

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.

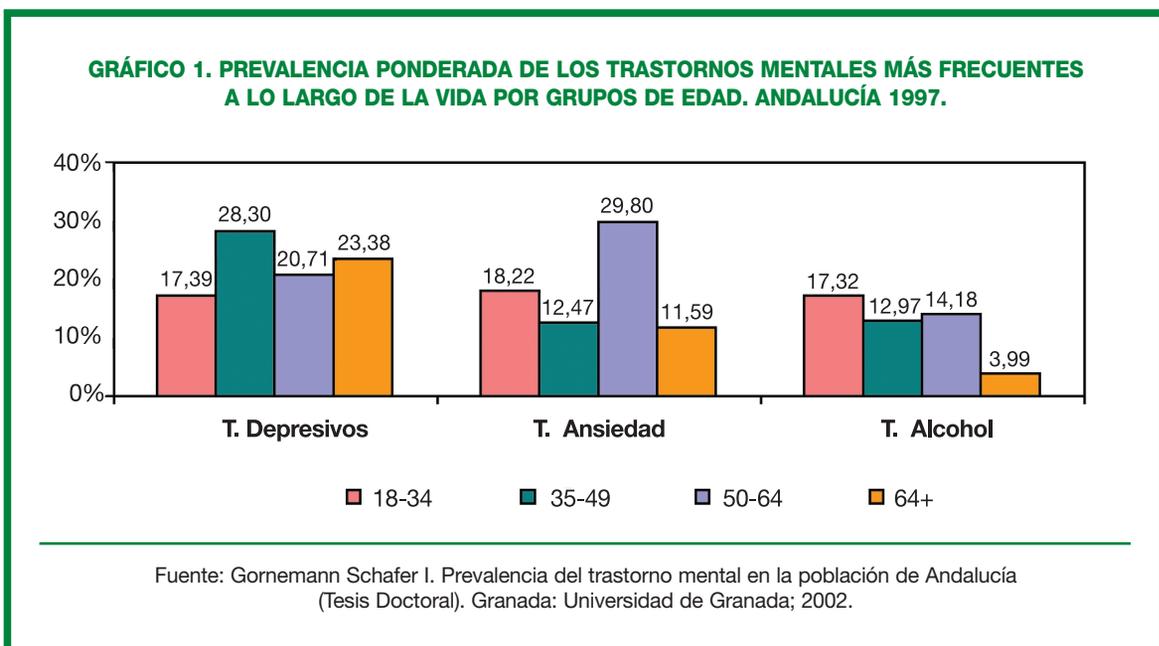
Por último, la prevalencia de Esquizofrenia en hombres del 1,6% a lo largo de la vida, muy superior a la que se observa en las mujeres, que desciende a un 0,2%.

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.

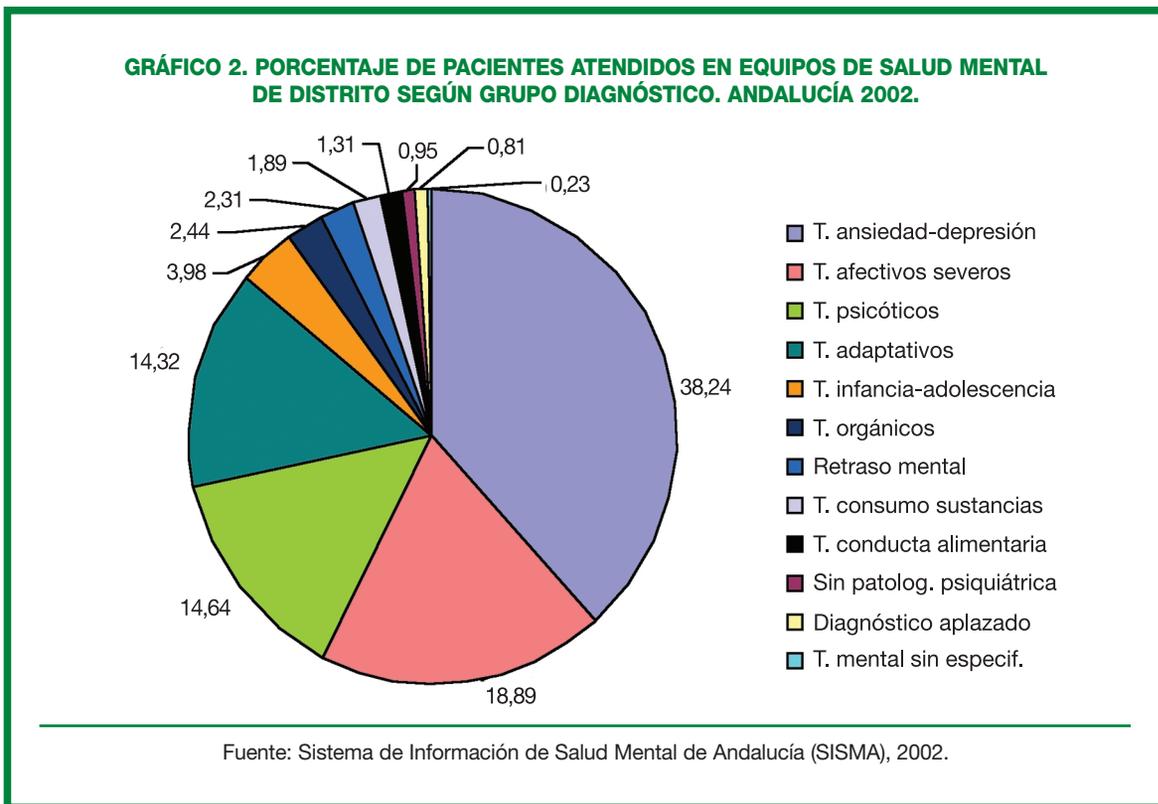
TABLA 3. PACIENTES ATENDIDOS EN EQUIPOS DE SALUD MENTAL DE DISTRITO SEGÚN GÉNERO. ANDALUCÍA 2002.

		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.

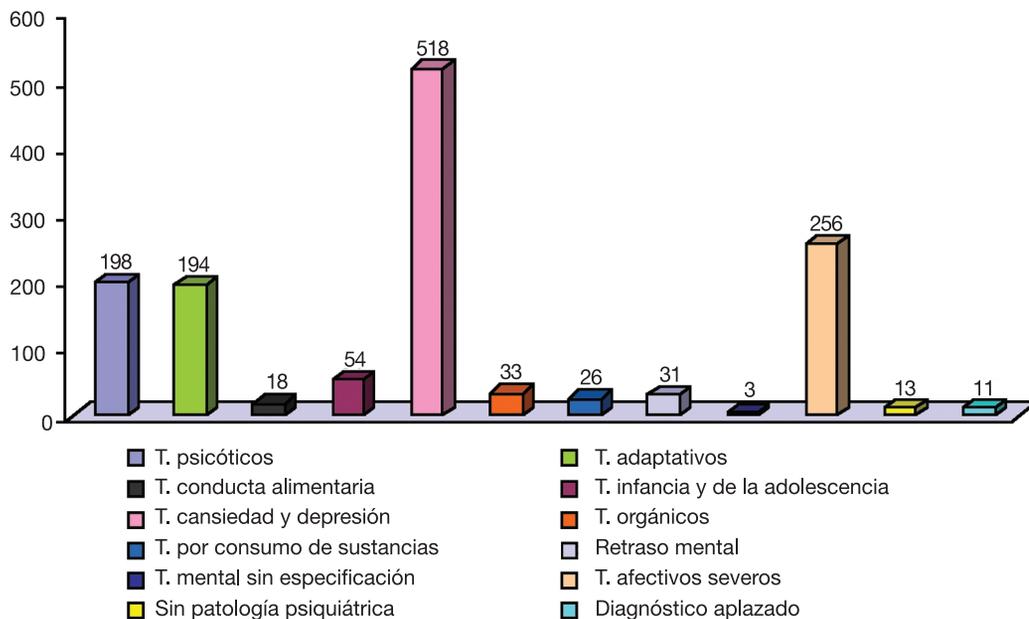
Los problemas mentales atendidos con más frecuencia en mujeres que en hombres son los trastornos de la conducta alimentaria (el 91,44% son mujeres), la ansiedad/depresión (72,19% mujeres), trastornos adaptativos (67,02%) y afectivos severos (65,48%).

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.

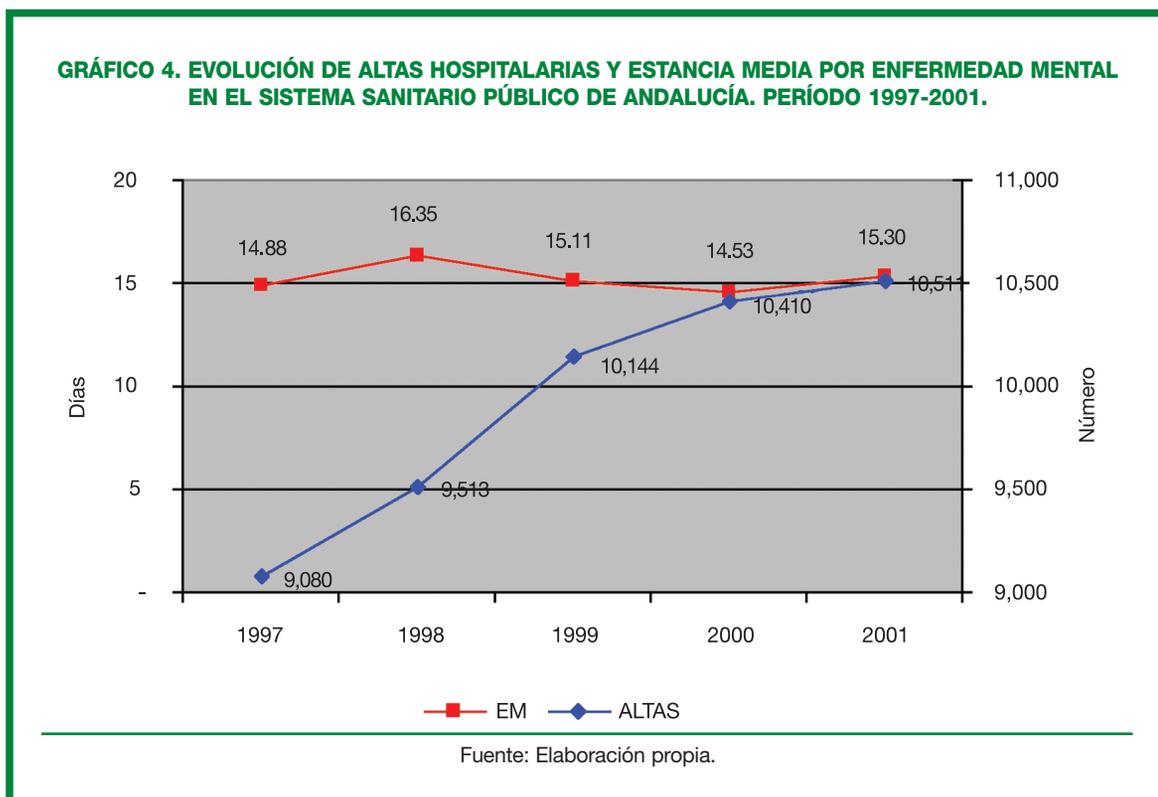
El porcentaje que estos episodios representan sobre el total de las altas registradas en los hospitales andaluces, se ha incrementado también en el mismo período, representando las altas por enfermedad mental en el año 2001 un 2% del total de los episodios de hospitalización.

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.

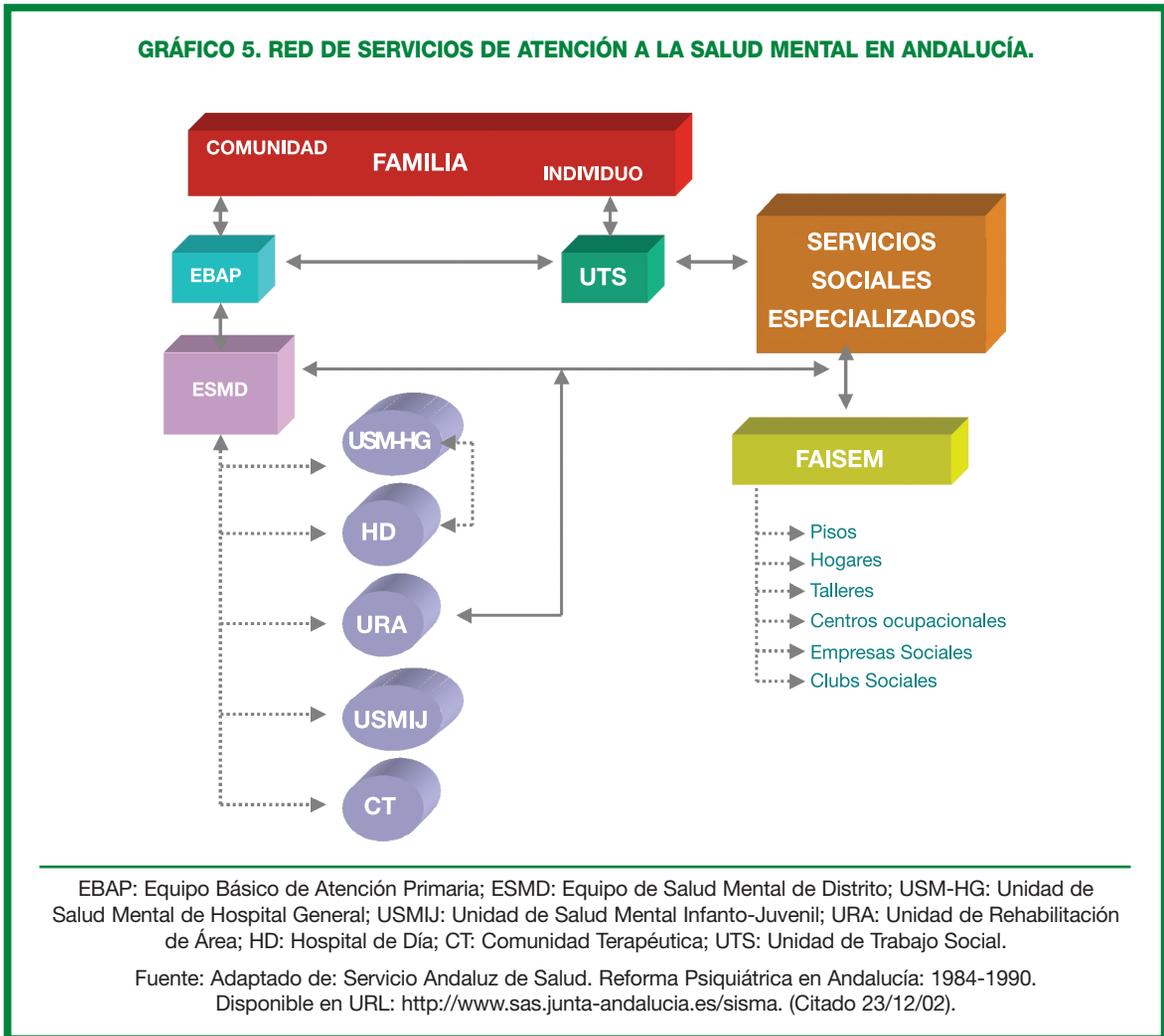
1. Accesibilidad: Accesibilidad: Facilidad para el contacto con los profesionales por teléfono o físico, hace referencia al acceso físico y telefónico, tiempos de espera, horario, ...
 - * Que se dilucide si es mejor que la derivación se haga desde el distrito –donde no hay profesionales especializados– 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.

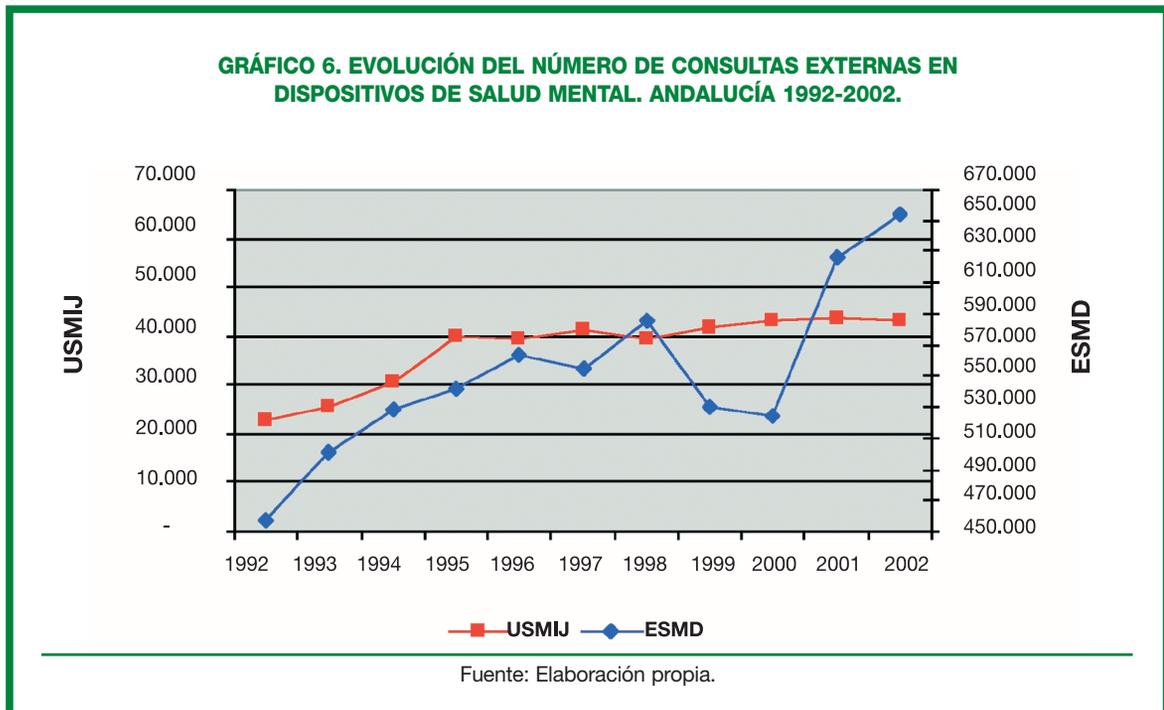
Año	ESMD Consultas	USMIJ Consultas	USM-HG Ingresos
1992	457.976	22.545	7.226
1993	501.195	25.685	7.836
1994	528.828	30.544	8.229
1995	541.780	39.919	8.637
1996	563.094	39.228	9.458
1997	555.176	41.249	9.557
1998	584.770	39.359	10.404
1999	530.138	41.866	10.080
2000	524.752	43.110	11.070
2001	626.296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