Esquizofrenia, tanto a lo largo de la vida como en el último año, es del 1,02%.

III. MORBILIDAD ATENDIDA

EQUIPOS DE SALUD MENTAL DE DISTRITO

Según género, el 60,80% de los pacientes fueron mujeres y el 39,2% hombres.

TABLA 2. PACIENTES ATENDIDOS EN EQUIPOS DE SALUD MENTAL DE DISTRITO SEGÚN GÉNERO. ANDALUCÍA 2002.

		Frecuencia	%
Registros válidos	Hombre	63.715	39,20
	Mujer	98.825	60,80
Total Pacientes		162.540	100,00

Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía (SISMA), 2002.

Los usuarios de los ESMD presentan con mayor frecuencia trastornos de ansiedad/depresión (38,24% del total de pacientes), afectivos severos (18,89%), psicóticos (14,64%) y adaptativos (14,32%), representando en su conjunto el 86,09% de los pacientes atendidos en estos dispositivos. Mucho menor es el porcentaje de pacientes atendidos en ESMD con trastornos de la infancia-adolescencia (3,85%).

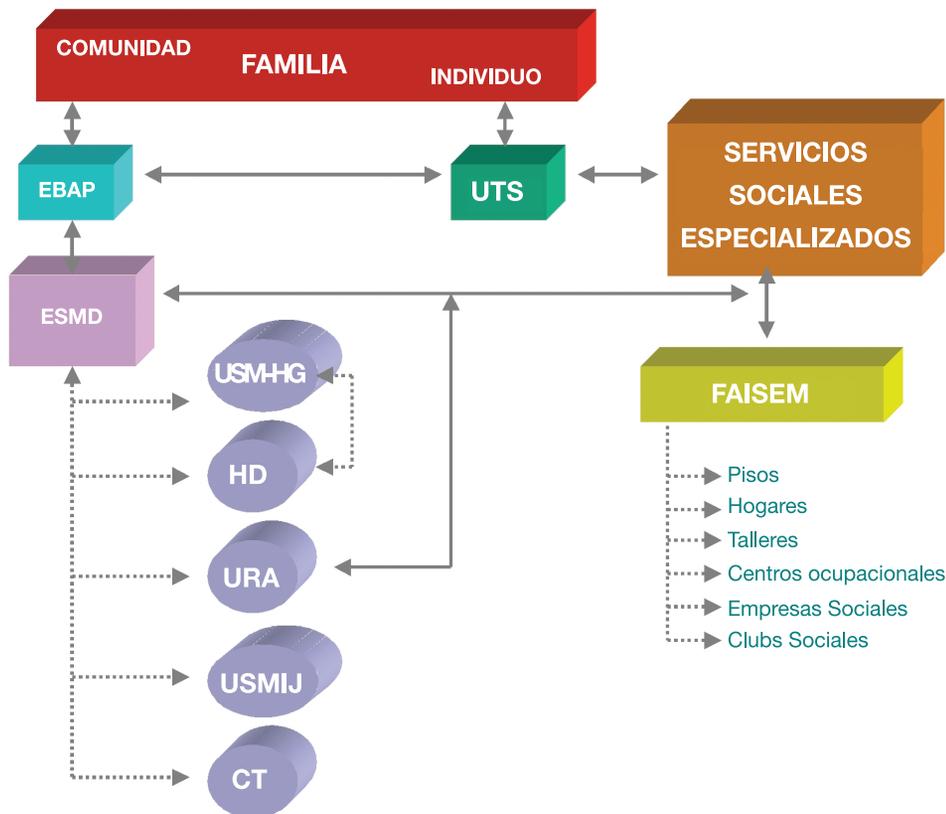
El total de pacientes atendidos en el año 2002 fue de 162.540, con más de 650.000 intervenciones.

IV. RED DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA

La necesidad de organizar la atención a la salud mental en distintos niveles, diversificando así la oferta frente a la institución única, dio como resultado el modelo que se muestra en el gráfico 1, en el que se combina la atención sanitaria a la salud mental con recursos específicos de apoyo social.

La atención sanitaria a los problemas de salud mental se realiza a través de una red de centros especializados distribuidos por toda la geografía andaluza, integrados en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Esta red se estructura en **Áreas de Salud Mental (ASM)**, consideradas demarcaciones territoriales, dotadas de los recursos asistenciales específicos suficientes para atender los problemas de salud mental de su población. El ASM es el “espacio organizativo y de gestión” donde se garantiza la coordinación de todos los recursos disponibles en salud mental en ese territorio.

GRÁFICO 1. RED DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA.



EBAP: Equipo Básico de Atención Primaria; ESMD: Equipo de Salud Mental de Distrito; USM-HG: Unidad de Salud Mental de Hospital General; USMIJ: Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil; URA: Unidad de Rehabilitación de Área; HD: Hospital de Día; CT: Comunidad Terapéutica; UTS: Unidad de Trabajo Social.

La dotación de dispositivos de atención a la salud mental, en el año 2002, en Andalucía es la siguiente:

* Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD)	71
* Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil (USMIJ)	13
* Unidades de Rehabilitación de Área (URA)	9
* Hospitales de Día (HD)	6
* Unidades de Salud Mental de Hospital General (USM-HG)	21 (535 camas)
* Comunidades Terapéuticas (CT):	13 (195 camas)

A estos recursos hay que añadir todos los recursos socio-sanitarios de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental.

RECURSOS HUMANOS

La evolución de la estructura de profesionales, refleja el cambio introducido en la atención sanitaria a la salud mental en nuestra comunidad. Se ha ampliado considerablemente la plantilla en todas las categorías profesionales, a excepción de los auxiliares de enfermería y otros profesionales (oficios), cuya dotación se reduce prácticamente a la mitad, debido a que, con el cierre de los hospitales psiquiátricos, estos profesionales pasan a depender de la Consejería de Asuntos Sociales, sin que se produzca por tanto una disminución del número de efectivos.

En los últimos años, se ha ampliado considerablemente la plantilla en la práctica totalidad de las categorías profesionales. Este incremento se ha producido fundamentalmente por la apertura de nuevos dispositivos: C.T., USM-HG., H.D., USMIJ, y por el refuerzo del 20% de los ESMD.

TABLA 8. EVOLUCIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL. ANDALUCÍA 1984-2002.

Profesionales	1984		2000		2001		2002	
	Número	Tasa x 100.000 Hab.						
Facultativos	264	3,96	473	6,52	529	7,14	570	7,77
Trabajadores sociales	41	0,61	101	1,39	105	1,42	109	1,49
Enfermeros	110	1,65	345	4,75	423	5,71	463	6,31
Auxiliares de enfermería	1.218	18,27	652	8,98	672	9,08	683	9,32
Terapeutas ocupacionales	-	-	14	0,19	20	0,27	31	0,42
Otros	601	9,01	162	2,23	280	3,78	297	4,05
Total	2.234	33,50	1.747	24,07	2.029	27,40	2.153	29,36

Fuente: Elaboración propia.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

La actividad desarrollada por los dispositivos ESMD, USMIJ y USM-HG en los últimos años, muestra una tendencia generalizada al alza en todos ellos, debido a la progresiva apertura de nuevos dispositivos y a la consolidación de la asistencia prestada por los preexistentes, junto al incremento en la demanda.

TABLA 9. EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL. ANDALUCÍA 1992-2002.

	ESMD Consultas	USMIJ Consultas	USM-HG Ingresos
1992	457.976	22.545	7.226
2002	653.862	43.045	10.946

Siglas: ESMD: Equipo de Salud Mental de Distrito; USMIJ: Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil; USM-HG: Unidad de Salud Mental de Hospital General.

Fuentes: Servicio Andaluz de Salud. Memoria 2001. SAS. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla: 2002.

Programa de Salud Mental de Andalucía. Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía, 2002 (fichero informático). Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla: 2003.

V. OPORTUNIDADES DE MEJORA

1. Aumento en las **demandas** que la población realiza al sistema sanitario, relacionadas con la salud mental. Provocadas por los cambios sociales de las dos últimas décadas que han generado una profunda transformación en las estructuras de soporte y contención social (familia, redes sociales, escuela,...) a los que se une una **mayor sensibilidad social** ante determinadas patologías, sobre todo las de aparición en edades relacionadas con la infancia y adolescencia (patología dual, trastorno del comportamiento alimentario....).

2. La **mejora en la atención a colectivos** que presentan características singulares – inmigrantes, familiares de pacientes mentales, pacientes privados de libertad, pacientes sin hogar y otras bolsas de exclusión social–, es otra necesidad que debe ser abordada.

3. Junto al avance cuantitativo de los recursos, ha de producirse una modificación sustancial en la **cultura de gestión**, que permita la integración plena de la salud mental en el SSPA.

4. El abordaje comunitario exige retomar de nuevo el **domicilio** y el entorno del paciente como espacio terapéutico, incrementando la atención y el seguimiento domiciliario de pacientes, fundamentalmente con trastorno mental grave, incorporando a la enfermería como un elemento estratégico fundamental –enfermería “gestora de casos” en salud mental–.

5. La aparición de **patologías emergentes** que afectan fundamentalmente a adolescentes y jóvenes, van a requerir el diseño de nuevos abordajes e intervenciones así como la reorientación de algunos dispositivos.

6. Persisten **problemas organizativos** –doble dependencia de los dispositivos de salud mental (Atención Primaria-Especializada)– que están originando disfunciones en la gestión de los recursos asistenciales.

7. Existen **déficits** en determinados dispositivos **asistenciales** –en concreto, hospitales de día y comunidades terapéuticas– y **sociosanitarios-residenciales**.

Desde el SSPA debe priorizarse un cambio del modelo asistencial tradicional, basado en la atención a los episodios, hacia un modelo de atención a procesos basado en la **Gestión por Procesos Asistenciales** en el ámbito de la salud mental, que en los próximos años han de concretarse en cuatro líneas de intervención básicas:

- * Trastornos relacionados con la ansiedad y la depresión.
- * Trastornos mentales graves.
- * Trastornos de la infancia y la adolescencia.
- * Patologías emergentes.

VI. OBJETIVOS

- Objetivo 1.** Aumentar el grado de conocimiento e información sobre la salud mental, de las personas con trastorno mental, su entorno cercano y de la sociedad andaluza.
- Objetivo 2.** Mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales, así como el de sus cuidadores.
- Objetivo 3.** Adecuar la oferta de servicios a las necesidades de la población de manera efectiva y eficiente.
- Objetivo 4.** Garantizar a las personas con trastornos mentales una atención sanitaria basada en el enfoque comunitario y la estructuración del proceso asistencial desde la perspectiva de la continuidad de cuidados como elemento de calidad integral.
- Objetivo 5.** Potenciar el conocimiento –formación e investigación– de los profesionales sobre los factores de riesgo y las estrategias de intervención, para potenciar la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia.

VII. LÍNEAS DE ACCIÓN

Para garantizar el cumplimiento efectivo de los objetivos definidos en el apartado anterior, se plantea desarrollar desde el SSPA las nueve líneas de acción estratégicas que se indican a continuación:

- Comunicación e información al ciudadano, eje central del sistema Sanitario Público de Andalucía, sobre la salud mental.

- Potenciación de la Atención comunitaria y promoción de la salud mental orientada a la reducción de riesgo en la enfermedad mental.
- La gestión de la atención sanitaria en salud mental según los procesos asistenciales.
- La atención sociosanitaria a las personas con trastorno mental.
- Estructura organizativa: Potenciación de la red de atención a la salud mental.
- El papel de las asociaciones: de pacientes, familiares, y grupos de ayuda.
- Sistemas de información.
- Investigación en salud mental.
- Formación y desarrollo de profesionales.

Estas nueve líneas de acción que se describen detalladamente en el Plan, contienen las actuaciones para mejorar la atención sanitaria prestada a los ciudadanos y lograr la transformación de los dispositivos de atención a la salud mental.

1. Campañas de comunicación e información para vencer la estigmatización, la culpa, el miedo, la marginación etc., que el enfermo y la enfermedad mental provocan en el ciudadano medio. Para ello es preciso contar con la colaboración de instituciones, profesionales, asociaciones de familiares y usuarios y medios de comunicación.

Estas actuaciones deben enfocarse desde dos puntos de vista:

- + Información a la **población general** sobre los factores de riesgo y las intervenciones en estilos de vida que reducen la incidencia de la enfermedad (prevención primaria); así como de las posibilidades terapéuticas existentes, que ayuden a la integración de las personas afectadas.
- + Información a los **afectados y cuidadores**, para lograr un mayor conocimiento de su problema e implicación en su tratamiento y seguimiento (prevención secundaria y terciaria). Plan de comunicación para los afectados y sus familiares (psicoeducación).

2. En la prevención de la enfermedad mental, está implicada la Atención Primaria de Salud con la que Salud Mental ha de trabajar muy estrechamente, para el desarrollo de la atención comunitaria y la promoción de la salud mental, que ha de extenderse, además, al **entorno familiar, escolar y laboral**, analizando los diversos factores de riesgo y proponiendo y realizando actuaciones tendentes a mejorar la salud y el bienestar de las personas.

ENTORNO FAMILIAR

Prestando especial atención a los hijos de enfermos mentales, previniendo situaciones de abandono o violencia, cuidando a los cuidadores.

ENTORNO ESCOLAR

Desarrollando estrategias de prevención a través de la información, la educación sanitaria y la formación de alumnos, padres y profesores.

La educación para la salud, los riesgos del consumo de alcohol y otras drogas, la promoción de valores, son contenidos de las actuaciones a realizar conjuntamente con los Equipos de Orientación Educativa, padres y profesores.

ENTORNO LABORAL

Incorporando al Programa de Empresas Saludables de la Consejería de Salud estrategias de prevención de la enfermedad mental y promoción de ambientes de trabajo emocionalmente saludables, de acuerdo con empresarios y trabajadores.

3. La gestión de la atención a la salud mental por **procesos asistenciales** supone un cambio cualitativo relevante, que incidirá de forma muy positiva garantizando la continuidad de cuidados y mejorando la calidad de la asistencia. La Consejería de Salud está desarrollando los siguientes Procesos Asistenciales Integrados: Ansiedad, Depresión y Somatizaciones; Trastornos de la Conducta Alimentaria y Trastorno Mental Grave.

El proceso asistencial se desarrolla en tres “espacios” diferenciados: Atención Primaria, Salud Mental y la interfase entre ellos que incluye, además de la comunicación, los espacios de cooperación.

- + Atención Primaria: Se potenciará la capacidad de los profesionales para identificar y valorar los casos. Se abordará la forma de transferencia de casos a los servicios especializados y sus procedimientos de comunicación y sistemas de citación (acceso a la agenda de salud mental desde atención primaria).
- + Salud Mental: Se establecerá qué profesional es responsable de cada caso y se formulará un plan cerrado de tratamiento incluyendo a Atención Primaria en el proceso a través del informe de evaluación del caso.
- + Interfase: Se formalizarán los sistemas de transmisión de información ligada a los pacientes dentro del espacio de cooperación interniveles. Es en este espacio donde se constituyen los procedimientos de trabajo en común con los pacientes: la supervisión, la coterapia y la interconsulta.

El Plan también recoge la necesidad de dar respuesta a **patologías emergentes**: duelo patológico, patología dual y trastornos de la personalidad desarrollando programas y acciones específicas y profundizando en la cooperación entre las distintas instituciones y profesionales implicados, que permita la identificación de grupos de riesgo y la detección precoz de la enfermedad.

4. El apoyo social es fundamental como amortiguador de los efectos que produce la enfermedad mental en personas vulnerables (previniendo descompensaciones) y actúa positivamente en la evolución de la enfermedad y en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

En nuestra Comunidad autónoma el apoyo social corresponde, fundamentalmente, a la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental, (además de la familia y asociaciones de usuarios y familiares). Con el fin de **proteger la salud mental de familias y cuidadores** se plantea la creación de **100 plazas para respiro familiar** y alojamiento temporal de pacientes fuera del entorno familiar.

Asimismo, se plantea incrementar en **300 las plazas residenciales** de FAISEM, ubicadas en casas-hogar para descongestionar unidades de hospitalización y comunidades terapéuticas que acogen a pacientes cuyo ingreso no está indicado en estos dispositivos, por carecer de plazas residenciales. Este incremento de plazas residenciales irá acompañado del aumento de plazas en el resto de programas que desarrolla FAISEM: residencial, ocupacional y de fomento de las relaciones sociales.

5. Estructura organizativa: Es preciso promulgar una **nueva norma de ordenación de los servicios de salud mental, que integre los dispositivos de salud mental** en el ámbito de la asistencia especializada que garantice la orientación comunitaria de todos los dispositivos asistenciales y adscriba cada servicio de salud mental al hospital correspondiente; equipare las áreas de salud mental a los demás servicios especializados y consolide la Comunidad Terapéutica y el Hospital de Día como dispositivos específicos.

Para dar respuesta al incremento de la demanda y a las patologías emergentes es necesario **redimensionar los ESMD** hasta alcanzar una tasa de 6 facultativos y 2 enfermeros por 100.000 habitantes, para mejorar los cuidados de enfermería en salud mental.

También es necesario **incrementar** el número de **algunos dispositivos** deficitarios:

- 2 unidades de hospitalización en Córdoba y Málaga, respectivamente.
- 5 hospitales de día con funciones de rehabilitación en áreas rurales.
- 60 nuevas camas en comunidades terapéuticas.

6. Las asociaciones de familiares y usuarios son quienes tienen un conocimiento más completo de la realidad del enfermo mental, por ello se promoverá su **participación** en grupos de mejora de procesos asistenciales relacionados con los trastornos mentales, y en la elaboración de un plan de comunicación y sensibilización de la población. Se potenciarán, además, las asociaciones independientes de pacientes y el voluntariado social.

7. Los sistemas de información son un instrumento fundamental para la planificación y organización de servicios y para la investigación. La plena integración de la Salud Mental en el SSPA pasa por la

integración de su sistema de información (SISMA) en el **Proyecto DIRAYA** de historia de salud digital del ciudadano. Para ello es necesario actualizar el equipamiento informático de los dispositivos de salud mental y dotarlos de “electrónica de red”.

8. La investigación científica es imprescindible para conseguir los objetivos de las políticas de salud. En el ámbito de la salud mental los campos prioritarios de investigación son:

- Principales causas de morbilidad, prestando especial dedicación a las patologías más prevalentes y a los grupos de riesgo.
- Salud pública y promoción de la salud.
- Servicios sanitarios.
- Entorno y salud, medio ambiente, salud laboral.
- Envejecimiento y discapacidades.
- Neurociencias.
- Evaluación de las tecnologías sanitarias y uso racional del medicamento.
- Procesos asistenciales en salud mental.

9. A través de la formación los profesionales deben tener acceso a los nuevos conocimientos, en continuo cambio y desarrollo. Estos conocimientos deben orientarse hacia los objetivos estratégicos del SSPA. El PISMA contempla la formación de todas las categorías profesionales que conforman los dispositivos de salud mental en tres campos fundamentales:

- + Formación de **pregrado**: instando a las Escuelas y Facultades correspondientes para incrementar los contenidos de salud mental.
- + Formación de **postgrado**: MIR, PIR y EIR.
- + **Formación continuada**: como proceso de aprendizaje activo y permanente, y como factor incentivador de los profesionales y elemento de cohesión del sector sanitario público.

Completando los tres apartados anteriores, a lo largo del periodo de vigencia del presente Plan Integral, se desarrollarán en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) tres líneas básicas de formación:

- + Gestión clínica y desarrollo de procesos asistenciales.
- + Metodología de investigación en salud mental.
- + Metodología de trabajo en equipo, liderazgo y estrategias de comunicación.

VI. BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS

1. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos nuevas esperanzas. Ginebra 2001.
2. IASAM. Las bases de una nueva política sanitaria en Salud Mental. En IASAM. La Reforma Psiquiátrica en Andalucía 1984-1990. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Junta de Andalucía. Sevilla. 1988.
3. Saldivia Bórquez, S. Estimación del coste de la esquizofrenia asociado al uso de servicios. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatria. Granada. 2000.
4. IASAM. La reforma psiquiátrica en Andalucía 1984-1990. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Junta de Andalucía. Sevilla. 1988.
5. Torres González, F. La reforma psiquiátrica en Andalucía. España: Descripción del proceso de transformación de la atención de base manicomial en comunitaria. En Levav, I (Ed.). Temas de Salud Mental en la Comunidad. 1ª ed. Washington DC: Ediciones: OPS; 1992. XIX; 329-344.
6. López Alvarez, M; López Krahe, A; Fernández Regidor, G: La organización de los servicios para la atención comunitaria al paciente mental crónico. En García, J; Espino, A y Lara, L (Eds.). La psiquiatría en la España de fin de siglo. 1ª ed. Madrid. Díaz de Santos. 1998. 11, p199-212.
7. Lara, L y López, M. La provisión de los recursos de apoyo social en Andalucía. En García, J, Espino, A y Lara, L (Eds). La psiquiatría en la España de fin de siglo. 1º ed. Madrid. Díaz de Santos.1998.
8. Gornemann Schafer, I. Prevalencia del trastorno mental en la población de Andalucía (Tesis Doctoral). Granada: Universidad de Granada; 2002.
9. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Expectativas de pacientes y familiares en el Proceso Asistencial Trastorno Mental Grave. Estudio realizado por la Escuela Andaluza de Salud Pública. 2003.
10. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Expectativas de pacientes y familiares en el Proceso Asistencial Trastornos de la Conducta Alimentaria. Estudio realizado por la Escuela Andaluza de Salud Pública. 2002.
11. Escuela Andaluza de Salud Pública. La Atención a la Salud Mental en Andalucía: Presente y Futuro. Granada: 2004. Patrocinado por Lilly, SA. En prensa.

OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- + Abaurrea, P; Astrain, MV; Elgorriaga, G; Litago, R; Lora, B. Necesidades de los enfermos esquizofrénicos en Navarra. 1999. 23 (Supl. 9)
- + Aparicio, V. El declinar de una reforma devaluada. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1999; XIX (72): 687-692.
- + Aranda Regules, JM. La Atención Primaria y la Salud Mental: balance de la reforma. Hipatia. nº 7 Julio. 2000.
- + Arillo Crespo A, Aguinaga Ontoso I, Guillén Grima F. Prevalencia de enfermedades mentales en mujeres de una zona urbana. Atención Primaria 1998; 21 (5): 265-269.
- + Arnaldos Payá, M. La asistencia psiquiátrica en el marco de la salud mental actual. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 Febrero-15 de Marzo. 2000 (citado:11 de Febrero de 2003). Conferencia 43-CI-A: (15 pantallas).
- + Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría. La Salud Mental en Andalucía. Cuadernos Técnicos nº1. 2003.
- + Bland RC, Newman SC, Orn H (Eds.). Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Acta Psychiatrica Scand 1988; 77 (Sup 338):1-80.
- + Bosch, X. Spain needs more psychiatric units for children. The Lancet. Vol. 355 Abril 8. 2000.
- + Brewin CR, Wing JK et al. Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: The MRC Needs for Care Assessment. Psychol Med 1987; 17: 871-881.
- + Brewin CR, Wing JK et al. Needs for care among long-term mentally ill: a report from the Camberwell High Contact Survey. Psychol Med 1988; 18: 457-468.
- + Brewin CR & Wing JK. The MRC Needs for Care Assessment: progress and controversies (Editorial). Psychol Med, 1993; 23.
- + Castel, R; Castel, F; Lovell, A. La tercera revolución psiquiátrica. En Castel, R; Castel, F; Lovell, A (Eds). La sociedad psiquiátrica avanzada. 1ª edición Barcelona: Anagrama; 1982: 3, p 61-83.
- + Castel, R. La gestión de riesgos. De la antipsiquiatría al psicoanálisis. 1º ed. Barcelona: Anagrama. 1984.
- + Cohen, NL. Psychiatry takes to the streets. New York: Gilford Press. 1990.
- + Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Cifras y Datos 1997. La Consejería. Sevilla: 1997.
- + Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Cifras y Datos 1998. La Consejería. Sevilla: 1998.

- + Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Cifras y Datos 1999. La Consejería. Sevilla: 1999.
- + Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Memoria estadística de la Consejería de Salud, 1999. La Consejería. Sevilla: 2000.
- + Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Costes por centros de responsabilidad en los hospitales del Servicio Andaluz de Salud, Andalucía 1999. La Consejería. Sevilla: 2001.
- + Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Cifras y Datos 2000. La Consejería. Sevilla: 2000.
- + Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Estadística Hospitalaria Andaluza 1998; Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado. La Consejería. Sevilla: 2000.
- + Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Costes por centros de responsabilidad en los hospitales del Servicio Andaluz de Salud, Andalucía 2000. La Consejería. Sevilla: 2002.
- + Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Cifras y Datos 2001. La Consejería. Sevilla: 2001.
- + Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Cifras y Datos 2002. La Consejería. Sevilla: 2002.
- + Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Memoria Estadística de la Consejería de Salud 2001. La Consejería. Sevilla: 2002.
- + Defensor del Pueblo. Situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España. Madrid. 1992.
- + Defensor del Pueblo. Informe al Parlamento 2001. Informe del Defensor del Pueblo Andaluz al Parlamento de Andalucía sobre la gestión realizada durante 2001. Sevilla. 2002.
- + Desviat, M. ¿Hacia donde la reforma?. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 Febrero-15 de Marzo. 2000 (citado:11 de Febrero de 2003). Conferencia 48-CI-A: (17 pantallas). Disponible en http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa48/conferencias/48_ci_a.htm.
- + Dueñas Abril, C. Algunas reflexiones sobre los avatares de la reforma psiquiátrica andaluza. Relevancia del problema de salud mental en Andalucía. Hipatia. nº 7. Julio. 2000.
- + Espino, A.; Olabarría, B. (Coordinadores). La formación de los profesionales de salud mental en España. AEN. Estudios 29.
- + Fernández Liria; A. La reforma inacabada: Introducción a la mesa. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 Febrero-15 de Marzo. 2000 (citado:11 de Febrero de 2003). Conferencia 48-CI-A: (7 pantallas). http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa48/conferencias/48_ci_a.htm.
- + Fournier L, Lesage AD, Toupin J, Cyr M. Telephone surveys as an alternative for estimating prevalence of mental disorders and service utilization: A Montreal catchment area study. Can J Psychiatry 1997; 42:737-743.

- + Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Criterios para el desarrollo del Programa Residencial; Documentos de Trabajo nº 1. La Fundación. Jaén: 2000.
- + Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Criterios para el desarrollo del Programa Ocupacional - Laboral; Documentos de Trabajo nº 2. La Fundación. Jaén: 2000.
- + García, J. Modelos de atención comunitaria en salud mental: críticas e insuficiencias. En García, J; Espino, A y Lara, L. (Eds.) La psiquiatría en la España de fin de siglo. 1º ed. Madrid. Diaz de Santos. 1998. 3, p: 41-6.
- + García, J. Análisis de la Reforma y de la Desinstitucionalización Psiquiátrica en España. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero-15 de Marzo 2000 (citado*): Conferencia 48_CI-A2 (17 pantallas). http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa43/conferencias/43_ci_a.htm
- + Gil, L. Los enfermos mentales reclaman una mejor atención sociosanitaria. Solidaridad Digital. 17/06/2002.
- + Gili M, Roca M, Bernardo M. Diferencias de género en un estudio epidemiológico de salud mental en población general en la isla de Formentera. Actas Luso-Esp Neurol Psiquitr 1998; 26(2): 90-96.
- + Ghubash R, Hamdi E, Bebbington P. The Dubai Community Psychiatry Survey: I. Prevalence and socio-demographic correlates. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1992; 27:53-61.
- + Goffman, E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. 1º ed. en castellano. Buenos Aires. Argentina: Amorrortu Editores. 1970.
- + Goldberg, B y Huxley, P. Mental illness in the community. The pathway to Psychiatric care. Tavistock Publications Londres y Nueva York. 1980.
- + Hogg LI y Marshall M. Can we measure need in the homeless mentally ill? Using the MRC Needs for Care Assessment in hostels for the homeless. Psicol. Med. 1992; 22: 1027-103.
- + IASAM. Situación jurídica de los pacientes psiquiátricos andaluces. Junta de Andalucía. Sevilla. 1985.
- + Instituto de Estadística de Andalucía. Un siglo de demografía en Andalucía; La población desde 1900. Disponible en URL: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/>. (Citado 24/06/03).
- + Instituto de Estadística de Andalucía. Proyección de la población de Andalucía 1998-2051; Avance de resultados. Disponible en URL: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/proyecc/tablas/>. (Citado 12/03/03).
- + Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime prevalence and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 355-364.

- + Lehtinen V, Lindholm T, Veijola J, Väisänen E. The prevalence of PSE-CATEGO disorders in a Finnish adult population cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990; 25:187-192.
- + López M.; Borrero, MJ. Situación de los pacientes dados de alta de los hospitales psiquiátricos. Consejería de Salud. Sevilla. 1994.
- + López M, Laviana M. Empresas sociales y rehabilitación psiquiátrica en Andalucía. *Rev.Asoc.Esp.Neuropsiq.* 1998. Vol.XVIII, nº 68, p 735-747.
- + López Álvarez, M. Luces y sombras de la reforma psiquiátrica andaluza. *Hipatia*. nº 7. Julio. 2000.
- + Madoz, J; Martínez, JC; Izco, A; Salinas, M; Aróstegui, MD. Las necesidades de las personas con enfermedades mentales crónicas en Navarra. *Anales Sis. San. Navarra*. 1999. 22 (Supl. 3): 139-148.
- + Mavreas VG, Beis A, Mouyias A, Rigoni F, Lyketsos GC. Prevalence of psychiatric disorders in Athens. A community study. *Soc Psychiatry* 1986; 21:172-181.
- + Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de situación de salud mental. El Ministerio. Madrid: 2003.
- + Montejo, J y Espino, A. Sobre los resultados de la reforma psiquiátrica y de la salud mental en España. En García, J. Espino, A y Lara, L (Eds). *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. 1º ed. Madrid. Díaz de Santos; 1998; 22, p 363-87.
- + Ochoa, S; Usall, J; Haro, JM; Araya, S; Autonell, J; Busquets, E; Gost, A; Grupo NEDES. Estudio comparativo de las necesidades de pacientes con esquizofrenia en función del género. *Actas Esp. Psiquiatr.* 2001. 29(3): 165-171.
- + Organización Panamericana de la Salud. Conferencia Regional de Reestructuración de Atención Psiquiátrica en América Latina. Documento básico de trabajo. Washington DC. OPS. 1990. págs. 5-12.
- + Ortega Esteban, MA, Seva Diaz A, Perez Urdániz A, Torres Bayle JL, Anton Saiz A, Saenz Dominguez JP, Merina Diaz, C. Morbilidad psíquica diagnóstica en la población general de La Rioja. *An Psiquiatr* 1995; 11 (9): 320-326.
- + Pino, Rafael del. La reforma psiquiátrica en Andalucía. ¿Un proceso incabado? *Hipatia* nº 7. Julio. 2000.
- + Programa de Salud Mental de Andalucía. Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía, 2002 (fichero informático). Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla: 2003.
- + Rajmil L, Gispert Magarolas R, Roset Gamisans M, Muñoz Rodríguez PE, Segura Benedicto A, Equipo de la Encuesta de Salud de Cataluña. Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Cataluña. *Gaceta Sanitaria* 1988; 12(4):153-159.

- + Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA 1990; 264(19):2511-2518.
- + Regier DA, Kaelber CT. The Epidemiologic Catchment Area (ECA) Program: Studying the Prevalence and Incidence of Psychopathology. Textbook in Psychiatric Epidemiology. Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP, Eds., New York, Willey and sons, 1995.
- + Retolaza, A; Grandes, G. Expectativas y satisfacción de los usuarios de un centro de salud mental. Actas Esp. Psiquiatr. 2003; 31 (3).
- + Rivas Guerrero, F. La psicosis en la comunidad y el espacio sociosanitario: Nuevos retos y nuevos protagonistas para la vieja reforma psiquiátrica. Rev. Asoc. Neuropsiq. 2003; XXIII (85): 59-73.
- + Rivas Terán, M. Reflexiones sobre el desarrollo de la Reforma Psiquiátrica. <http://copsa.cop.es/congresoiberoa/base/clínica/ct228.htm>. (citado 11/02/2003).
- + SAS/FAISEM. Servicios de atención a la salud mental en Andalucía. Día Mundial de la Salud Mental 2001: Salud Mental y Trabajo. OMS. 2001.
- + Servicio Andaluz de Salud. Reforma psiquiátrica en Andalucía: 1984-2001. Disponible en URL: <http://www.sas.junta-andalucia.es/sisma>. (Citado 23/12/02).
- + Servicio Andaluz de Salud. Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria, Andalucía 1997. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla: 1999.
- + Servicio Andaluz de Salud. Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria, Andalucía 1998. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla: 2000.
- + Servicio Andaluz de Salud. Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria, Andalucía 1999. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla: 2001.
- + Servicio Andaluz de Salud. Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria, Andalucía 2000. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla: 2002.
- + Servicio Andaluz de Salud. Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria, Andalucía 2001 (fichero informático). Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla: 2002.
- + Servicio Andaluz de Salud. La prestación Farmacéutica en Andalucía, Informe Anual 1999. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla: 2000.
- + Servicio Andaluz de Salud. Memoria 2001 SAS. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla: 2002. Disponible en URL: <http://www.sas.junta-andalucia.es> (Citado 23/12/02).
- + SISMA. Ponencia sobre La Reforma Psiquiátrica 1984-2001. sitio web http://www.sas.junta-andalucia.es/sisma/ponencia_reforma-psiquiátrica.pdf. 2001.

- + Vázquez Barquero JL, Díez Manrique JF, Peña C, Aldama J, Samaniego Rodríguez C, Menéndez Arango J, Mirapeix C. A community Mental Health Survey in Cantabria: a general description of morbidity. Psychol Med 1987; 17:227-241.
- + Warner, R y Girolamo, G. Esquizofrenia. Epidemiología de los trastornos mentales y de los problemas psicosociales. Ginebra. World Health Organization. Meditor. 1995.

VII. ABREVIATURAS UTILIZADAS

- **OMS.** Organización Mundial de la Salud.
- **SSPA.** Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- **SM.** Salud Mental
- **ESMD.** Equipo de salud mental de distrito.
- **USMIJ.** Unidad de salud mental infanto-juvenil.
- **FAISEM.** Fundación andaluza para la integración social del enfermo mental.
- **HD.** Hospital de día.
- **URA.** Unidad de rehabilitación de área.
- **CT.** Comunidad terapéutica.
- **USM-HG.** Unidad de salud mental en hospital general
- **SAS.** Servicio Andaluz de Salud.
- **IASAM.** Instituto Andaluz de Salud Mental.
- **GRD.** Grupos relacionados con el diagnóstico.
- **EBAP.** Equipo básico de atención primaria.
- **TCA.** Trastorno de la conducta alimentaria.
- **AP.** Atención primaria.
- **PIT.** Plan individualizado de tratamiento.
- **SISMA.** Sistema de información de salud mental de Andalucía.
- **TMG.** Trastorno mental grave.

VIII. RELACIÓN DE AUTORES Y COLABORADORES.

AUTORES:

Sebastián Molina García.	José Manuel Aranda Regules.
Rafael del Pino López.	M ^a José Gravan Morales.
Domingo Díaz del Peral.	Olga Solas Gaspar.
Francisco del Río Noriega.	Guadalupe Carmona López.
Javier Ruiz Carazo.	José María Mayoral Cortés.
Carlos Dueñas Abril.	Sebastián Cuesta Sánchez.
Francisco Cabaleiro Fabeiro.	Manuel Alén Fidalgo.

COLABORADORES:

Gonzalo Fernández Regidor.	Juan Carlos Maeso.
Marcelino López Álvarez.	Francisco Pérez Sáez.
Yolanda Fornieles García.	Lourdes Hernández González.
Carmen Pérez Romero.	Francisco Vicario Ruiz.
Almudena Millán Carrasco.	Leonor Ruiz Sicilia.
Isabel Ruiz Pérez.	Miguel Ángel Rubio González
Gerardo Ríos García.	Mercedes Prieto Cuellar.
Jesús Martínez Tapias.	Vicente Ibáñez Rojo.
Ginés Navarro Lamarca.	

Nuestro agradecimiento a todos los participantes en los grupos de procesos de Ansiedad, Depresión y Somatizaciones; Trastornos de la Conducta Alimentaria y Trastorno Mental Grave, por las aportaciones plasmadas en sus respectivos documentos, algunas de las cuales hemos incluido en el presente Plan Integral.

