

LA SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA 2003-2007

PROGRAMA DE SALUD MENTAL



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

La Salud Mental en Andalucía 2003-2007

Programa de Salud Mental

Dirección General de Asistencia Sanitaria

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

Autores:

Del Pino López, Rafael
Valmisa Gómez de Lara, Eulalio
Fornieles García, Yolanda
García-Cubillana de la Cruz, Pablo
Pérez Romero, Carmen
Rodríguez Rodríguez, Manuel
Amo Alfonso, Mercedes
Valcárcel Cabrera, M^a del Carmen
Caro Martínez, Araceli

Colaboraciones:

Alén Fidalgo, Manuel	Moreno Kustner, Berta
Bono del Trigo, Águila	Pérez Morilla, Esteban
Carmona López, Guadalupe	Rodríguez Moreno, Elisa
Díaz del Peral, Domingo	Ruiz García, Ana
Durán Pla, Enric	Ruiz Pérez, Isabel
Fernández Regidor, Gonzalo	Runte-Geidel, Ariadne
López Álvarez, Marcelino	Sánchez García, Lourdes
López Pardo, Andrés	Vega Monclús, Evelia
Mayoral Cortés, José M ^a	
Mendoza García, Oscar J.	

Cubierta:

Juan José Pérez Rivas

© 2008 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

EDITA: Servicio Andaluz de Salud.

Avda. de la Constitución, 18

41071 Sevilla.

Tel. 955 01 80 00 Fax. 955 01 80 50.

www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

D.L. SE-5401-08.

I.S.B.N.: 978-84-691-6761-8.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	1
1. SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA	3
1.1. DEMOGRAFÍA	3
1.2. PERCEPCIÓN SOCIAL SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL	8
1.3. FACTORES DE RIESGO PARA LA ENFERMEDAD MENTAL	10
1.4. SALUD MENTAL AUTOPERCIBIDA	13
1.5. PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN ANDALUCIA	22
1.5.1. Principales estudios de prevalencia	22
1.5.2. Prevalencia en Europa y España (Proyecto ESEMeD)	23
1.5.3. Suicidios y enfermedad mental	30
1.5.4. Incapacidad laboral y enfermedad mental	31
1.5.5. Población penitenciaria y enfermedad mental	35
1.5.6. Personas sin hogar y enfermedad mental	37
1.6. MORBILIDAD ATENDIDA	41
1.6.1. Atención primaria	41
1.6.2. Atención especializada de salud mental	49
1.6.3. Atención urgente a los problemas de salud mental	71
1.6.4. Consumo de psicofármacos	71
1.6.5. Personas atendidas en la red de apoyo social de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM)	74
1.6.6. Inmigración y enfermedad mental	76
1.6.7. Personas internadas en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla	78
1.6.8. Personas con enfermedad mental atendidas en la red de atención a drogodependencias	79
1.6.9. Atención a las víctimas de la violencia de género	81
2. RECURSOS PARA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN ANDALUCIA	83
2.1. RECURSOS SANITARIOS DE SALUD MENTAL	83
2.1.1. Dispositivos específicos de salud mental	83
2.1.2. Recursos humanos en salud mental	87
2.1.3. Unidades de Gestión Clínica de salud mental	90
2.2. RECURSOS COMUNITARIOS DE APOYO SOCIAL	92
2.2.1. Recursos Generales	92
2.2.2. Recursos Específicos (FAISEM)	93

2.2.3. Red de Ayuda Mutua _____	103
3. EXPECTATIVAS DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL, FAMILIARES Y PROFESIONALES _____	109
3.1. OPINIÓN DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL Y SUS FAMILIARES _____	110
3.1.1. Valoración de los recursos disponibles _____	111
3.1.2. Valoración de profesionales del SSPA _____	113
3.1.3. Demandas para la mejora de la atención a la salud mental _____	115
3.2. OPINIÓN DE PROFESIONALES DEL SSPA _____	117
3.2.1. Valoración general sobre la atención a la salud mental _____	117
3.2.2. Valoración de la coordinación de los servicios sanitarios _____	119
3.2.3. Valoración de recursos disponibles _____	120
3.2.4. Valoración de profesionales del SSPA _____	121
3.2.5. Demandas para la mejora de la atención a la salud mental _____	123
3.2.6. Propuesta de líneas de trabajo _____	124
3.3. OPINIÓN DE PROFESIONALES INTERSECTORIALES _____	127
3.3.1. Valoración general sobre la atención a la salud mental _____	127
3.3.2. Valoración de la coordinación de los servicios sanitarios con otros sectores implicados _____	129
3.3.3. Valoración de los recursos disponibles _____	129
3.3.4. Valoración de profesionales del SSPA _____	132
3.3.5. Demandas para la mejora de la atención a la salud mental _____	134
3.3.6. Propuesta de líneas de trabajo _____	134
3.4. CONCLUSIONES _____	137
BIBLIOGRAFIA _____	143
ABREVIATURAS _____	151
ÍNDICE DE TABLAS _____	153
ÍNDICE DE GRÁFICOS _____	155
ÍNDICE DE FIGURAS _____	157
ANEXO 1 _____	159
Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los Servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. (BOJA nº 53 de 17 marzo 2008) _____	159
ANEXO 2 _____	169
Diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento según Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10). _____	169

PRESENTACIÓN

La atención a las personas con trastornos mentales es una prioridad para el Sistema Sanitario Público de Andalucía, tanto por sus elevadas cifras de incidencia y prevalencia, como por el sufrimiento personal y el impacto familiar y social que provocan.

El diseño de las políticas de salud mental ha de realizarse en base al conocimiento de la situación de la salud mental de la población a la que van destinadas. Esta información es imprescindible para realizar una planificación estratégica, que determine objetivos, provea los recursos necesarios, genere actuaciones y establezca mecanismos de evaluación.

Para la elaboración del **Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012** se ha realizado un análisis exhaustivo de la situación de la salud mental en nuestra Comunidad Autónoma, siendo el periodo de estudio 2003-2007, años de vigencia del primer Plan Integral.

Con el desarrollo de este Plan se han incrementado los recursos asistenciales, mejorado la accesibilidad a los servicios y sus profesionales y fomentado la participación activa de las personas que sufren trastornos mentales y sus familiares en su proceso terapéutico y en el seguimiento del propio Plan Integral. Además, ha propiciado un aumento de la calidad de la asistencia, incorporando la mejor evidencia disponible y la formación de profesionales, y ha reforzado la coordinación y cooperación con otros sectores implicados en la atención a la salud mental.

Para elaborar y priorizar objetivos y actividades en el Plan Integral 2008-2012, se han tenido en cuenta nuevos datos, como los que hacen referencia, entre otros, a la situación de colectivos de personas en riesgo de exclusión social, el consumo de psicofármacos, la incapacidad laboral derivada de los trastornos mentales y la percepción de la población andaluza sobre su propia salud mental, procurando desagregar los datos por sexo y diferenciando aquellos correspondientes a la infancia y adolescencia.

Además, se han tenido en cuenta las expectativas y puntos de vista de los usuarios y usuarias de los servicios de salud mental y sus allegados, así como de profesionales, tanto de salud mental como de otros sectores.

Este documento recoge información ampliada de la descripción de la situación y expectativas del segundo Plan Integral, y como tal, puede ser un documento de consulta útil para aquellas personas interesadas en obtener una información más detallada.

Por último, quiero agradecer a todas las personas e instituciones que han colaborado en la elaboración de este documento y en especial, al trabajo entusiasta de dos profesionales de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Yolanda Fornieles, en la búsqueda exhaustiva y análisis de los datos disponibles y Carmen Pérez, en el estudio de expectativas de las personas relacionadas con la salud mental.

RAFAEL DEL PINO LÓPEZ

Coordinador Autonómico
Programa de Salud Mental
Servicio Andaluz de Salud

1. SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA

1.1. DEMOGRAFÍA

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

Este crecimiento tiene su reflejo en la población adscrita a los diferentes recursos de salud mental distribuidos en *Áreas de Salud Mental* (ASM). De ellas, las que experimentaron un mayor crecimiento en su población en este periodo fueron el área de Almería (12,48%) y Málaga II (9,90%). Las áreas de Córdoba (1,59%), Jaén (1,72%) y Virgen del Rocío en Sevilla (1,93%) fueron las que tuvieron un menor incremento poblacional (tabla 1).

Tabla 1. Evolución de la población por Áreas de Salud Mental. SSPA, 2003-2006.

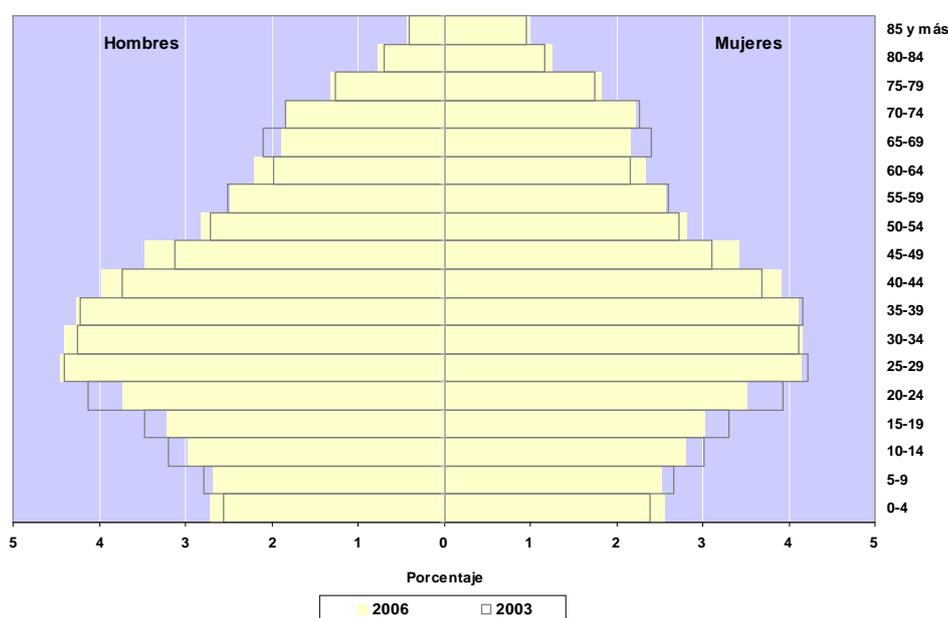
ÁREA	Año 2003	Año 2006	% Variación 03-06
Almería	565.310	635.850	12,48
Cádiz	487.942	502.341	2,95
C. Gibraltar	242.845	253.717	4,48
Jerez	424.937	438.004	3,08
Córdoba	779.647	792.006	1,59
Granada Norte	398.505	412.899	3,61
Granada Sur	429.602	463.285	7,84
Huelva	461.675	481.185	4,23
Jaén	651.565	662.751	1,72
Málaga I	561.527	597.407	6,39
Málaga II	813.363	893.881	9,90
Rocío	706.766	720.428	1,93
Macarena	549.817	566.196	2,98
Valme	386.310	405.391	4,94
Osuna	147.037	150.333	2,24
Andalucía	7.606.848	7.975.672	4,85

Fuente: Programa de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud. Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2003 y 2006. Instituto de Estadística de Andalucía.

Al comparar las pirámides de población del 2003 y 2006 (gráfico 1), no se encuentran diferencias significativas, si bien en el 2006 se observa una disminución de la base en las cohortes más jóvenes de la población, de 5 a 24 años y una ampliación de la parte superior de la pirámide, especialmente en mujeres al tener éstas una mayor esperanza de vida.

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

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



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

Redes familiares

Según la Encuesta de Dependencia y Solidaridad en las Redes Familiares de Andalucía realizada en el año 2005⁽²⁾ (tabla 2), el número medio de personas que conforman la "Familia-Hogar"^a es de 3,31 personas.

La "Red Familiar Básica", en la que se incluyen la totalidad de ascendientes y descendientes directos de la persona entrevistada, además de hermanas y hermanos y cónyuge, está formada por una media de 17,89 personas.

^a Personas que viven juntas compartiendo vivienda y recursos para la supervivencia.

La "Red Familiar Ampliada", la formarían el resto de parientes hasta el tercer grado de parentesco, con un tamaño medio de 47,17 personas.

Tabla 2. Redes familiares según tipo y número de personas que las componen, 2005.

REDES FAMILIARES	Nº medio personas	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Familia-Hogar	3,31	1,33	1	10
Red familiar básica	17,89	4,54	1	53
Red familiar ampliada	47,17	20,14	1	223

Fuente: Andalucía: Dependencia y solidaridad en las redes familiares. Instituto de Estadística de Andalucía, 2006.

Centrándonos en las *redes familiares básicas*, la mayoría de las personas (72,1%), tienen algún pariente en el municipio en el que residen, y cerca de la mitad (44,2%), en la misma provincia.

Según esta encuesta, en Andalucía había 679.088 personas que *demandaban ayuda*. Entre ellas se incluían personas enfermas, con alguna discapacidad o que, a causa de la edad, tenían alguna dificultad para realizar las tareas de la vida diaria. En la actualidad no existen datos sobre el número de personas que demandan ayuda específica por problemas de salud mental.

Como se muestra en la tabla siguiente, las mujeres declaran demandar más ayuda (13,4%), que los hombres (8,1%). Esto puede estar justificado en parte por la mayor esperanza de vida de las mujeres, sin embargo, si examinamos las diferencias entre los grupos de edad más jóvenes, se aprecia también una mayor demanda de ayuda en las mujeres, que podría deberse a una mayor facilidad de éstas para identificar su situación de dependencia y una mejor capacidad para expresarla.

Tabla 3. Personas necesitadas de ayuda según grupo de edad y sexo. Año 2005.

SEXO	Grupos de Edad						TOTAL
	18-29	30-44	45-54	55-64	65+	80+	
Mujer (%)	1,4	3,7	6,0	10,9	47,4	74,9	13,4
Hombre (%)	0,8	2,9	4,0	5,9	35,9	61,8	8,1
Ambos sexos (%)	1,1	3,3	5,0	8,4	42,5	70,4	10,8

Fuente: Andalucía: Dependencia y solidaridad en las redes familiares. Instituto de Estadística de Andalucía, 2006.

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

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

Población inmigrante

Aunque la migración no es en sí misma una causa de trastorno mental, se puede considerar un acontecimiento vital estresante, dado el posible desarraigo, vivencia de duelo y riesgo de exclusión social de la población inmigrante. Además, el número creciente de este colectivo supone un nuevo reto para el SSPA, no sólo por la barrera idiomática, sino también por las diferencias socioculturales, incluidas las ligadas a su concepción de la salud y la enfermedad, así como por las posibles variaciones en la expresión del padecimiento físico y mental⁽⁴⁾.

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

Los datos del Observatorio Permanente Andaluz de Migraciones⁽⁵⁾, a 31 de diciembre del 2005, muestran que las personas con tarjeta o autorización de residencia eran 326.831, lo que suponía un 66,85% del total de población extranjera.

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

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

1.2. PERCEPCIÓN SOCIAL SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL

La enfermedad mental y las personas que la padecen son todavía vistas por la sociedad actual con una mirada negativa. Persisten la estigmatización, la discriminación y la falta de respeto por los derechos humanos y la dignidad de estas personas. Organismos internacionales, como la *Organización de Naciones Unidas* (ONU), la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) y la *Unión Europea* (UE) sitúan la lucha y erradicación del estigma como una prioridad de sus políticas sanitarias y sociales.

La UE considera prioritario cambiar esta percepción social, ya que “pone en entredicho valores europeos fundamentales”(7). Las personas con enfermedad mental se encuentran en su vida diaria con el miedo y los prejuicios de las demás, a menudo basados en una concepción distorsionada de las enfermedades mentales.

La OMS aboga por cambiar esta percepción actuando contra la discriminación, el estigma y la exclusión social que padecen. Juicios morales como hacerlas sentirse avergonzadas, desgraciadas o culpables por padecer la enfermedad, tenerles miedo, insultarlas, mofarse, pensar que no se tiene nada en común con ellas, pensar que son infantiles, entre otras actitudes y conductas, se convierten en un problema mayor que la propia enfermedad para la persona afectada(8).

Uno de los elementos de la estigmatización social es la idea generalizada de que los trastornos mentales son “graves y para toda la vida”, cuando, con la ayuda y el tratamiento adecuados, en la mayoría de casos la recuperación es posible, mientras que en otros cabe lograr una remisión o un grado suficiente de funcionalidad o estabilidad(9).

Algunos de los principales motivos de alarma ciudadana, y de los más visibles en nuestra sociedad, como la criminalidad, los abusos y la violencia doméstica y de género o el colectivo de personas sin hogar, se asocian a la enfermedad mental en el imaginario colectivo. La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud considera fundamental tomar iniciativas que aumenten el conocimiento de la enfermedad mental y ayuden a reducir el estigma y la marginación asociados a las personas que sufren trastornos mentales y a sus familiares(3).

La estigmatización, además de aumentar el sufrimiento personal y la exclusión social, puede impedir el acceso a la vivienda y al empleo, e incluso hacer que la persona afectada no busque ayuda por miedo a ser "etiquetada". Por ello, la Comisión Europea pide "un cambio en las actitudes de la ciudadanía en general, de los interlocutores sociales, de las autoridades públicas y de los gobiernos". Dicho órgano insiste en que "una mejor concienciación con respecto a las enfermedades mentales y su posible tratamiento, así como el fomento de la integración de las personas afectadas en la vida laboral, pueden generar una mayor aceptación y comprensión en el seno de la sociedad"⁽¹⁰⁾.

1.3. FACTORES DE RIESGO PARA LA ENFERMEDAD MENTAL

Existe sólida evidencia acerca de los factores de riesgo y sus vínculos con el desarrollo de los trastornos mentales. Los factores de riesgo pueden ser de carácter individual, relacionados con la familia, factores sociales, económicos y ambientales. Generalmente, es el efecto acumulado de la presencia de múltiples factores de riesgo, la falta de factores de protección y la interacción de situaciones de riesgo, lo que predispone a los individuos a cambiar de una condición mentalmente saludable a una mayor vulnerabilidad, pasar luego a un problema mental y finalmente a un trastorno mental con todas las características⁽¹¹⁾.

Los bajos *niveles de ingresos económicos y la desigualdad social* son algunos de los factores socioeconómicos que influyen en la salud mental de las personas de forma negativa. Así, la pobreza es, además de un problema social de primer orden, un factor de riesgo que aumenta la probabilidad de padecer problemas de salud mental. La exclusión social, como la que padecen determinados colectivos (p.e. población penitenciaria y personas sin hogar) o la discriminación racial también se asocian con mayores niveles de sintomatología psiquiátrica⁽¹¹⁾.

En relación a la *situación laboral*, las personas de baja prolongada por enfermedad, con permiso por maternidad, con discapacidad, jubiladas y especialmente las personas en situación de desempleo, tienen más riesgo de sufrir depresión, ansiedad o problemas relacionados con el alcohol, que las personas con un empleo remunerado y estable⁽³⁾. Además, habitualmente se considera que el estrés laboral es una de las principales causas de trastorno mental común. Igualmente, se ha podido comprobar que la precariedad laboral resulta ser un factor de riesgo psicosocial con repercusiones negativas sobre la salud mental de quienes la padecen⁽¹²⁾.

Otros factores de riesgo importantes están relacionados con *el propio individuo, sus relaciones con la familia y la red de apoyo social*. La interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales puede llevar incluso a una transferencia de trastornos mentales entre generaciones, especialmente episodios depresivos y de ansiedad⁽¹¹⁾.

Estos factores muchas veces actúan de forma acumulativa. Por ejemplo, en determinados momentos de su proyecto migratorio, las personas inmigradas pueden estar sometidas

simultáneamente a varios factores de vulnerabilidad, como son el desarraigo y la pérdida de vínculos afectivos y de apoyo social, la precariedad o inestabilidad laboral, la mala situación económica o la discriminación.

Desde una *perspectiva de género*, las diferencias socioeconómicas entre sexos influyen especialmente en la salud mental de las mujeres. A estas desigualdades hay que añadir que algunos trastornos mentales se asocian a menudo a la violencia de género o a la excesiva carga de cuidado familiar que las mujeres soportan⁽³⁾. Estudios realizados con mujeres maltratadas encuentran que éstas tienen una mayor prevalencia de síndrome de estrés postraumático, crisis de ansiedad, fobias, abusos de sustancias, trastornos por somatización, dolor crónico, depresión y riesgo de suicidio⁽¹³⁾.

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

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

La salud mental también interrelaciona con la *salud física*. Por ejemplo, la enfermedad cardiovascular puede producir depresión y viceversa, sin olvidar que ambas pueden estar relacionadas a través de factores comunes de riesgo como podrían ser los estilos de vida poco

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

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

saludables. Esta interrelación (salud física/mental) tiene especial relevancia en la etapa de envejecimiento, ya que las personas ancianas constituyen un colectivo de riesgo donde, a los factores que afectan a la población adulta, se les asocian otros específicos, como las enfermedades crónicas o terminales, la soledad, la precariedad económica y/o la falta de redes sociales⁽¹⁴⁾.

En cuanto al suicidio, los factores de riesgo más importantes son el padecimiento de depresión y esquizofrenia, factores de estrés social recientes o pasados, antecedentes de suicidio en la familia o personas allegadas y acceso limitado a ayuda psicológica. Este es un problema especialmente común entre las personas ancianas, en muchos casos ligado a factores de riesgo como la enfermedad física o mental, la discapacidad, la pérdida de personas cercanas, la soledad, la falta de redes sociales, las malas condiciones de la vivienda o la inactividad⁽¹⁵⁾.

1.4. SALUD MENTAL AUTOPERCIBIDA

Las encuestas de salud permiten obtener información sobre la autovaloración de la salud de la población, la calidad de vida relacionada con la salud, la utilización de servicios sanitarios y hábitos de vida, relacionándola con determinadas características sociodemográficas y geográficas.

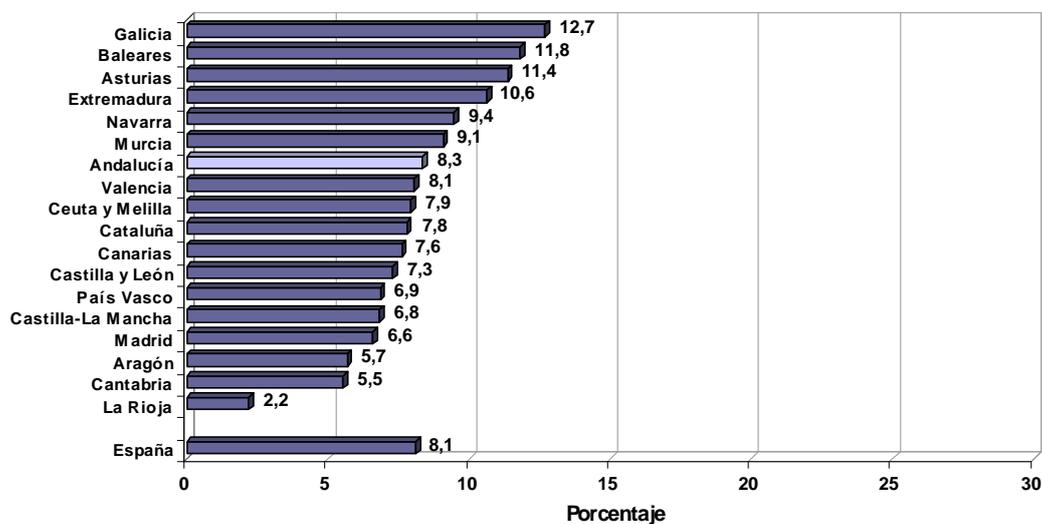
Los datos procedentes de las *Encuestas Andaluzas de Salud de 2003 y 2007* ponen de manifiesto que la frecuencia de personas en Andalucía que afirman padecer “nervios, depresión u otros trastornos mentales” (en el momento de realizarse la encuesta) ha aumentado del 1,5% al 2,3%. Este aumento se ha producido especialmente a expensas de las mujeres, que aumentaron del 1,9% al 3,4%, mientras que los hombres pasaron de 1,5 a 2,3% durante este periodo.

Según la *Encuesta Nacional de Salud 2006*⁽⁶⁾, en Andalucía, un 17,2% de la *población mayor de 15 años* declara haber tenido alguna vez algún problema de “Depresión, ansiedad u otros trastornos mentales”, frente al 16,6% de la población española.

En relación a los últimos 12 meses, un 14,9% de los andaluces expresa haber padecido alguno de estos trastornos (España 13,7%), siendo un 8,4% hombres y 21,2% mujeres. Estos porcentajes son similares al de personas que manifiestan haber sido diagnosticadas por personal facultativo (8,8% y 20,7% hombres y mujeres, respectivamente). De estas personas, un 74,2% afirma estar tomando o haber tomado medicación por este problema en el último año (69,9% hombres y 75,9% mujeres).

Por sexo, los hombres de Andalucía declaran haber padecido alguno de estos problemas en los últimos 12 meses son un 8,3%, porcentaje ligeramente mayor a la media española (8,1%). En relación al resto de comunidades autónomas, Andalucía ocupa el séptimo puesto en orden de frecuencia. Galicia es la comunidad autónoma donde este porcentaje es mayor (12,7%), mientras que La Rioja ocupa el último lugar (2,2%) (gráfico2).

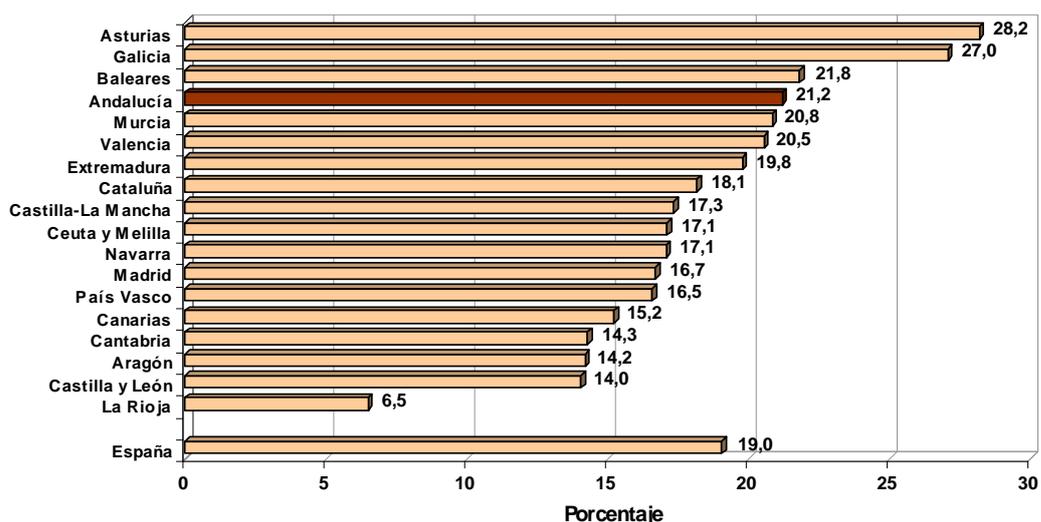
Gráfico 2. Hombres con depresión, ansiedad u otros trastornos mentales en los últimos 12 meses según Comunidad Autónoma, 2006.



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

En el caso de mujeres que declararon padecer alguno de estos problemas, Andalucía ocupa la cuarta posición (21,2%), por encima de la media española (19,0%). La comunidad con mayor porcentaje es la de Asturias (28,2%) y La Rioja ocupa de nuevo el último lugar (6,5%) (gráfico 3).

Gráfico 3. Mujeres con depresión, ansiedad u otros trastornos mentales en los últimos 12 meses según Comunidad Autónoma, 2006.



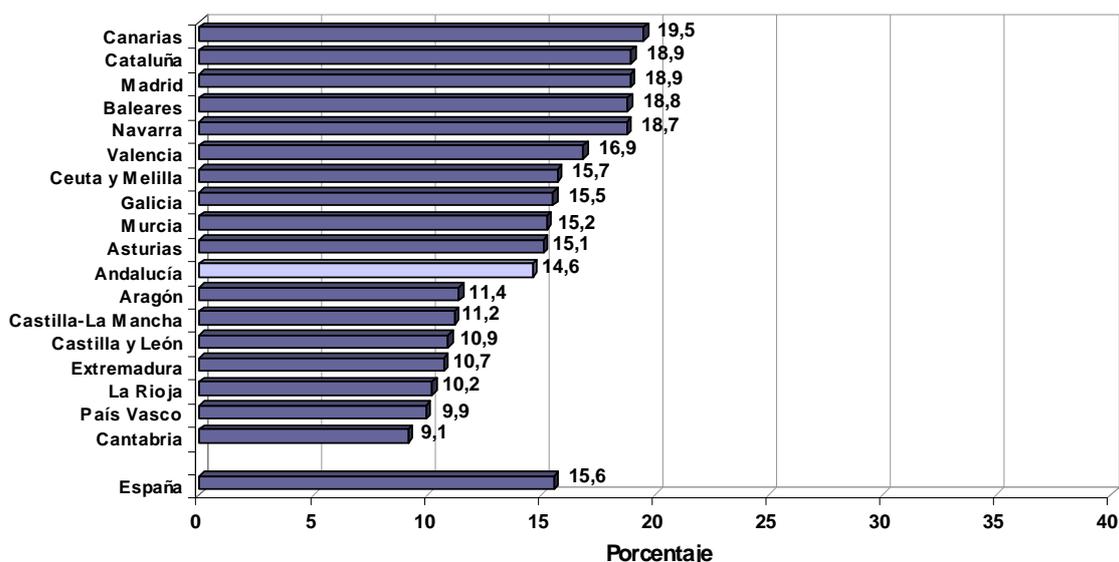
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo.

La Encuesta Nacional de Salud del año 2006 aporta como novedad, la prevalencia de casos probables de morbilidad psiquiátrica o padecimiento psicológico en la población^d.

Según esta encuesta, en Andalucía, un 20,1% de la población adulta presenta *riesgo de padecer alguna patología mental*, siendo el porcentaje en hombres de un 14,6% y en mujeres de un 25,4%. En España, este porcentaje alcanza el 21,3% (15,6% de hombres y 26,8% de mujeres).

Por sexo, los hombres de Andalucía ocupan el noveno puesto en orden de probabilidad de padecer algún trastorno mental, siendo Galicia la comunidad que presenta el porcentaje de mayor riesgo (16,4%) y La Rioja el porcentaje menor (2,4%) (gráfico 4).

Gráfico 4. Riesgo de mala salud mental en hombres según Comunidad Autónoma, 2006.

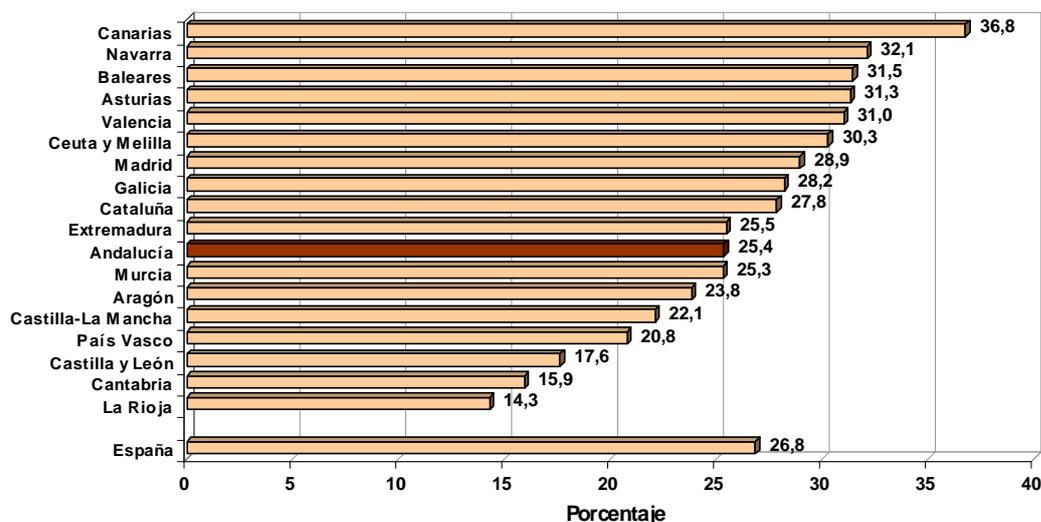


Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo.

En el caso de mujeres, Andalucía ocupa la undécima posición en cuanto al riesgo de padecer mala salud mental. La comunidad donde el porcentaje es mayor es Canarias (36,8%) y La Rioja (14,3%) es la que presenta menor porcentaje de mujeres con este riesgo (gráfico 5).

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

Gráfico 5. Riesgo de mala salud mental en mujeres según Comunidad Autónoma, 2006.

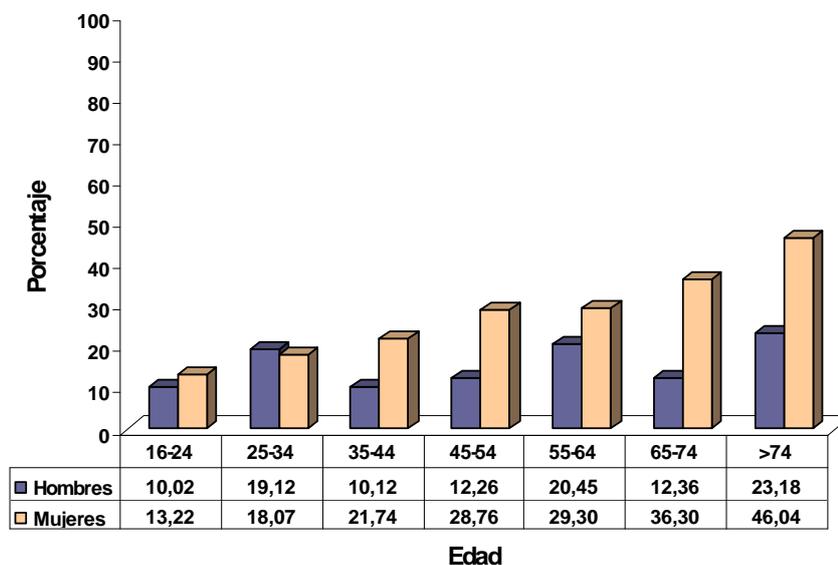


Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo.

A continuación se analiza el riesgo de padecer alguna patología mental en la *Comunidad Autónoma de Andalucía*, según distintas variables sociodemográficas.

En los grupos de edad más jóvenes el riesgo de mala salud mental es similar en ambos sexos. Este riesgo aumenta a medida que va avanzando la edad, incrementándose además las diferencias entre sexos, situándose siempre las mujeres con un mayor riesgo de padecer alguna enfermedad mental (gráfico 6).

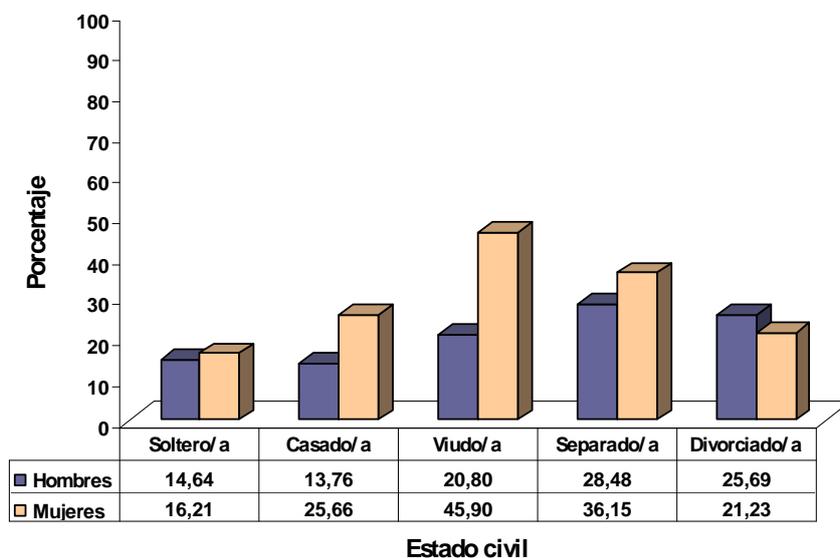
Gráfico 6. Riesgo de mala salud mental en personas adultas según grupos de edad y sexo. Andalucía, 2006.



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

Según el estado civil, las personas casadas y las solteras tienen menos riesgo de padecer algún trastorno mental en ambos sexos. A excepción de las personas divorciadas, es la mujer la que presenta siempre un mayor riesgo de patología mental (gráfico 7).

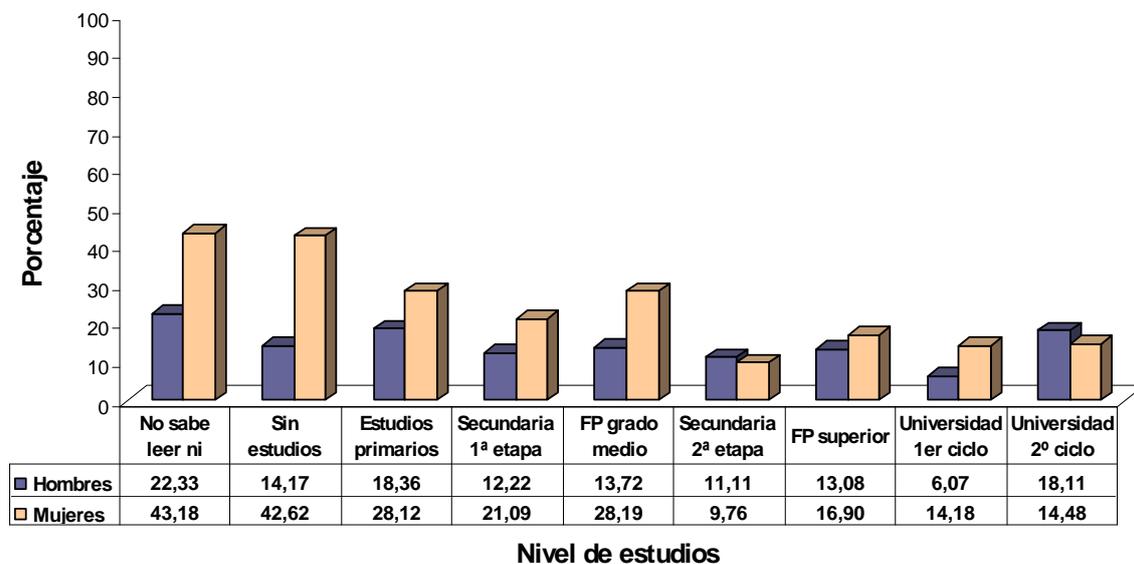
Gráfico 7. Riesgo de mala salud mental en adultos según estado civil, edad y sexo. Andalucía, 2006.



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

Existe una relación positiva entre el menor nivel de estudios y una mayor probabilidad de tener mala salud mental en ambos sexos, siendo las mujeres las que presentan mayor riesgo en todos los niveles, atenuándose las diferencias a partir de la segunda etapa de secundaria (gráfico 8).

Gráfico 8. Riesgo de mala salud mental en adultos según nivel de estudios, edad y sexo. Andalucía, 2006.

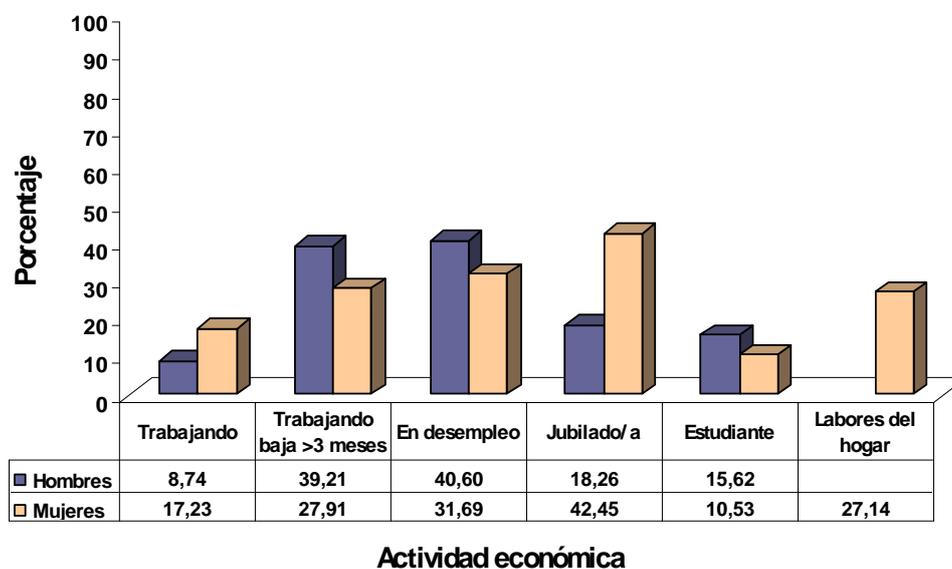


Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Analizando las principales actividades económicas recogidas en la encuesta, los estudiantes y las personas con trabajo remunerado tienen menos riesgo de mala salud mental.

Por sexo, destaca que en general los hombres desempleados y de baja laboral superior a 3 meses presentan más probabilidad de sufrir trastornos mentales que las mujeres (gráfico 9). Es de señalar que entre los encuestados no existen hombres dedicados a las labores del hogar.

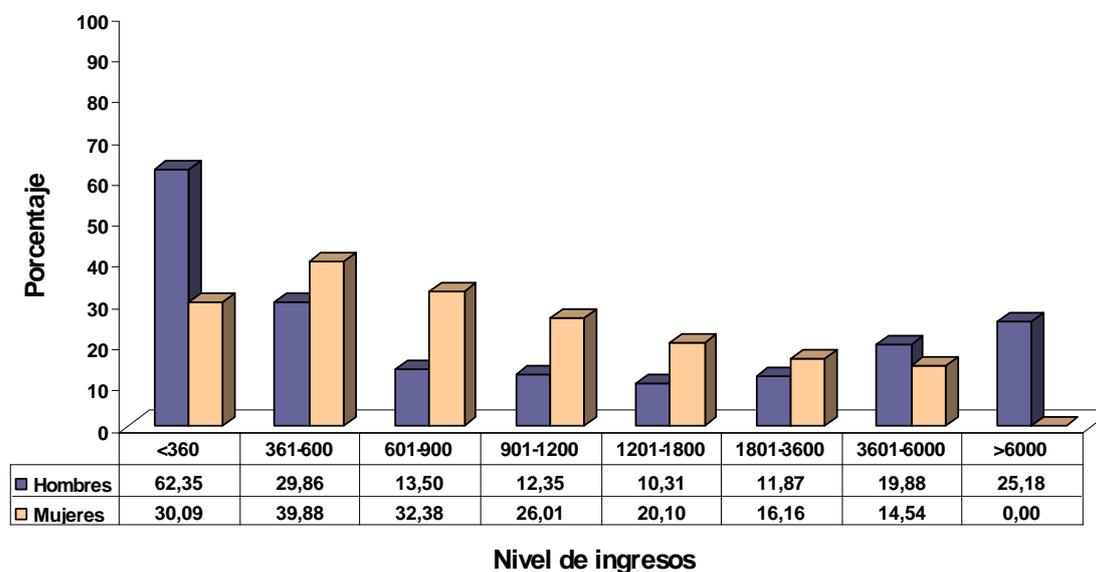
Gráfico 9. Riesgo de mala salud mental en adultos según actividad económica, edad y sexo. Andalucía, 2006.



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

En relación al nivel de ingresos, la probabilidad de padecer alguna patología mental disminuye a medida que aumentan los ingresos económicos, tanto en hombres como en mujeres, salvo en hombres con ingresos mensuales superiores a 3.600€, para los que el riesgo aumenta, en probable relación con el estrés derivado del mayor nivel de responsabilidad laboral. Hay que recordar que las mujeres tienen, como colectivo, menores ingresos (gráfico 10).

Gráfico 10. Riesgo de mala salud mental en adultos según nivel de ingresos, edad y sexo. Andalucía, 2006.



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

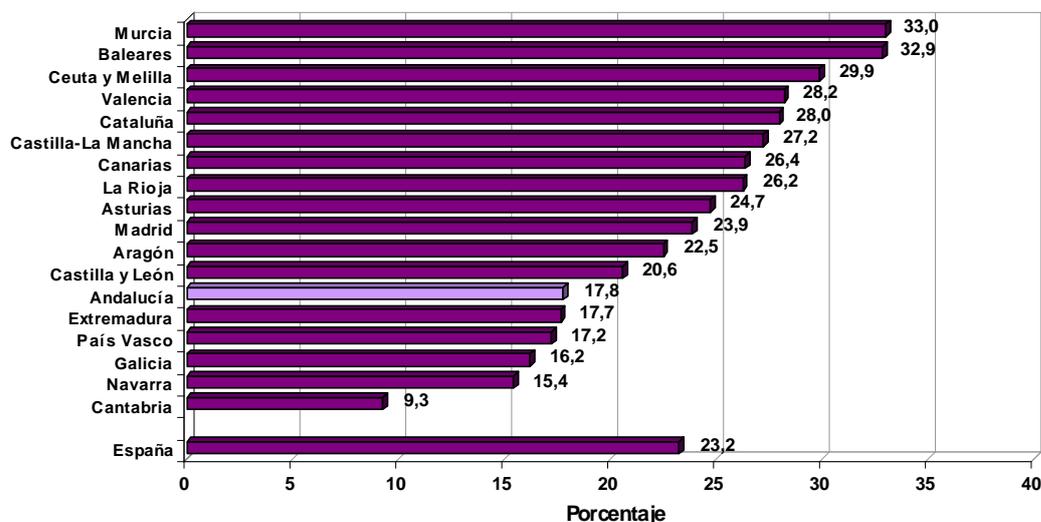
Al menos en parte, la explicación para esas diferencias encontradas, en las que en general, se aprecia un peor estado de salud mental autopercebido en el colectivo de mujeres (en igualdad de otras variables sociodemográficas), habría que buscarla incluyendo, entre las variables a analizar, qué papel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

Según la Encuesta Nacional de Salud del año 2006, en la *población infantil*^e de Andalucía, un 21,7% de menores entre 4 y 15 años presentan *riesgo de padecer mala salud mental infantil*, siendo ese porcentaje similar a nivel nacional (22,1%). Diferenciando por sexo, en Andalucía las niñas presentan un mayor riesgo de mala salud mental (25,7%) que los niños (17,8%), no existiendo esta diferencia en los datos relativos a España (21,0% en niñas y 23,2% en niños). En la actualidad no se dispone de un análisis explicativo que justifique las diferencias encontradas, que requerirán de futuras investigaciones.

Andalucía es la sexta comunidad con menor porcentaje de *niños con riesgo de padecer mala salud infantil*. La Región de Murcia (33,0%) ocupa la primera posición y Cantabria (9,3%) el último puesto en orden de frecuencia (gráfico11).

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

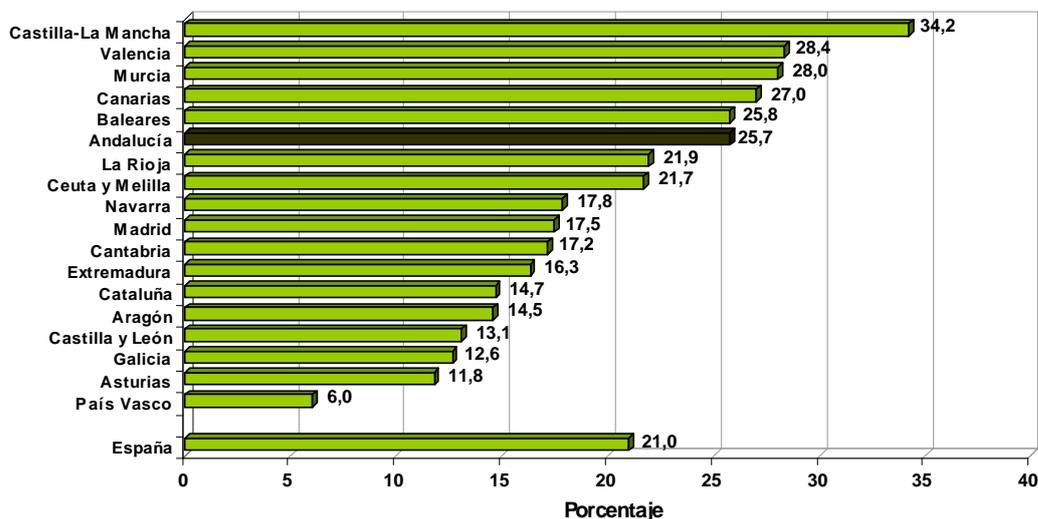
Gráfico 11. Riesgo de mala salud mental en niños según Comunidad Autónoma, 2006.



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

En el caso de las niñas, Andalucía ocupa el sexto puesto en cuanto a la probabilidad de padecer algún trastorno mental. Castilla-La Mancha es la comunidad que ocupa la primera posición (34,2%), mientras que en el País Vasco este porcentaje es de sólo 6,0% (gráfico12).

Gráfico 12. Riesgo de mala salud mental en niñas según Comunidad Autónoma, 2006.

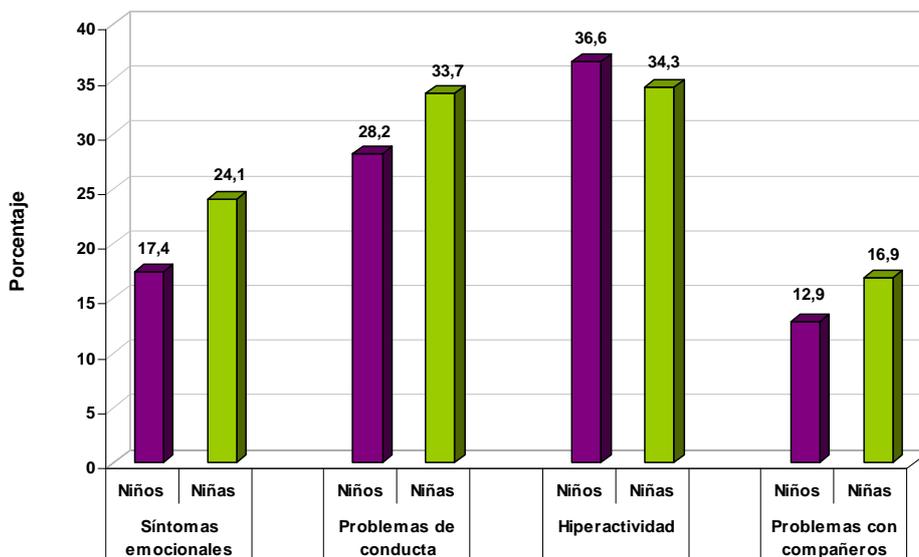


Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Los problemas de salud mental con mayor riesgo de aparición en la población infantil, son la hiperactividad y los problemas de conducta, frente a los síntomas emocionales y problemas con compañeros y compañeras.

Los niños tienen un mayor riesgo de padecer hiperactividad que las niñas (36,6% en niños, frente al 34,3% en niñas), sin embargo en el resto de problemas de salud mental la probabilidad de aparición es mayor en niñas (gráfico 13).

Gráfico 13. Riesgo de mala salud mental en niños según sexo. Andalucía, 2006.



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

1.5. PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN ANDALUCÍA

1.5.1. Principales estudios de prevalencia

El primer estudio epidemiológico en la comunidad a gran escala, con criterios diagnósticos específicos y con un instrumento diagnóstico estructurado se realizó en Estados Unidos entre 1980 y 1984, por el National Institute of Mental Health: el *Epidemiologic Catchment Area Program* (ECA), obteniéndose una prevalencia vida de enfermedad mental de 32,7 y una prevalencia año de 20,4.

En la tabla 4 se presentan los datos de los principales resultados de los estudios de prevalencia de trastorno mental en la comunidad realizados en España^(16,17,18).

Tabla 4. Principales estudios de prevalencia de trastorno mental en la comunidad.

Lugar	Año	Autor	n	Instrumentos	Prevalencia			
					Hombres	Mujeres	TOTAL	Periodo
Navarra	1981	Vázquez Barquero	1.156	GHQ-60 + CIS	19,1	28,3	23,8	Puntual
Barcelona	1987	Herrera	811	GHQ/PSE CATEGO	15,9	30,8	-	Puntual
Cantabria	1987	Vázquez Barquero	1223	GHQ-60 + PSE	8,1	20,6	14,7	Puntual
Zaragoza	1990	Lou	380	GHQ-28 + CIS	-	-	11,0	Puntual
Barcelona	1990	Herrera	832	PSE CATEGO	8,2	20,1	14,2	Puntual
Zaragoza	1992	Seva	1.185	GHQ-28 + CIS	8,8	14,0	11,8	Puntual
Tenerife	1993	Villaverde	660	GHQ-28 + CIS	12,2	22,0	17,2	Puntual
La Rioja	1995	Ortega	793	GHQ-28 + CIS	12,2	12,6	12,4	Puntual
Cataluña	1997	Rajmil	12.455	GHQ-12 + PSE	15,8	18,7	14,7	Puntual
Formentera	1997	Roca	697	GHQ-28 + PSE	15,2	23,6	21,4	Puntual
Marquesado (Granada)	2001	Martín Pérez	252	GHQ-28 + CIS	22,6	34,5	28,6	Puntual
Andalucía	2002	Gormenman	1.600	GHQ-12 + PSE	35,5	49,2	42,8	Vida
Andalucía	2002	Gormenman	1.600	GHQ-12 + PSE	22,14	35,87	28,7	Año

GHQ: General Health Questionnaire. PSE CATEGO: Present State Examination Catego System.

Fuentes : - Pérez Romero C, (Ed). *La atención en la salud mental en Andalucía: presente y futuro*. Granada: EASP, 2004.

- Martín Pérez C. *Prevalencia y atención a los trastornos mentales en una comunidad rural (Tesis doctoral)*. Granada: Universidad de Granada, 2005.

Como puede observarse, existen diferencias notables entre las prevalencias obtenidas por los distintos estudios. Los diversos factores que pueden influir en estos resultados son: 1) instrumento diagnóstico utilizado; 2) clasificación diagnóstica usada; 3) inclusión diferencial de diagnósticos (inclusión o no de trastornos por consumo de drogas y alcohol, demencias o

trastornos de la personalidad); 4) diferencias en las edades de la población de estudio; 5) criterios temporales (prevalencia puntual, a lo largo de la vida o en el último año); y 6) diferencias culturales.

En cualquier caso, aunque existan limitaciones para comparar estos estudios, puede deducirse la alta prevalencia de trastornos mentales en las distintas regiones analizadas.

1.5.2. Prevalencia en Europa y España (Proyecto ESEMeD)

El proyecto ESEMeD (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*)⁽¹⁹⁾ realizado en el año 2000 en 6 países europeos y coordinado con la iniciativa de la World Mental Health Surveys de la OMS tiene como objetivo obtener datos sobre la epidemiología de los trastornos mentales en pacientes de 18 años o más. En este estudio se incluyen los trastornos de la ansiedad, trastornos del ánimo y de consumo de alcohol.

La tabla 5 compara la *prevalencia-vida*^f de los trastornos mentales incluidos en este estudio en España y Europa. A nivel global, se observa que 1 de cada 4 personas europeas sufre alguno de estos trastornos mentales en su vida (25,0%), mientras que en España esta prevalencia es inferior (19,5%).

Como se puede observar, para todos los trastornos mentales estudiados, la prevalencia-vida es mayor en Europa que en España, excepto en los trastornos por dependencia del alcohol, en los que España presenta una prevalencia de 3,5%, superior a la de Europa (1,1%).

En los países europeos, un 14,0% de las personas encuestadas ha tenido algún trastorno del ánimo en su vida, mientras que en España esta prevalencia es del 11,5%. En cuanto a los trastornos de ansiedad, un 13,6% de la población europea ha sufrido alguno a lo largo de su vida, al igual que el 9,4% de la población española.

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

Tanto en Europa como en España, la prevalencia de todos estos trastornos mentales es superior en mujeres, excepto en los trastornos por abuso de alcohol donde el porcentaje de hombres es mayor.

Tabla 5. Prevalencia-vida de los principales trastornos mentales en España y Europa. ESEMeD, 2002.

PREVALENCIA VIDA	ESPAÑA % Prevalencia (IC 95%)			EUROPA % Prevalencia (IC 95%)		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Trastornos del estado de ánimo						
Episodio depresivo mayor	6,3 (5,1-7,5)	14,5 (13,0-15,9)	10,5 (9,6-11,5)	8,9 (8,2-9,6)	16,5 (15,6-17,4)	12,8 (12,2-13,4)
Distimia	1,8 (1,2-2,5)	5,3 (4,3-6,3)	3,6 (3,1-4,2)	2,6 (2,2-3,0)	5,6 (5,1-6,1)	4,1 (3,7-4,5)
Cualquier trastorno del estado de ánimo	6,7 (5,5-7,9)	15,8 (14,3-17,4)	11,5 (10,4-12,5)	9,5 (8,7-10,3)	18,2 (17,3-19,1)	14,0 (13,4-14,6)
Trastornos de ansiedad						
Trastorno de ansiedad generalizada	1,1 (0,6-1,7)	2,6 (2,0-3,2)	1,9 (1,5-2,3)	2,0 (1,6-2,4)	3,6 (3,2-4,0)	2,8 (2,5-3,1)
Fobia social	1,1 (0,5-1,6)	1,3 (0,8-1,7)	1,2 (0,8-1,5)	1,9 (1,5-2,3)	2,9 (2,5-3,3)	2,4 (2,1-2,7)
Fobia específica	2,3 (1,6-3,0)	6,5 (5,4-7,7)	4,5 (3,8-5,2)	4,9 (4,3-5,5)	10,3 (9,5-11,1)	7,7 (7,2-8,2)
Trastorno de estrés postraumático	1,1 (0,0-2,2)	2,8 (1,7-3,9)	1,9 (1,2-2,7)	0,9 (0,7-1,1)	2,9 (2,5-3,3)	1,9 (1,7-2,1)
Agorafobia	0,5 (0,1-0,9)	0,76 (0,4-1,1)	0,6 (0,4-0,9)	0,6 (0,4-0,8)	1,1 (0,9-1,3)	0,9 (0,7-1,1)
Trastorno de angustia	0,9 (0,5-1,4)	2,4 (1,8-3,0)	1,7 (1,3-2,1)	1,6 (1,3-1,9)	2,5 (2,1-2,9)	2,1 (1,9-2,3)
Cualquier trastorno de ansiedad	5,7 (4,6-6,8)	12,8 (11,2-14,3)	9,4 (8,4-10,4)	9,5 (8,7-10,3)	17,5 (16,6-18,4)	13,6 (13,0-14,2)
Trastornos por abuso de alcohol						
Trastorno por dependencia de alcohol	6,4 (5,2-7,6)	0,9 (0,5-1,4)	3,5 (2,9-4,2)	1,8 (1,4-2,2)	0,4 (0,2-0,6)	1,1 (0,9-1,3)
Trastorno por abuso del alcohol	1,0 (0,5-1,5)	0,2 (0,0-0,3)	0,6 (0,3-0,8)	7,4 (6,7-8,1)	1,0 (0,8-1,2)	4,1 (3,7-4,5)
Cualquier trastorno por consumo de alcohol	6,5 (5,2-7,7)	1,0 (0,5-1,4)	3,6 (2,9-4,2)	9,3 (8,5-10,1)	1,4 (1,1-1,7)	5,2 (4,8-5,6)
Cualquiera de éstos trastornos mentales	15,7 (13,9-17,5)	22,9 (21,1-24,8)	19,5 (18,1-20,8)	21,6 (20,5-22,7)	28,1 (27,0-29,2)	25,0 (24,2-25,8)

Fuentes: - ESEMeD/MEDHEA 2000. Prevalence of mental disorder in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109 Supl. 420: 1-64

- Haro JM, Palacín C, Vilagut G, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin* 2006; 126 (12): 445-51.

En cuanto a la *prevalencia-año*⁹, un 9,6% de la población europea y un 8,5% de la española, ha sufrido alguno de los trastornos mentales incluidos en este estudio en los últimos doce meses (tabla 6).

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

⁹ Prevalencia-año: proporción de personas de una población que refieren haber presentado el trastorno estudiado, en este caso trastorno mental, en los últimos doce meses.

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

Tabla 6. Prevalencia-año de los principales trastornos mentales en España y Europa. ESEMeD, 2002.

PREVALENCIA AÑO	ESPAÑA % Prevalencia (IC 95%)			EUROPA % Prevalencia (IC 95%)		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Trastornos del estado de ánimo						
Episodio depresivo mayor	2,1 (1,4-2,9)	5,6 (4,7-6,6)	4,0 (3,3-5,0)	2,6 (2,2-3,0)	5,0 (4,5-5,5)	3,9 (3,6-4,2)
Distimia	0,5 (0,2-0,8)	2,4 (1,7-3,1)	1,5 (1,1-1,9)	0,8 (0,6-1,0)	1,5 (1,2-1,8)	1,1 (0,9-1,3)
Cualquier trastorno del estado de ánimo	2,3 (1,6-3,0)	6,2 (5,2-7,3)	4,4 (3,7-5,0)	2,8 (2,3-3,3)	5,6 (5,1-6,1)	4,2 (3,8-4,6)
Trastornos de ansiedad						
Trastorno de ansiedad generalizada	0,4 (0,1-0,8)	1,2 (0,8-1,6)	0,5 (0,3-0,7)	0,5 (0,3-0,7)	1,3 (1,0-1,6)	1,0 (0,8-1,2)
Fobia social	0,6 (0,1-1,0)	0,6 (0,3-1,0)	0,6 (0,3-0,9)	0,9 (0,7-1,1)	1,4 (1,1-1,7)	1,2 (1,0-1,4)
Fobia específica	1,2 (0,7-1,7)	4,2 (3,2-5,2)	3,6 (2,8-4,4)	1,9 (1,5-2,3)	5,0 (4,5-5,5)	3,5 (3,2-3,8)
Trastorno de estrés postraumático	0,2 (0,0-0,5)	0,9 (0,5-1,4)	0,5 (0,3-0,7)	0,4 (0,2-0,6)	1,3 (1,0-1,6)	0,9 (0,7-1,1)
Agorafobia	0,1 (0,0-0,3)	0,6 (0,3-0,9)	0,3 (0,1-0,5)	0,2 (0,1-0,3)	0,6 (0,4-0,8)	0,4 (0,3-0,5)
Trastorno de angustia	0,4 (0,1-0,6)	1,0 (0,6-1,4)	0,6 (0,4-0,8)	0,6 (0,4-0,8)	1,0 (0,8-1,2)	0,8 (0,6-1,0)
Cualquier trastorno de ansiedad	2,5 (1,7-3,3)	7,6 (6,4-8,8)	6,2 (4,6-7,8)	3,8 (3,3-4,3)	8,7 (8,0-9,4)	6,4 (6,0-6,8)
Trastornos por abuso de alcohol						
Trastorno por dependencia de alcohol	1,4 (0,8-2,0)	0,0 (0,0-0,1)	0,7 (0,4-1,0)	0,4 (0,2-0,6)	0,1 (0,0-0,2)	0,3 (0,2-0,4)
Trastorno por abuso del alcohol	0,2 (0,0-0,4)	0,0 (0,0-0,1)	0,1 (0,0-0,2)	1,3 (1,0-1,6)	0,2 (0,1-0,3)	0,7 (0,6-0,8)
Cualquier trastorno por consumo de alcohol	1,4 (0,8-2,0)	0,0 (0,0-0,1)	0,7 (0,4-1,0)	1,7 (1,4-2,0)	0,3 (0,2-0,4)	1,0 (0,8-1,2)
Cualquiera de éstos trastornos mentales	5,2 (4,2-6,3)	11,4 (10,0-12,9)	8,5 (7,5-9,4)	7,1 (6,4-7,8)	12,0 (11,2-12,8)	9,6 (9,1-10,1)

Fuentes: - ESEMeD/MEDHEA 2000. *Prevalence of mental disorder in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) proyect.* Acta Psychiatr Scand 2004; 109 Supl. 420: 1-64.

- Haro JM, Palacín C, Vilagut G, et al. *Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-España.* Med Clin 2006; 126 (12): 445-51.

En la tabla 7 se muestra la relación entre el hecho de presentar un trastorno mental en el último año y determinados factores sociodemográficos, medida ésta a partir de las OR (Odds Ratio) brutas y ajustadas^h.

^h Las odds ratio (OR) de presentar un trastorno mental respecto a las variables sociodemográficas se calcularon mediante un modelo de regresión logística. En las OR brutas se incluye solamente la variable a estudiar en el modelo, mientras que en las ajustadas se tiene en cuenta además el resto de variables sociodemográficas.

En relación al sexo, la OR ajustada de presentar un trastorno depresivo en las mujeres respecto a los hombres es de 2,8, igual que ocurre en los trastornos de ansiedad (OR ajustada 2,8), siendo sin embargo de 0 para los trastornos relacionados con consumo de sustancias.

Respecto a los *trastornos del ánimo*, los principales factores de riesgo están relacionados con la ocupación. Las personas con discapacidad tienen una probabilidad de 6,7 veces más de sufrir cualquier trastorno del ánimo que las que tienen empleo remunerado, al igual que les ocurre a las personas con baja por maternidad o baja por enfermedad, con una OR ajustada de 3,4 o los desempleados (OR ajustada 2,2). Otros factores de riesgo son los referidos al estado civil, en donde haber estado casado (separado o viudo) tiene casi el doble de riesgo de sufrir este tipo de trastornos que estar actualmente casado o en pareja, OR ajustada de 1,6.

En cuanto a los *trastornos de ansiedad* uno de los factores de riesgo es haber estado casado con una OR ajustada de 1,6 en relación a los que están casados o viven en pareja. Como ocurría en los trastornos del ánimo, otros factores importantes son los asociados a la ocupación: las personas de baja por enfermedad tienen un riesgo de 6,7 más veces que las que están trabajando, los discapacitados (OR ajustada 4,4) y los desempleados (OR ajustada de 2,2).

En los trastornos por *consumo de sustancias* un factor importante es la edad, ya que con 25-34 años se tiene el doble de posibilidades de padecer este tipo de trastorno (OR ajustada 2,4) que con 18-24 años. El no haber estado nunca casado supone un riesgo de sufrir esta patología de 3,8 veces más respecto a estar casado o en pareja.

Tabla 7. Prevalencia-año y odds ratio bruta y ajustada de padecer un trastorno mental según factores sociodemográficos en España, ESEMeD 2002 (I).

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	Cualquier trastorno del estado de ánimo (12 meses)			Cualquier trastorno de ansiedad (12 meses)			Cualquier trastorno por consumo de sustancias (12 meses)			Cualquier trastorno (12 meses)		
	Prevalencia (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR multivariante (IC 95%)	Prevalencia (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR multivariante (IC 95%)	Prevalencia (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR multivariante (IC 95%)	Prevalencia (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR multivariante (IC 95%)
SEXO												
Varón	2,3 (1,6-3,0)	1,0	1,0	2,5 (1,7-3,2)	1,0	1,0	1,4 (0,8-2,1)	1,0	1,0	5,2 (4,1-6,3)	1,0	1,0
Mujer	6,2 (5,2-7,3)	2,9 (2,0-4,1)	2,8 (1,9-4,1)	7,6 (6,4-8,8)	3,3 (2,3-4,6)	2,8 (1,9-4,1)	0,1 (0,0-0,1)	0,0 (0,0-0,2)	0,0 (0,0-0,2)	11,4 (10-12,8)	2,3 (1,8-3,0)	2,4 (1,8-3,1)
EDAD (AÑOS)												
18-24	3,8 (2,2-5,3)	1,0	1,0	7,8 (5,3-10,4)	1,0	1,0	0,8 (0,1-1,6)	1,0	1,0	10,1 (7,3-12,9)	1,0	8,5 1,0
25-34	3,4 (2,2-4,7)	0,9 (0,5-1,6)	0,9 (0,5-1,7)	4,2 (2,9-5,6)	0,5 (0,3-0,9)	0,9 (0,5-1,7)	1,7 (0,3-3,1)	2,0 (0,6-7,0)	2,4 (0,5-11,5)	8,5 (6,3-10,8)	0,8 (0,5-1,3)	0,7 (0,4-1,2)
35-49	4,5 (3,1-5,9)	1,2 (0,7-2,0)	1,0 (0,5-2,0)	4,5 (3,2-5,8)	0,6 (0,4-0,9)	1,0 (0,5-2,0)	0,8 (0,3-1,3)	0,9 (0,3-2,8)	2,3 (0,5-10,5)	8,4 (6,6-10,2)	0,8 (0,6-1,2)	0,7 (0,4-1,1)
50-64	5,4 (3,8-7,0)	1,5 (0,9-2,5)	1,0 (0,5-2,0)	6,0 (4,3-7,7)	0,8 (0,5-1,2)	1,0 (0,5-2,0)	0,2 (-0,1-0,5) a	0,2 (0,0-1,2) a	1,0 (0,2-5,0) a	9,1 (6,8-11,3)	0,9 (0,6-1,3)	0,6 (0,4-1,0)
>65	4,4 (3,1-5,7)	1,2 (0,7-2,0)	0,5 (0,2-1,2)	3,9 (2,8-5,0)	0,5 (0,3-0,8)	0,5 (0,2-1,2)	-	-	-	6,6 (5,1-8,1)	0,6 (0,4-0,9)	0,3 (0,2-0,7)
ESTADO CIVIL												
Casado o en pareja	4,2 (3,4-5,0)	1,0	1,0	5,0 (4,1-5,8)	1,0	1,0	0,4 (0,1-0,6)	1,0	1,0	7,7 (6,6-8,8)	1,0	1,0
Previamente casado	8,1 (5,7-10,4)	2,0 (1,4-2,9)	1,6 (1,0-2,4)	7,1 (4,5-9,7)	1,5 (1,0-2,3)	1,6 (1,0-2,4)	0,2 (-0,1-0,5)	0,5 (0,1-2,7)	1,9 (0,4-10,3)	12,9 (9,8-16,0)	1,8 (1,3-2,5)	1,7 (1,2-2,4)
Nunca casado	3,3 (2,2-4,5)	0,8 (0,5-1,2)	0,8 (0,5-1,2)	4,8 (3,3-6,3)	1,0 (0,7-1,4)	0,8 (0,5-1,2)	1,8 (0,7-3,0)	5,0 (2,0-12,4)	3,8 (1,6-9,0)	8,8 (6,8-10,8)	1,2 (0,9-1,6)	1,0 (0,7-1,4)
EDUCACIÓN (AÑOS)												
0-4	6,1 (4,3-7,9)	1,0	1,0	5,8 (3,9-7,6)	1,0	1,0	0,4 (-0,4-1,2)	1,0	1,0	9,1 (6,7-11,6)	1,0	1,0
5-8	4,2 (3,1-5,3)	0,7 (0,5-1,0)	0,7 (0,5-1,1)	5,7 (4,2-7,2)	1,0 (0,6-1,5)	0,7 (0,5-1,1)	0,4 (0,0-0,8)	1,1 (0,1-9,4)	0,3 (0,0-2,2)	8,5 (6,7-10,2)	0,9 (0,6-1,3)	0,8 (0,6-1,2)
9-12	3,7 (2,5-4,8)	0,6 (0,4-0,9)	0,7 (0,4-1,1)	5,0 (3,6-6,4)	0,9 (0,6-1,3)	0,7 (0,4-1,1)	1,0 (-0,1-2,1)	2,6 (0,3-24,1)	0,4 (0,1-2,7)	8,5 (6,5-10,4)	0,9 (0,6-1,3)	0,8 (0,5-1,2)
>13	4,2 (3,1-5,3)	0,7 (0,4-1,0)	0,9 (0,5-1,4)	4,7 (3,5-5,9)	0,8 (0,5-1,2)	0,9 (0,5-1,4)	0,9 (0,4-1,4)	2,3 (0,3-17,5)	0,3 (0,0-2,0)	8,2 (6,7-9,8)	0,9 (0,6-1,3)	0,8 (0,5-1,2)

(a) En trastornos por consumo de sustancias las categorías de edad mayor de 50 años se han agrupado debido al pequeño número de casos.

Tabla 7. Prevalencia-año y odds ratio bruta y ajustada de padecer un trastorno mental según factores sociodemográficos en España, ESEMeD 2002 (II).

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	Cualquier trastorno del estado de ánimo (12 meses)			Cualquier trastorno de ansiedad (12 meses)			Cualquier trastorno por consumo de sustancias (12 meses)			Cualquier trastorno (12 meses)		
	Prevalencia (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR multivariante (IC 95%)	Prevalencia (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR multivariante (IC 95%)	Prevalencia (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR multivariante (IC 95%)	Prevalencia (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR multivariante (IC 95%)
TAMAÑO DEL MUNICIPIO												
<10.000	3,8 (2,6-5,0)	1,0	1,0	5,2 (3,7-6,6)	1,0	1,0	1,0 (0,0-2,0)	1,0	1,0	7,9 (6,1-9,7)	1,0	1,0
10.001-50.000	4,2 (2,9-5,6)	1,1 (0,7-1,8)	1,1 (0,7-1,7)	5,2 (3,7-6,8)	1,0 (0,7-1,6)	1,1 (0,7-1,7)	0,2 (-0,1-0,5)	0,2 (0,0-1,1)	0,2 (0,0-1,1)	8,4 (6,5-10,3)	1,1 (0,8-1,5)	1,0 (0,7-1,4)
50.001-500.000	4,1 (3,0-5,2)	1,1 (0,7-1,7)	1,0 (0,7-1,6)	5,0 (3,8-6,2)	1,0 (0,7-1,4)	1,0 (0,7-1,6)	0,7 (0,3-1,2)	0,7 (0,2-2,5)	0,8 (0,3-2,4)	8,0 (6,5-9,6)	1,0 (0,7-1,4)	1,0 (0,7-1,3)
>500.000	5,7 (3,9-7,6)	1,5 (1,0-2,5)	1,5 (0,9-2,4)	5,1 (3,4-6,9)	1,0 (0,6-1,6)	1,5 (0,9-2,4)	1,1 (0,3-1,9)	1,1 (0,3-4,0)	1,3 (0,4-4,4)	10,1 (7,5-12,7)	1,3 (0,9-1,9)	1,2 (0,8-1,8)
TRABAJO												
Empleo remunerado	2,9 (2,1-3,7)	1,0	1,0	4,5 (3,4-5,5)	1,0	1,0	7,4 (6,1-8,7)	1,0	1,0	7,4 (6,1-8,7)	1,0	1,0
Desempleo	6,6 (3,8-9,4)	2,4 (1,4-4,0)	2,2 (1,3-3,8)	7,8 (4,7-10,9)	1,8 (1,1-2,9)	2,2 (1,3-3,8)	14,7 (10,0-19,4)	2,0 (0,4-9,2)	1,8 (0,4-8,6)	14,7 (10,0-19,4)	2,2 (1,4-3,3)	1,8 (1,2-2,9)
Jubilado/a	4,2 (2,9-5,5)	1,5 (0,9-2,3)	2,0 (1,1-3,9)	3,9 (2,7-5,1)	0,9 (0,6-1,3)	2,0 (1,0-3,9)	-	-	-	6,2 (4,7-7,7)	0,8 (0,6-1,1)	1,2 (0,7-2,0)
Amo/a de casa	5,3 (3,5-7,0)	1,9 (1,2-2,9)	1,2 (0,8-1,9)	6,6 (4,5-8,6)	1,5 (1,0-2,3)	1,2 (0,8-1,9)	-	-	-	9,7 (7,3-12,1)	1,4 (1,0-1,9)	1,0 (0,7-1,5)
Estudiante	4,0 (1,1-6,9)	1,4 (0,6-3,2)	1,5 (0,6-3,7)	4,5 (1,7-7,3)	1,0 (0,5-2,0)	1,5 (0,6-3,7)	7,3 (3,7-10,9)	0,5 (0,1-2,1)	0,6 (0,1-4,2)	7,3 (3,7-10,9)	1,0 (0,6-1,7)	0,7 (0,4-1,5)
Baja maternidad	10,2 (3,6-16,9) ^b	3,8 (1,7-8,3) ^b	3,4 (1,6-7,4) ^b	7,3 (-6,4-21,1)	1,7 (0,2-13,0)	3,4 (1,6-7,4)	-	-	-	7,3 (-6,4-21,1)	1,0 (0,1-7,6)	0,6 (0,1-4,9)
Baja enfermedad	-	-	-	10,3 (3,7-17,0)	2,4 (1,2-5,2)	6,7 (3,6-12,4)	-	-	-	15,4 (6,9-23,9)	2,3 (1,2-4,5)	2,4 (1,2-4,8)
Discapacitado	15,8 (9,3-22,3)	6,3 (3,5-11,1)	6,7 (3,6-12,4)	9,0 (4,3-13,6)	2,1 (1,1-3,8)	4,4 (0,8-25,0)	-	-	-	19,4 (12,2-26,6)	3,0 (1,8-5,0)	3,4 (2,0-5,8)
Otros	12,9 (-4,1-29,9)	4,9 (1,1-23,3)	4,4 (0,8-25,0)	6,7 (-6,0-19,4)	1,5 (0,2-12,0)	0,9 (0,2-4,1)	8,7 (7,4-10,0) ^c	0,05 (0,0-0,1) ^c	0,0 (0,0-0,5) ^c	12,9 (-4,1-29,9)	1,9 (0,4-8,6)	1,7 (0,3-8,7)
NS/NC	2,8 (-1,4-7,1)	1,0 (0,2-4,7)	0,9 (0,2-4,1)	-	-	-	-	-	-	2,8 (-1,4-7,1)	0,4 (0,1-1,7)	0,3 (0,1-1,5)

(b) En trastornos del estado de ánimo las categorías de baja maternal y de enfermedad se han agrupado debido al pequeño número de casos.

(c) En trastornos por consumo de sustancias las categorías de baja maternal y enfermedad, jubilados, ama de casa y discapacidad se han agrupado en "Otros" debido al pequeño número de casos.

Fuente: Haro JM, Palacín C, Vilagut G, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin 2006; 126 (12): 445-51.

Si se analiza el *nivel de gravedad*[†] de los trastornos estudiados, en España los que presentan mayor prevalencia-año son los leves (5,3%). Las personas con procesos de mayor nivel de gravedad tienen una media de 81,4 días/año en los que su trastorno interfiere con sus actividades cotidianas, lo que repercute negativamente en su recuperación, a la vez que supone unos elevados costes familiares, sociales y económicos⁽²⁰⁾ (tabla 8).

Tabla 8. Prevalencia-año, días de sintomatología y personas en tratamiento según nivel de gravedad de los principales trastornos mentales en España. ESEMeD, 2002.

	Grave	Moderado	Leve
Prevalencia año (%)	1,0	2,9	5,3
Días sin poder realizar sus actividades cotidianas	81,4	10,5	0,1
Personas en tratamiento (%)	64,5	37,9	35,2

Fuente: The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Jama* 2004; 2; 291 (21): 2581-90.

Basándonos en los resultados del estudio ESEMeD-España, se puede estimar que en Andalucía en el año 2006, unas 677.932 personas padecerían algunos de estos trastornos mentales, de los cuales 79.757 tendrían la consideración de graves.

En Andalucía, en el año 2005 se configuró el *Proceso Asistencial Integrado de Trastorno Mental Grave* (TMG)⁽²¹⁾ para la atención específica de aquellos pacientes con estos diagnósticos clínicos[‡] y teniendo en cuenta la duración del trastorno y el funcionamiento social, familiar y laboral de la persona afectada.

No existen estudios con metodología homogénea que permitan estimar la prevalencia en la población del TMG, aunque sí de la morbilidad atendida en los dispositivos de salud mental. No obstante, existe consenso en que, aproximadamente, entre 1,5 y 2,5 por cada 1.000 personas de la población general sufre estos tipos de trastornos⁽²¹⁾.

[†] Según clasificación de niveles de severidad del estudio ESEMeD.

[‡] Categorías Diagnósticas según CIE-10: F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29, F30, F31, F32, F33.2, F60.0, F60.3, F60.1.

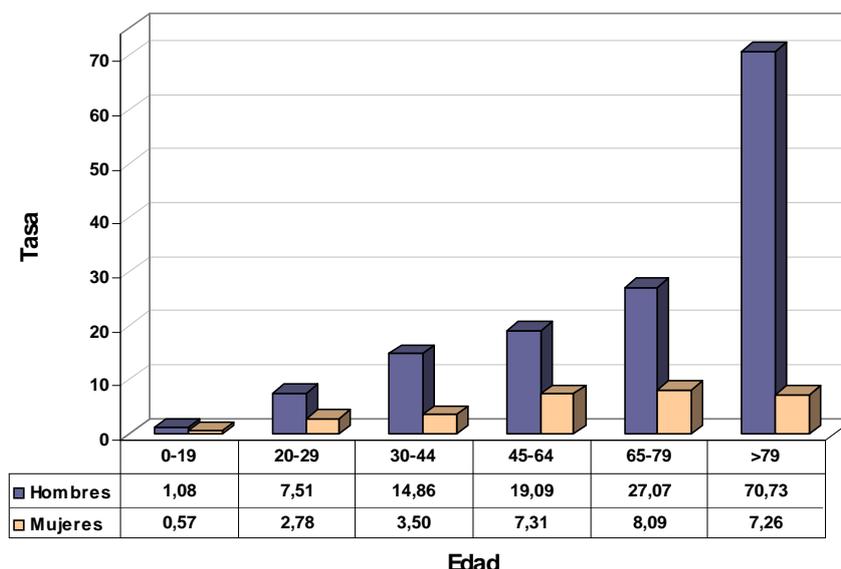
1.5.3. Suicidios y enfermedad mental

En Andalucía, en el año 2006, la mortalidad por suicidio representó el 1,16% del total de defunciones de la Comunidad Autónoma⁽²²⁾.

Los indicadores de suicidio tienen muchas limitaciones respecto a su fiabilidad, dado que, por razones culturales, legales y económicas, están presumiblemente infrarregistrados. Además, en algunos casos, determinados accidentes registrados como tales, pueden responder a una ideación suicida.

En las tasas de suicidios específicas por grupo de edad (gráfico 14), se observa un notable incremento conforme aumenta la edad, en ambos sexos, siendo especialmente destacable en hombres mayores de 64 años. Es de señalar que a partir de esta edad, como ya se ha comentado anteriormente, existen más factores de riesgo, como son la mayor prevalencia de trastornos depresivos, la más frecuente carencia de apoyo social, la alta frecuencia de enfermedades graves, etc.

Gráfico 14. Suicidios según grupo de edad y sexo. Tasas por 100.000 habitantes. Andalucía, 2006.

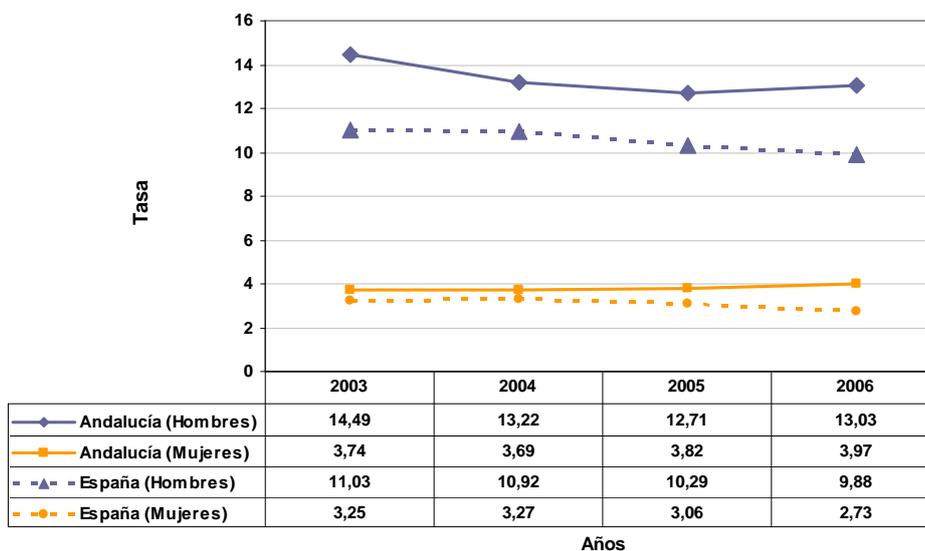


Fuentes: - Defunciones según causa de muerte, 2006. Instituto de Estadística de Andalucía.
- Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero 2006. Instituto de Estadística de Andalucía.

Los hombres presentan tasas brutas más altas de suicidio que las mujeres, siendo en el año 2006, de 13,97 y 4,33 por cada 100.000 habitantes, respectivamente. Estas diferencias son coincidentes con la mortalidad por suicidio encontrada en otros países de nuestro entorno y en parte podrían explicarse por los patrones tradicionalmente masculinos de socialización existentes en nuestra cultura.

En los últimos años, como se muestra en el gráfico 15, las tasas de mortalidad por suicidio de Andalucía ajustadas a población europea, se sitúan en hombres por encima de las nacionales⁽²³⁾, siendo sin embargo muy similares en las mujeres. No disponemos en la actualidad de una explicación que justifique esta diferencia.

Gráfico 15. Evolución de las tasas ajustadas de suicidio por 100.000 habitantes y sexo, 2003-2006.



Fuentes - Defunciones según causa de muerte, 2003-2006. Instituto de Estadística de Andalucía e Instituto Nacional de Estadística.

- Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2003 y 2006. Instituto de Estadística de Andalucía e Instituto Nacional de Estadística.

1.5.4. Incapacidad laboral y enfermedad mental

Los datos de la Encuesta Andaluza de Salud de 2007 muestran que las personas en situación de incapacidad e invalidez constituyen un subgrupo de especial riesgo para el padecimiento de problemas de salud mental, con cifras claramente superiores al resto de las categorías en salud mental autopercebida y diagnosticada (autodeclarada). De hecho, en este grupo, un 9,5% de las personas encuestadas (10,30% de hombres y 8,10% de mujeres) declaran padecer problemas

de nervios, depresión u otros trastornos mentales autopercebidos y un 23,8% (22,10% de hombres y 27% de mujeres) declaran haber sido diagnosticadas por personal médico de depresión y/o ansiedad.

Actualmente la Consejería de Salud dispone de un registro que recoge los episodios de incapacidad laboral en Andalucía (Sistema de Información SIGILUM). Al analizar las bajas durante un año (del 1 de mayo de 2006 al 30 de abril de 2007), se observa que el total de bajas laborales de este periodo es de 712.553, de las cuales 41.051 (5,76%) corresponden a bajas por trastornos mentales^k. La tasa en Andalucía de bajas por trastorno mental es de 13,40 por 1.000 habitantes en activo.

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

Estos datos son similares a los reflejados en el Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010⁽²⁴⁾. En esa Comunidad Autónoma, el 5% del total de las incapacidades temporales son debidas a trastornos mentales, con una duración media por proceso de 102 días, alcanzando al 1% de la población activa.

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

Si se desagregan los datos por *Distrito Sanitario de Atención Primaria*, se observan grandes diferencias entre los mismos en cuanto a las tasas de bajas por 1.000 habitantes en activo y duración media de las bajas en este periodo (tabla 9).

Los que presentan mayores tasas por habitante son el Distrito Málaga y el Distrito Campo de Gibraltar, con 24,28 y 19,12 bajas por 1.000 habitantes activos, respectivamente.

La duración media de las bajas es muy variable, destacando el Distrito de Sierra de Cádiz con una media muy superior (159 días) y, sin embargo, una tasa de sólo 3,90 bajas por cada 1.000 habitantes activos.

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

En general, existe una correlación inversa entre tasa y duración media de las bajas. Es decir, aquellos distritos que presentan menores tasas de incapacidad tienen una duración media de las mismas mayor, produciéndose este patrón, en general, en aquellos distritos de ámbito básicamente rural.

Tabla 9. Bajas por trastorno mental, duración media y tasas por 1.000 habitantes activos según Distrito de Atención Primaria. SSPA, 2006-2007.

Provincia	Distritos	Bajas	Tasas x 1.000 habitantes	Duración media (días)
Almería	A. G. S. Norte de Almería	257	7,48	101,1
	Almería	1.386	12,02	86,2
	Poniente de Almería	976	9,70	95,4
Cádiz	A. G. S. Campo de Gibraltar	1.656	19,12	79,9
	Bahía de Cádiz-La Janda	3.192	16,91	76,9
	Jerez-Costa Noroeste	1.831	15,11	88,3
	Sierra de Cádiz	166	3,90	159,0
Córdoba	A. G. S. Norte de Córdoba	182	6,02	137,3
	Córdoba	2.311	17,36	91,5
	Córdoba Sur	813	8,07	137,1
	Guadalquivir	236	5,44	137,8
Granada	A. G. S. Sur de Granada	448	10,72	119,7
	Granada	1.816	13,96	97,2
	Granada Nordeste	185	7,68	130,9
	Metropolitano de Granada	1.063	9,48	122,3
Huelva	Condado-Campiña	1.812	15,95	105,8
	Huelva-Costa	544	7,42	122,2
	Sierra de Huelva-Andévalo Central	246	14,78	130,5
Jaén	Jaén	502	7,18	101,1
	Jaén Nordeste	306	7,04	112,4
	Jaén Norte	841	13,58	104,8
	Jaén Sur	253	8,31	88,3
Málaga	A. G. S. Norte de Málaga	343	9,74	113,2
	A. G. S. Serranía de Málaga	243	17,03	92,2
	Axarquía	511	11,73	118,3
	Costa del Sol	1.979	10,85	77,7
	Málaga	6.362	24,28	94,3
	Valle del Guadalhorce	287	6,18	165,8
Sevilla	A. G. S. de Osuna	343	5,31	89,2
	Aljarafe	1.642	12,05	87,5
	Sevilla	6.081	20,00	71,5
	Sevilla Norte	374	3,80	81,1
	Sevilla Sur	1.809	11,15	91,4
TOTAL		41.051	13,40	92,60

Fuente: Sigilum XXI. Consejería de Salud.

El 76% de las incapacidades laborales por trastorno mental de este periodo se debe a *Trastornos de Ansiedad, Depresión y Somatizaciones* (ADS)¹, (31.199 bajas), con una tasa de 10,18 por cada 1.000 habitantes en activo y una duración media de 88,8 días. En la tabla siguiente se detalla la tasa y la duración media de las bajas para este grupo de patologías por distrito de atención primaria.

Tabla 10. Bajas por Ansiedad, Depresión y Somatizaciones, duración media y tasas por 1.000 habitantes activos según Distrito de Atención Primaria. SSPA, 2006-2007.

Provincia	Distritos	Bajas	Tasas x 1.000 habitantes	Duración media (días)
Almería	A. G. S. Norte de Almería	187	5,44	37,3
	Almería	1.030	8,93	134,3
	Poniente de Almería	694	6,90	88,1
Cádiz	A. G. S. Campo de Gibraltar	1.301	15,02	215,0
	Bahía de Cádiz-La Janda	2.406	12,75	99,0
	Jerez-Costa Noroeste	1.423	11,75	-
	Sierra de Cádiz	101	2,37	25,0
Córdoba	A. G. S. Norte de Córdoba	135	4,47	12,0
	Córdoba	1.836	13,79	28,1
	Córdoba Sur	654	6,49	87,5
	Guadalquivir	175	4,03	-
Granada	A. G. S. Sur de Granada	340	8,14	54,0
	Granada	1.372	10,55	101,8
	Granada Nordeste	134	5,56	-
	Metropolitano de Granada	806	7,19	83,7
Huelva	Condado-Campiña	392	5,34	24,5
	Huelva-Costa	1.367	12,03	47,8
	Sierra de Huelva-Andévalo Central	190	11,42	134,7
Jaén	Jaén	311	4,45	54,8
	Jaén Nordeste	213	4,90	294,5
	Jaén Norte	660	10,66	198,0
	Jaén Sur	194	6,37	-
Málaga	A. G. S. Norte de Málaga	255	7,24	103,9
	A. G. S. Serranía de Málaga	185	12,96	58,9
	Axarquía	397	9,11	141,1
	Costa del Sol	1.471	8,07	65,9
	Málaga	4.983	19,02	95,2
	Valle del Guadalhorce	201	4,33	64,1
Sevilla	A. G. S. de Osuna	271	4,19	119,8
	Aljarafe	1.252	9,19	57,5
	Sevilla	4.649	15,29	61,1
	Sevilla Norte	243	2,47	22,0
	Sevilla Sur	1.371	8,45	48,9
TOTAL		31.199	10,30	88,8

Fuente: Sigilum XXI. Consejería de Salud.

¹ Códigos de diagnóstico según definición de Proceso Asistencial Integrado de Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (ADS). Consejería de Salud.

1.5.5. Población penitenciaria y enfermedad mental

La información sobre el número de personas con trastorno mental internadas en centros penitenciarios es escasa. Uno de los principales estudios a nivel internacional es el trabajo de Fazel y Danesh⁽²⁵⁾, publicado en 2001, que revisa la información disponible de 62 estudios en 12 países que incluían a un total de 22.790 personas internas. Los datos que aportan sobre la prevalencia de enfermedades mentales graves son: 3,7% de hombres y 4% de mujeres con trastornos psicóticos; un 10% de hombres y un 12% de mujeres con depresión mayor; y un 65% de hombres y un 42% de mujeres con trastornos de la personalidad (trastorno antisocial de la personalidad, 47% y 21% en hombres y mujeres, respectivamente).

Según estos datos, se observa que, en relación con la población general, las personas internas en centros penitenciarios padecen entre 2 y 4 veces más trastornos psicóticos y depresiones mayores, y casi 10 veces más trastornos antisociales de la personalidad.

La OMS estima que en las sociedades occidentales, la incidencia de alteraciones psiquiátricas es hasta 7 veces mayor en la población penitenciaria respecto a la población general, existiendo un mayor índice de problemas psiquiátricos graves y trastornos adaptativos.

Esta circunstancia podría deberse a que las personas con enfermedad mental tengan más probabilidad para ser internadas en un centro penitenciario, a que el entorno penitenciario aumente el riesgo de enfermar, o a una combinación de ambos factores⁽²⁶⁾, debiéndose avanzar en el conocimiento sobre este colectivo.

En España, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias ha publicado, en el año 2007, un estudio realizado en 64 centros penitenciarios (excluyendo los hospitales psiquiátricos), con objeto de conocer la prevalencia de trastorno mental en el medio penitenciario⁽²⁷⁾.

La población interna en estos centros en el año 2006 era de 54.831 personas, un 92% de hombres frente al 8% de mujeres. En cuanto a la edad, un 57% tenían edades comprendidas entre los 26 y 40 años.

El tamaño de la muestra del estudio fue de 1.009 personas, obteniéndose los datos a partir de la revisión de historias clínicas, tratándose, por tanto, de prevalencia conocida y registrada en la historia clínica.

Previo al ingreso, un 8% de las personas internadas tenían registrados antecedentes psiquiátricos sin consumo de drogas, un 9,6% presentaban patología dual y un 34,6% tenían un historial de abuso o dependencia de drogas sin antecedentes psiquiátricos.

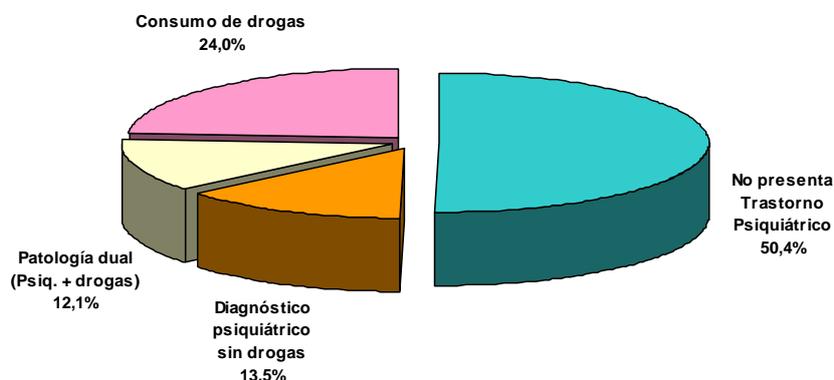
Los principales trastornos mentales recogidos como antecedentes, excluyendo el consumo de drogas de manera aislada, fueron los trastornos afectivos (6,9%), trastornos de la personalidad (6,9%) y trastornos psicóticos (2,6%). Hay que tener en cuenta que una misma persona puede tener varios diagnósticos psiquiátricos. Estos porcentajes son coincidentes con otros trabajos realizados a nivel internacional^(28,29,30).

Además, se analizaron los diagnósticos psiquiátricos desde su ingreso en el centro penitenciario recogidos en la historia clínica. Un 13,5% de las personas internadas presentaron trastornos psiquiátricos sin consumo de drogas, un 12,1% patología dual y un 24,0% abuso o dependencia de drogas sin patología psiquiátrica (gráfico 16).

Los principales trastornos mentales que padecen las personas internas^m, excluyendo el consumo de drogas de manera aislada, son los trastornos afectivos (12,8%), trastornos de la personalidad (9,4%) y trastornos psicóticos (3,4%). Las cifras encontradas son similares a las de otros estudios⁽²⁵⁾, a excepción de los trastornos de la personalidad, que presentan tasas más bajas, posiblemente atribuidas a un infrarregistro de esta patología en la historia clínica.

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

Gráfico 16. Diagnóstico psiquiátrico registrado en la historia clínica, 2006.



Fuente: Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Estrategia Global de Actuación en Salud Mental. 2007.

En cuanto al tratamiento, el 30,6% de las personas internadas tenían prescrito uno o varios psicofármacos en el momento de recogida de información, principalmente benzodiazepinas (28,7%), antidepresivos (15,8%) y antipsicóticos (10,6%). Además, un 11% tomaba psicofármacos junto con metadona y un 5,6% solamente metadona.

Por último, las tentativas de suicidio previas al internamiento se recogían en un 3% de estas personas. Ya dentro del centro penitenciario, se registraron intentos de autolisis en un 2,7% de la población interna en un añoⁿ.

1.5.6. Personas sin hogar y enfermedad mental

En España, las estimaciones indican que existen alrededor de 100.000 *Personas Sin Hogar* (PSH) ⁽³¹⁾, caracterizadas por la ausencia de hogar, empleo y lazos sociales, lo que supone una forma extrema de exclusión social.

La Encuesta sobre las Personas Sin Hogar⁽³²⁾ del año 2005 realizada en España a 21.900 personas (el 19,54% en Andalucía) que acudían a centros que ofrecen servicios de alojamiento y/o restauración, muestra que la distribución de esta población está compuesta por un 82,7%

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

de hombres y 17,3% de mujeres, con una edad media en torno a los 38 años. El 46% de las personas sin hogar tenía descendencia, aunque sólo una décima parte vivía con ellas.

En cuanto al alojamiento, el 45,6% se cobija al margen de la red asistencial existente (pisos ocupados ilegalmente, espacios públicos o alojamientos de fortuna^o). El desempleo es uno de los grandes problemas que afecta a este colectivo, ya que sólo el 11,8% tenía trabajo, estando los ingresos medios mensuales por debajo de los 300€ en el 50% de las PSH. Atendiendo a la nacionalidad, el 51,8% de estas personas eran españolas y el 48,2% extranjeras. Entre las personas extranjeras, el 43,6% procedían de África y el 37,5% de Europa.

En el ámbito internacional, hay estudios que señalan la prevalencia de trastornos mentales graves en personas sin hogar entre el 25%-35%⁽³³⁾. Si se incluyen otros trastornos como los de ansiedad, los de la personalidad y los de abuso/dependencia de drogas, los datos pueden llegar al 80%⁽³¹⁾. En general, dichos estudios ponen de manifiesto que los problemas de salud mental no sólo pueden ser anteriores sino que también pueden presentarse como consecuencia de la propia situación de las personas sin hogar.

Existen escasos estudios sobre la patología mental de las personas sin hogar en España, limitándose habitualmente a un servicio, grupos de servicios, o a una ciudad.

En la tabla 11 se presentan los principales resultados obtenidos por aquellos estudios españoles en los que se realizaron diagnósticos utilizando instrumentos estandarizados. En estos estudios existen grandes diferencias respecto a la proporción de trastornos mentales entre la población sin hogar, posiblemente atribuibles a la definición de los criterios de inclusión y la metodología empleada. Los resultados muestran que del 14% al 67% de las personas sin hogar tienen algún trastorno psiquiátrico en España, mientras que a escala europea la prevalencia de patología mental en este colectivo oscila entre el 50% y el 70%⁽³⁴⁾, siendo estas cifras claramente mayores que en la población general.

^o Alojamientos de fortuna: Alojamiento en un espacio de un inmueble no previsto para su uso como dormitorio (hall del inmueble, pasillo, escalera), garaje, cueva, coche abandonado, etc.

Tabla 11. Principales estudios nacionales de trastorno mental entre las personas sin hogar.

ESTUDIO	DIS, 1975	Martín Barroso, 1985	Rico et al., 1994	Lucas et al., 1995	Vega, 1996	Muñoz et al., 1998
Ámbito	España	España	Aranjuez	Barcelona	Gijón	Madrid
Muestra	3.671 entrevistas y fichas personales realizadas en servicios de Cáritas a PSH	1.815 entrevistas a PSH en albergues y en las calles	524 entrevistas a PSH en un albergue	99 entrevistas a PSH en un albergue y en la calle	334 entrevistas a PSH que contactan con la oficina de información al transeúnte	262 entrevistas a PSH en albergues y en la calle
Instrumento	Instrumento "ad hoc" *	Instrumento "ad hoc" *	DSM III-R	PERI y MOR	CIDI	CIDI (DSM-III-R)
Prevalencia trastornos psicológicos/ psiquiátricos (%)	14	-	56	52	-	67
Esquizofrenia %	-	-	5	28**	12	2**
Depresión mayor %	-	-	2	-	15***	19***
Distimia %	-	-	0,6	-	-	-
Deterioro cognitivo grave %	-	-	0,8	-	6	6
Dependencia o abuso alcohol %	33	24	25	48	21	28
Dependencia o abuso de drogas %	-	10	6	30	13	10

* Instrumentos "ad hoc": Instrumentos diseñados específicamente para cada uno de los estudios reseñados.

** Cualquier diagnóstico psicótico. *** Cualquier diagnóstico afectivo.

CIDI: Composite Diagnostic International; DSM III-R Diagnostic and Statistical Manual III-Revised; PERI-M: Psychiatric Epidemiological Research Interview.

Fuente: Muñoz López M, Vázquez Cabrera JJ, Panadero Herrero S, Vázquez Valverde C, Características de las personas sin hogar en España: 30 años de estudios empíricos. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, Vol. 3, nº 2, pp. 100-116, 2003.

En España, la tasa de depresión mayor de las personas sin hogar se encuentra entre un 15% y un 19%, observándose también unos elevados índices de esquizofrenia, de un 5% a un 12%. En cuanto a la dependencia por consumo o abuso de alcohol, afecta entre el 21% y el 48% de las PSH, mientras que el consumo o abuso de drogas, estaría entre el 6% y el 30%.

Según recientes trabajos realizados por Cáritas, un 55% de las personas sin hogar no han manifestado ningún tipo de problema mental. También destaca que las enfermedades mentales no afectan por igual a los hombres que a las mujeres. La tasa de prevalencia en mujeres es casi el doble que en hombres⁽³⁵⁾.

En los datos obtenidos en la Campaña Sin Hogar 2007⁽³³⁾ se refleja que un 34% de este colectivo padece patología psiquiátrica, siendo las más frecuentes la esquizofrenia (9,2%), los trastornos del ánimo (9,7%) y los trastornos de la personalidad (5,5%).

En el año 2006 en Andalucía, un estudio realizado en las 8 provincias por el Defensor del Pueblo⁽³⁶⁾ en el que se entrevistaron a 269 personas que se encontraban sin techo, mostró que el 36% habían acudido en algún momento a un servicio médico por patología mental. El porcentaje en mujeres era superior al de hombres (40% frente al 35,5%). Esto puede deberse a que las mujeres, en general, tienden a solicitar más atención sanitaria, bien por sentirse más vulnerables, por prestar más cuidado a su salud o por haber vivido experiencias traumáticas, como episodios de violencia doméstica.

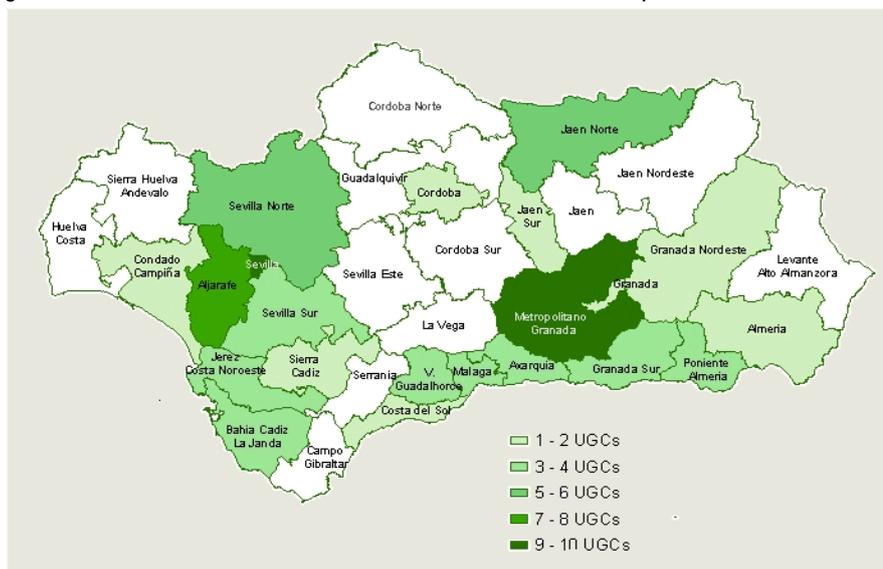
1.6. MORBILIDAD ATENDIDA

1.6.1. Atención primaria

Para caracterizar la morbilidad atendida en atención primaria se ha realizado el análisis de las personas con trastorno mental atendidas en este nivel asistencial utilizando la base de datos del proyecto "Medida de la casuística en Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria" realizado entre la Subdirección de Coordinación de Salud del *Servicio Andaluz de Salud* (SAS) y la *Escuela Andaluza de Salud Pública* (EASP).

Dicho proyecto se realizó con la información registrada en 75 *Unidades de Gestión Clínica* (UGC) cuya distribución por distritos de atención primaria se muestra en la siguiente figura. La población cubierta por estas UGCs, a 1 de enero de 2004, representaba el 18,07% (1.133.413 personas) del total de población usuaria del SSPA^p.

Figura 1. Distribución de las Unidades de Gestión Clínica del estudio por Distritos de Atención Primaria, 2004.



Fuente: Proyecto "Medida de la casuística en Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria". Subdirección de Coordinación de Salud del SAS y EASP.

En el proyecto se analizó la información de toda la población usuaria de dichas UGCs desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2004. Los datos estudiados se referían, tanto a características de las personas (edad, sexo y morbilidad registrada), como a información sobre utilización de

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

recursos sanitarios (número de visitas anuales realizadas, coste en pruebas diagnósticas, coste de derivaciones y gasto farmacéutico prescrito).

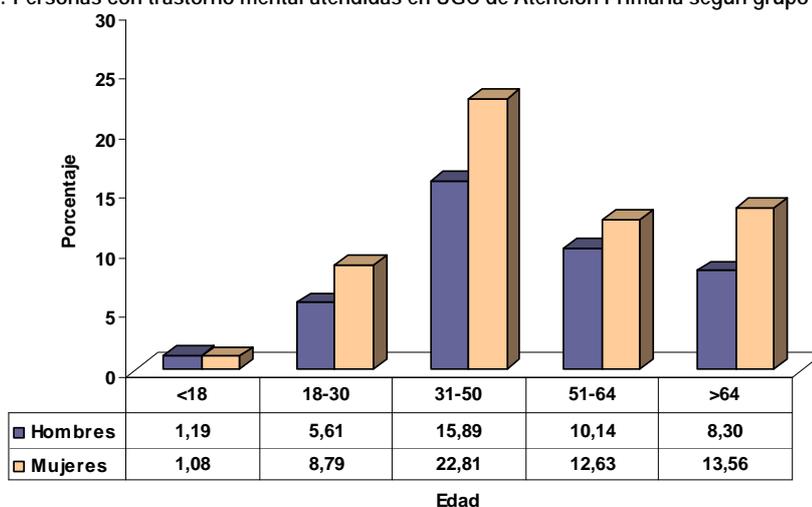
La población incluida en el análisis acudió a los centros de salud al menos una vez durante el año 2004, generando un total de 12.508.405 visitas.

En este año, el total de personas atendidas con algún problema de salud mental⁹ fue de 125.359 lo que representa un 11,10% de la población objeto de este estudio. Este grupo de pacientes generó 2.199.140 visitas por su trastorno mental y/o comorbilidad presente, lo que supone una media de 17,54 visitas/paciente/año (15,5 en hombres y 19,0 en mujeres).

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

En el siguiente gráfico se muestra la distribución por grupo de edad y sexo de las personas con trastorno mental. Como puede observarse, en todos los grupos de edad a excepción de los menores de 18 años, el porcentaje de mujeres fue superior al de hombres, siendo especialmente notable en los grupos de edad de 31-50 y mayores de 64 años.

Gráfico 17. Personas con trastorno mental atendidas en UGC de Atención Primaria según grupo de edad y sexo, 2004.



Fuente: Proyecto "Medida de la casuística en Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria". Subdirección de Coordinación de Salud del SAS y EASP

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

Caracterización de pacientes con trastorno mental por ACG

Los *Adjusted Clinical Groups* (ACG) son un sistema de clasificación de pacientes orientado a recoger la "complejidad clínica" o "umbral de enfermedad" del usuario y considerar ésta, junto con la edad y el sexo, como variables que explican la variabilidad observada en el uso de recursos durante un periodo de un año. Por tanto, a cada paciente le es asignado un ACG en función de la edad, el sexo y la morbilidad presente.

Como se muestra en la siguiente tabla, la distribución por ACG de las personas atendidas con trastorno mental sugiere que la mayoría presenta además otras comorbilidades descritas a través del número de *Ambulatory Diagnosis Groups* (ADGs, sistema de agrupación de diagnósticos utilizada para la clasificación en ACG).

Tabla 12. Distribución de personas con trastorno mental atendidas en UGC de Atención Primaria según ACG, 2004.

ACG	Descripción	Pacientes	%
04	Agudo grave	5	0,00
13	Psicosocial estable	11.651	9,29
14	Psicosocial inestable	2.180	1,74
15	Psicosocial inestable y estable	852	0,68
17	Embarazo	2.932	2,34
18	Agudo leve + Agudo grave	3	0,00
25	Agudo leve + Psicosocial estable	8.709	6,95
26	Agudo leve + Psicosocial inestable	839	0,67
27	Agudo leve + Psicosocial inestable y estable	347	0,28
28	Agudo grave + Recurrente	4	0,00
32	Agudo leve + Agudo grave + Recurrente, mayor de 12, sin alergias	1	0,00
35	Agudo leve + Recurrente + Psicosocial	5.076	4,05
36	Agudo leve + Agudo grave + Recurrente + Crónico estable	4	0,00
37	Agudo leve + Agudo grave + Recurrente + Psicosocial	3.449	2,75
38	Combinación de 2-3 ADGs, menor de 17 años	495	0,39
39	Combinación de 2-3 ADGs, hombre, entre 17-34 años	2.852	2,28
40	Combinación de 2-3 ADGs, mujer, entre 17-34 años	3.768	3,01
41	Combinación de 2-3 ADGs, mayor de 34 años	28.320	22,59
42	Combinación de 4-5 ADGs, menor de 17 años	452	0,36
43	Combinación de 4-5 ADGs, entre 17-44 años	9.171	7,32
44	Combinación de 4-5 ADGs, mayor de 44 años	22.558	17,99
45	Combinación de 6-9 ADGs, menor de 6 años	92	0,07
46	Combinación de 6-9 ADGs, entre 6-16 años	196	0,16

ACG	Descripción	Pacientes	%
47	Combinación de 6-9 ADGs, hombre, entre 17-34 años	467	0,37
48	Combinación de 6-9 ADGs, mujer, entre 17-34 años	1.269	1,01
49	Combinación de 6-9 ADGs, mayor de 34 años	18.275	14,58
50	Combinación de 10 ó más ADGs	1.359	1,08
53	Lactantes: menor de 1 año	33	0,03
TOTAL		125.359	100,00

Fuente: Proyecto "Medida de la casuística en Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria". Subdirección de Coordinación de Salud del SAS y EASP

Un 9,29% de las personas atendidas corresponde a pacientes que han acudido a consulta sólo por algún problema psicosocial estable en este periodo (ACG 13), un 1,74% sólo han presentado algún trastorno psicosocial inestable (ACG 14) y un 0,68% corresponde a pacientes con un trastorno psicosocial estable e inestable (ACG 15).

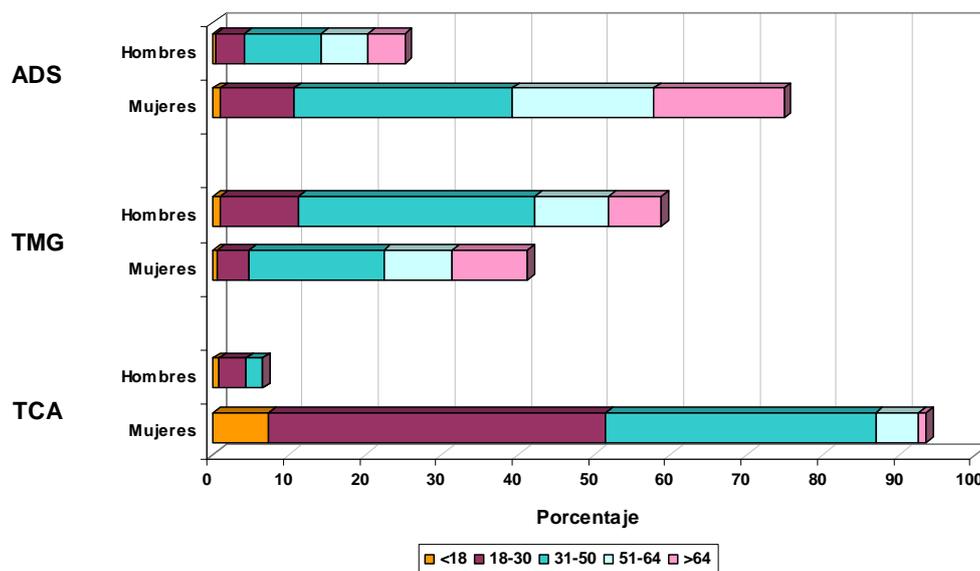
El resto de pacientes además de trastorno mental presentan otras patologías, por ejemplo, un 6,95% de pacientes fueron atendidos también algún proceso agudo leve.

Un 55,16% de las personas atendidas se agrupan en 3 ACGs con varias patologías: un 22,59% corresponde a población usuaria mayores de 34 años con 2-3 ADGs (ACG 41), un 17,99% son personas atendidas mayores de 44 años con 4-5 ADGs (ACG 44) y un 14,58% corresponde a personas atendidas de 34 años con 6-9 ADGs (ACG 49). Estos datos apoyarían las interrelaciones entre la enfermedad mental y física descritas en la bibliografía.

A continuación se describen algunos aspectos en relación a los procesos asistenciales o grupos de diagnóstico de especial interés en salud mental.

Un 58,40% de las personas atendidas con trastorno mental se incluirían en el proceso asistencial de Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (ADS), un 3,34% en el proceso Trastorno Mental Grave (TMG) y un 0,41% en el proceso de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). En el siguiente gráfico se muestra la distribución por edad y sexo de estos grupos de pacientes.

Gráfico 18. Personas de grupos de diagnóstico especiales atendidas en UGC de Atención Primaria según grupo de edad y sexo, 2004.



Fuente: Proyecto "Medida de la casuística en Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria". Subdirección de Coordinación de Salud del SAS y EASP.

Como puede observarse en el proceso *ADS* casi un 75% de las personas atendidas son mujeres y principalmente de edades comprendidas entre los 31 y 50 años (28,54%).

En el caso de la población atendida con *TMG* la distribución por sexo se invierte, un 58,86% son hombres y un 41,14% mujeres.

Las personas que padecen *TCA* son fundamentalmente mujeres de 18 a 30 años y de 31 a 50 años, representando estos grupos respectivamente el 44,12% y el 35,45% del total de personas atendidas por este tipo de trastornos.

Dado que las personas incluidas en un proceso asistencial pueden tener diferente carga de morbilidad, a continuación se presenta la caracterización de pacientes incluidos en cada uno de estos procesos en función de su perfil de ACG, mostrando así la variabilidad de su comorbilidad.

Tabla 13. Distribución de personas atendidas de grupos de diagnóstico especiales atendidos en UGC de Atención Primaria según ACG, 2004.

ACG	Descripción	ADS (%)	TMG (%)	TCA (%)	TIA (%)
13	Psicosocial estable	10,35	0,38	7,51	10,10
14	Psicosocial inestable	0,01	24,26	4,24	0,84
15	Psicosocial inestable y estable	0,30	3,54	2,89	0,37
17	Embarazo	2,63	0,81	5,39	0,19
25	Agudo leve + Psicosocial estable	6,71	0,17	5,01	22,54
26	Agudo leve + Psicosocial inestable	0,00	7,17	4,05	0,56
27	Agudo leve + Psicosocial inestable y estable	0,15	1,43	1,35	0,19
35	Agudo leve + Recurrente + Psicosocial	3,97	3,44	5,97	15,15
37	Agudo leve + Agudo grave + Recurrente + Psicosocial	3,04	2,08	6,94	7,02
38	Combinación de 2-3 ADGs, menor de 17 años	0,28	0,22	1,54	14,22
39	Combinación de 2-3 ADGs, hombre, entre 17-34 años	1,43	3,49	0,96	0,00
40	Combinación de 2-3 ADGs, mujer, entre 17-34 años	3,26	1,63	13,49	0,00
41	Combinación de 2-3 ADGs, mayor de 34 años	20,77	20,58	8,09	0,00
42	Combinación de 4-5 ADGs, menor de 17 años	0,20	0,24	1,93	17,40
43	Combinación de 4-5 ADGs, entre 17-44 años	7,21	6,96	13,68	0,00
44	Combinación de 4-5 ADGs, mayor de 44 años	18,83	12,00	4,05	0,00
45	Combinación de 6-9 ADGs, menor de 6 años	0,01	0,07	0,00	5,24
46	Combinación de 6-9 ADGs, entre 6-16 años	0,13	0,05	0,77	5,43
47	Combinación de 6-9 ADGs, hombre, entre 17-34 años	0,31	0,72	0,00	0,00
48	Combinación de 6-9 ADGs, mujer, entre 17-34 años	1,31	0,29	4,62	0,00
49	Combinación de 6-9 ADGs, mayor de 34 años	17,56	9,54	6,36	0,00
50	Combinación de 10 ó más ADGs	1,52	0,93	1,16	0,56
53	Lactantes: menor de 1 año	0,00	0,00	0,00	0,19
TOTAL		100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Proyecto "Medida de la casuística en Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria". Subdirección de Coordinación de Salud del SAS y EASP

En el proceso ADS la distribución de personas atendidas por ACG sigue un patrón similar al global de pacientes con trastorno mental. Son fundamentalmente personas atendidas que presentan varias patologías: un 20,77% corresponde a pacientes mayores de 34 años con 2-3 ADGs (ACG 41), un 18,83% son mayores de 44 años con 4-5 ADGs (ACG 44) y un 17,56% corresponde a pacientes de 34 años con 6-9 ADGs (ACG 49). Un 10,35% de la población atendida han acudido a consulta en este periodo solamente por algún problema considerado como psicosocial estable.

El perfil de morbilidad de las personas atendidas con *TMG* es diferente, un 24,26% son pacientes que sólo han presentado algún trastorno psicosocial inestable y un 20,58% corresponde a pacientes mayores de 34 años con 2-3 ADGs (ACG 41).

En cuanto a la población atendida con *TCA* destaca un mayor número de pacientes en ACG de edades más tempranas: un 13,68% corresponde a pacientes de 17 a 44 años con varias patologías (ACG 43) y un 13,49% a mujeres, entre 17 y 34 años con 2-3 ADG (ACG 40). Por último, un 11,75% de los pacientes han acudido a consulta únicamente por algún problema psicosocial, un 7,51% estable y un 4,24% inestable.

Utilización de recursos de pacientes con trastorno mental

La media de visitas al año en pacientes con trastorno mental se sitúa en 17,54, siendo la media del coste variable (pruebas diagnósticas, derivaciones y farmacia prescrita) de 452,77 euros.

Para describir la posible influencia de la tipología de pacientes en el uso de recursos se analiza el *índice casuístico*^r como medida de la "complejidad" de un grupo de pacientes en función de la intensidad de recursos necesaria para su atención respecto del estándar.

Un índice casuístico mayor de 1 nos indica una "complejidad" de pacientes mayor que la del estándar. Como estándar se ha considerado el total de población atendida en las 75 UGCs.

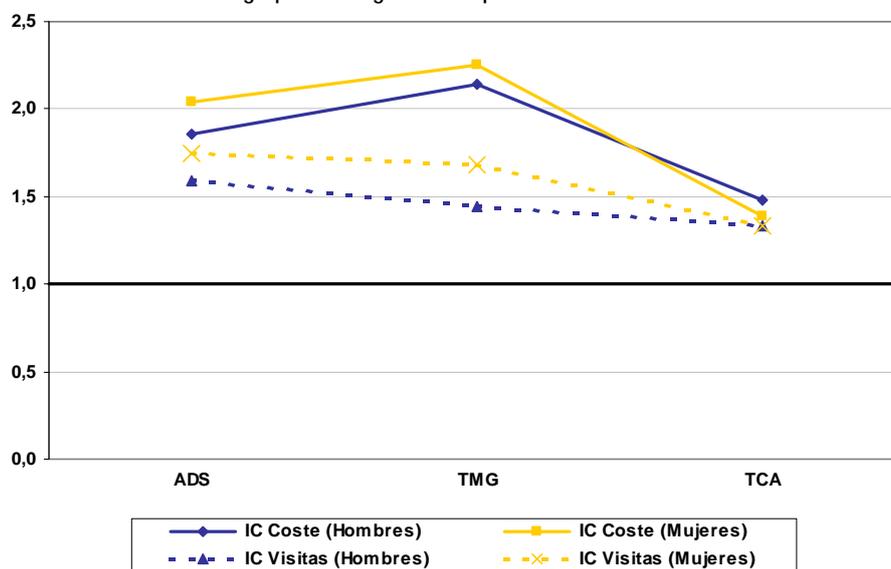
En cuanto al número de visitas, las personas con trastorno mental tienen un índice casuístico mayor que el estándar, 1,58 en hombres y 1,69 en mujeres, lo que nos indica que estos pacientes presentan más "complejidad" que el estándar, requiriendo para su atención mayor número de visitas que un paciente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

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

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

En el siguiente gráfico se representan los índices casuísticos de las personas incluidas en los procesos asistenciales.

Gráfico 19. Índices casuísticos de grupos de diagnóstico especiales atendidos en UGC de Atención Primaria, 2004



Fuente: Proyecto "Medida de la casuística en Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria". Subdirección de Coordinación de Salud del SAS y EASP

Los índices casuísticos correspondientes a pacientes incluidos en el proceso *ADS* son similares a los del total de personas con trastorno mental, 1,59 en hombres y 1,75 en mujeres en cuanto al número de visitas y 1,86 en hombres y 2,04 en mujeres para el coste variable.

Las personas atendidas con *TMG* muestran similar "complejidad" en cuanto número de visitas, 1,44 en hombres y 1,68 en mujeres, siendo el índice casuístico relativo al coste variable, superior al total de pacientes con enfermedad mental, 2,14 en hombres y 2,25 en mujeres, quizás debido al coste de los fármacos específicos prescritos para este tipo de pacientes.

La población atendida con *TCA* presentan menor "complejidad" que los grupos anteriores y que el global de pacientes con trastorno mental tanto en el número de visitas (1,33 en ambos sexos) como en el coste variable (1,48 en hombres y 1,39 en mujeres).

Estos datos requerirán de estudios posteriores, que profundicen en el análisis de las diferencias encontradas.

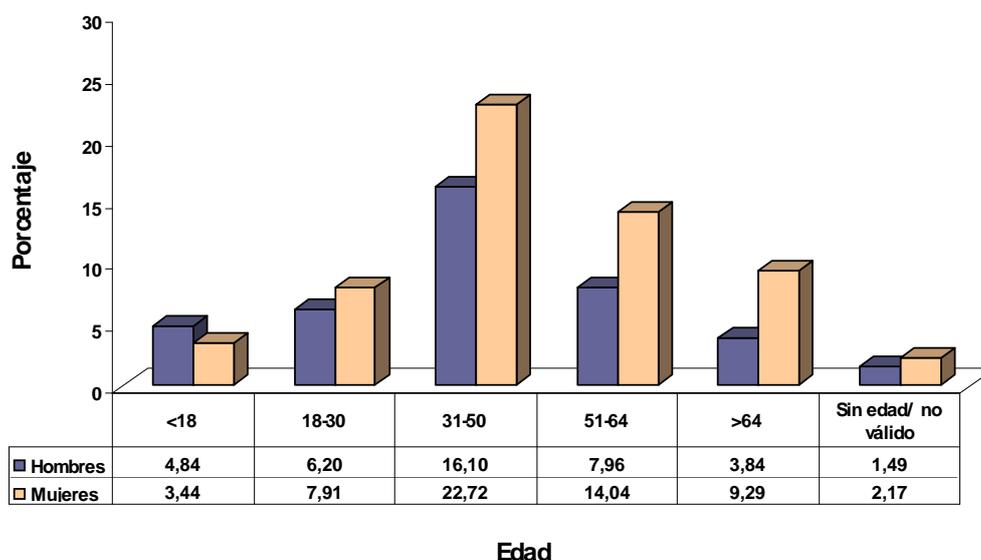
1.6.2. Atención especializada de salud mental

1.6.2.1. Unidades de Salud Mental Comunitaria^s

Según el *Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía (SISMA)*, durante el año 2006, 198.955 personas acudieron a las *Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC)*, de las cuales, 118.500 eran mujeres (59,56% del total) y 80.455 hombres (40,44% del total).

Respecto a la distribución por edad y sexo, el 22,72% de las personas atendidas fueron mujeres entre 31 y 50 años, seguido por el grupo de hombres de esa misma edad, con un porcentaje de 16,10%. En todos los grupos de edad, el porcentaje de mujeres es mayor que el de hombres, a excepción del grupo de menores de 18 años, donde el porcentaje de hombres (4,84%), supera ligeramente al de mujeres (3,44%) (gráfico 20).

Gráfico 20. Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo de edad y sexo. SSPA, 2006.



Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.

^s Denominación recogida en el Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los Servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud (Anexo 1). Sustituye a los antiguos Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD).

Morbilidad atendida

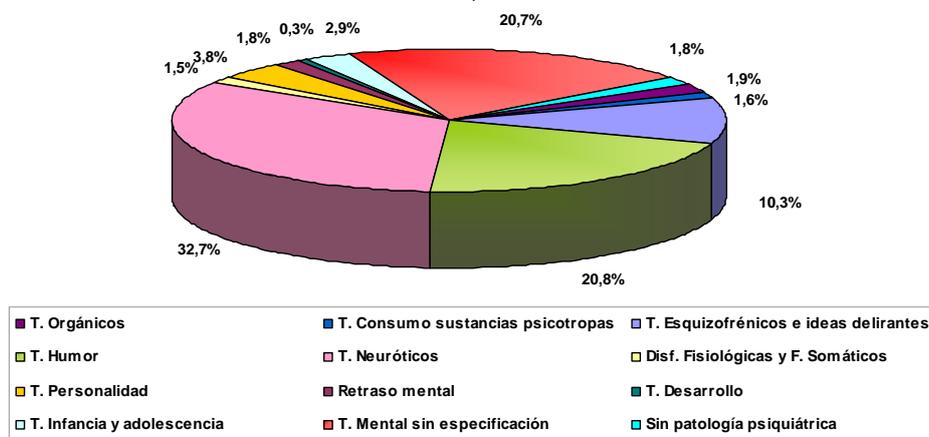
Respecto a la morbilidad[†], el 32,69% de las personas atendidas en las USMC padecen trastornos neuróticos, seguidos de los trastornos del humor, con un 20,75% del total. Destaca también que un 20,69% de las personas que acuden a las USMC tienen un trastorno mental sin especificación (tabla 14 y gráfico 21).

Tabla 14. Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico. SSPA, 2006.

CIE-10	Grupo Diagnóstico	Número	%
F00-F09	T. Orgánicos	3.709	1,86
F10-F19	T. Consumo sustancias psicótropas	3.093	1,55
F20-F29	T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	20.424	10,27
F30-F39	T. Humor	41.287	20,75
F40-F49	T. Neuróticos	65.048	32,69
F50-F59	Disfunciones fisiológicas y factores somáticos	2.964	1,49
F60-F69	T. Personalidad	7.568	3,80
F70-F79	Retraso mental	3.653	1,84
F80-F89	T. Desarrollo	648	0,33
F90-F98	T. Infancia y adolescencia	5.731	2,88
F99	T. Mental sin especificación	41.158	20,69
-	Sin patología psiquiátrica	3.672	1,85
TOTAL		198.955	100,00

Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.

Gráfico 21. Distribución de personas atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico. SSPA, 2006.



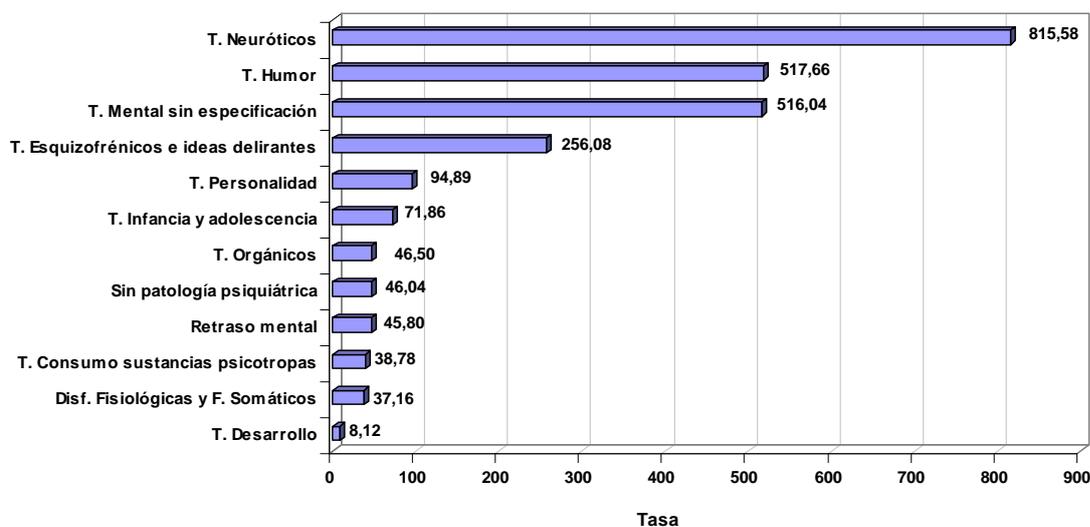
Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.

[†] En el anexo 2 se detallan los diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento según Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10).

En el año 2006, la tasa de personas atendidas por enfermedad mental fue de 2.494,52 por 100.000 habitantes. Destacan los trastornos neuróticos con una tasa de 815,58 y los trastornos del humor con 517,66 personas por 100.000 habitantes (gráfico 22).

El grupo diagnóstico con una menor prevalencia en la población atendida en las USMC son los trastornos del desarrollo con 8,12 personas por cada 100.000 habitantes.

Gráfico 22. Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2006.



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

A continuación se analiza la tipología de pacientes según las variables sexo y grupo diagnóstico observándose diferencias significativas (tabla 15 y gráfico 23).

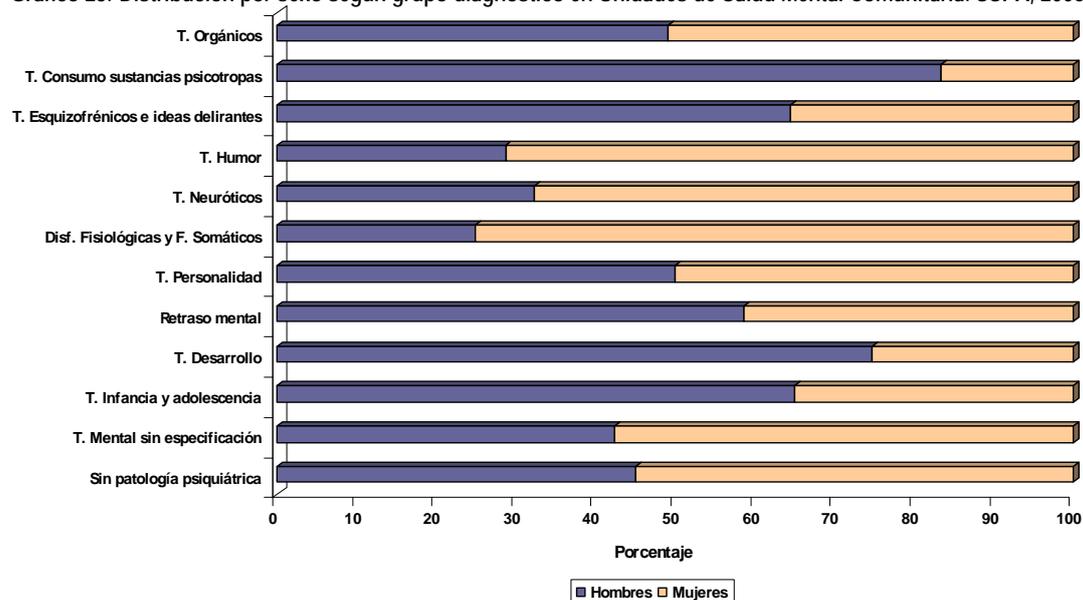
Tabla 15. Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico y sexo. SSPA, 2006.

CIE-10	Grupo Diagnóstico	Porcentaje	
		Hombres	Mujeres
F00-F09	T. Orgánicos	49,07	50,93
F10-F19	T. Consumo sustancias psicotropas	83,45	16,55
F20-F29	T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	64,42	35,58
F30-F39	T. Humor	28,72	71,28
F40-F49	T. Neuróticos	32,39	67,61
F50-F59	Disf. Fisiológicas y F. Somáticos	25,00	75,00
F60-F69	T. Personalidad	50,01	49,99
F70-F79	Retraso mental	58,64	41,36
F80-F89	T. Desarrollo	74,69	25,31
F90-F98	T. Infancia y adolescencia	65,05	34,95
F99	T. Mental sin especificación	42,36	57,64
-	Sin patología psiquiátrica	45,07	54,93

Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.

Podemos destacar que hay enfermedades mentales que se diagnostican más frecuentemente en hombres, como son los trastornos por consumo de sustancias (83,45%), trastornos del desarrollo (74,69%), trastornos de la infancia y adolescencia (65,05%) y trastornos esquizofrénicos e ideas delirantes (64,42%). Sin embargo, en mujeres son más habituales los diagnósticos de trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos (75,00%), trastornos del humor (71,28%) y trastornos neuróticos (67,61%).

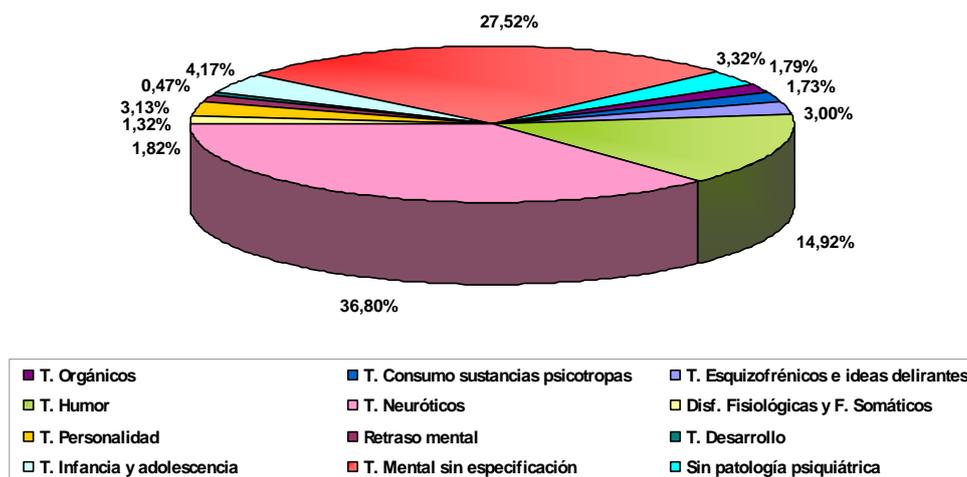
Gráfico 23. Distribución por sexo según grupo diagnóstico en Unidades de Salud Mental Comunitaria. SSPA, 2006.



Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.

Las personas que acuden por primera vez a las USMC en el año 2006 son en su mayoría por trastornos neuróticos (36,80%), seguido de personas diagnosticadas como trastornos mentales sin especificación (27,52%) y trastornos del humor (14,92%) (gráfico 24).

Gráfico 24. Distribución de las personas que acuden por primera vez a las Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico. SSPA, 2006.



Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.

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

Al analizar la variación 2003-2006 de las tasas por 100.000 habitantes por grupo diagnóstico, los principales incrementos se observan en trastornos del desarrollo (36,70%), trastornos de la personalidad (34,67%) y trastornos neuróticos (22,04%). En parte, estos incrementos pueden justificarse por la mejora del registro diagnóstico. De hecho, se ha podido observar una disminución del 32,78% en los casos atendidos sin especificación diagnóstica, lo que indica una tendencia al alza en el porcentaje de personas atendidas con diagnóstico CIE-10 registrado en el SISMA (tabla 16).

El grupo diagnóstico de los trastornos orgánicos se ha incrementado ligeramente (en un 3,82%). Los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos han disminuido un 1,09% desde el año 2003.

Tabla 16. Evolución de las personas atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2003-2006.

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

Fuentes: - Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.

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

En relación al *número de consultas* atendidas por las USMC, estas han aumentado un 12,52% desde el año 2003. Entre los grupos diagnósticos que han tenido un mayor incremento en el número de consultas se encuentran, además del grupo catalogado como "sin patología psiquiátrica" (con un 185,96% de incremento), los trastornos de personalidad (con un 49,38%) y los trastornos esquizofrénicos e ideas delirantes (con un 33,49%) (tabla 17).

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

Tabla 17. Evolución de las consultas de personas atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico. SSPA, 2003-2006.

Grupo Diagnóstico	Año 2003			Año 2004			Año 2005			Año 2006			% Variac. 03-06
	N	Me	Md	N	Me	Md	N	Me	Md	N	Me	Md	
T. Orgánicos	10.763	3,16	2,00	11.376	3,09	2,00	11.047	3,45	2,00	12.173	3,37	2,00	13,10
T. Consumo sustancias psicótropas	9.327	3,74	2,00	10.748	3,94	2,00	11.586	4,33	2,00	12.254	4,12	2,00	31,38
T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	175.812	10,33	5,00	197.082	10,83	5,00	216.901	11,87	6,00	234.699	11,67	6,00	33,49
T. Humor	145.457	3,97	3,00	152.301	3,99	3,00	161.725	4,33	3,00	167.859	4,13	3,00	15,40
T. Neuróticos	172.444	3,39	2,00	190.763	3,36	2,00	200.011	3,56	2,00	217.007	3,41	2,00	25,84
Disfunciones fisiológicas y factores somáticos	12.329	4,31	3,00	13.143	4,23	3,00	11.931	4,32	3,00	11.775	4,06	2,00	-4,49
T. Personalidad	28.089	5,24	3,00	35.812	5,25	3,00	36.432	5,70	3,00	41.960	5,71	3,00	49,38
Retraso mental	13.854	4,55	3,00	14.952	4,65	2,00	15.740	4,86	3,00	16.972	4,77	3,00	22,51
T. Desarrollo	1.504	3,33	2,00	1.619	3,23	2,00	1.690	3,48	2,00	1.834	2,89	2,00	21,94
T. Infancia y adolescencia	15.169	3,11	2,00	15.536	3,04	2,00	15.907	3,31	2,00	17.637	3,15	2,00	16,27
T. Mental sin especificación	164.366	2,81	2,00	136.681	2,63	2,00	138.489	2,83	2,00	104.413	2,65	2,00	-36,48
Sin patología psiquiátrica	2.471	1,60	1,00	4.591	1,86	1,00	5.095	1,97	1,00	7.066	1,96	1,00	185,96
TOTAL	751.585	4,02	2,00	784.604	4,07	2	826.554	4,42	2,00	845.649	4,36	2,00	12,52

N: Número de consultas. Me: Media consultas paciente/año. Md: Mediana consultas paciente/año.

Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.

Grupos de diagnóstico específicos

En este apartado se analizan las tasas por 100.000 habitantes y su evolución en el periodo 2003-2006 de algunos grupos diagnósticos de especial interés en salud mental.

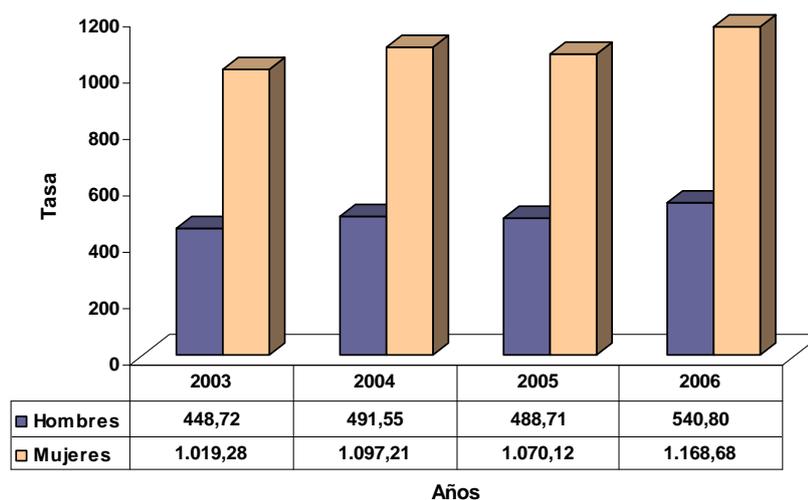
- Ansiedad, Depresión y Somatizaciones

En este grupo se engloban las personas atendidas que presentan trastornos de ansiedad-depresión así como aquellos con trastornos somáticos (ADS)^u, siendo el total de 68.355 pacientes, lo que supone un 34,36% del total de la población atendida en las USMC. Como viene pasando en los últimos años, el número de mujeres con este tipo de trastornos ha sido el doble que en hombres.

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

Sin embargo, en cuanto a la evolución en los últimos 4 años, el incremento de las tasas por 100.000 habitantes en hombres ha sido de 20,52%, mientras que en mujeres ha sido del 14,65%.

Gráfico 25. Personas con Ansiedad, Depresión y Somatizaciones atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según sexo. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2003-2006.



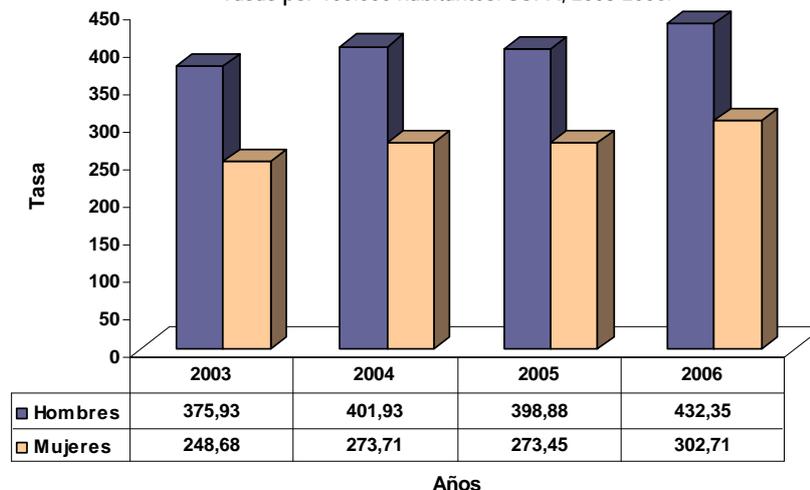
Fuente: - Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.
- Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2003 y 2006. Instituto de Estadística de Andalucía.

- Trastorno Mental Grave

En el grupo de Trastorno Mental Grave (TMG)^u se incluyen 29.275 personas atendidas en las USMC en el año 2006, de los cuales el 58,46% son hombres y el 41,53% mujeres.

Respecto a la evolución de las tasas por 100.000 habitantes de este tipo de trastornos, en el periodo 2003-2006, ha sido del 15,01% en hombres y del 21,72% en mujeres, por lo que podemos decir que aunque los hombres son atendidos más por este tipo de trastornos, el incremento ha sido mayor en mujeres.

Gráfico 26. Personas con Trastorno Mental Grave atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según sexo. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2003-2006.

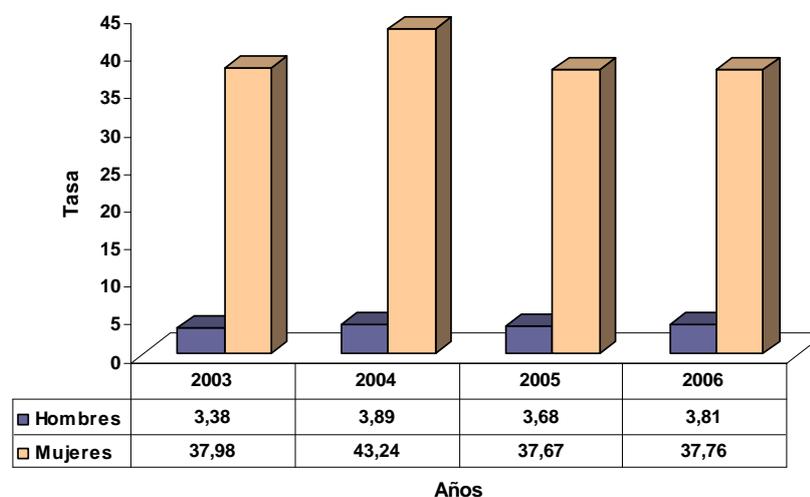


Fuente: - Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.
 - Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2003 y 2006. Instituto de Estadística de Andalucía.

- Trastorno de la Conducta Alimentaria

El total de personas atendidas por Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)^u en las USMC fue en el 2006 de 1.668. El 90,94% de este tipo de trastornos lo sufren las mujeres, frente al 9,05% de los hombres. Sin embargo, teniendo en cuenta la evolución desde el 2003 al 2006, se ha incrementado el porcentaje de hombres un 12,85%, mientras que el de mujeres ha permanecido prácticamente estable (ha disminuido un 0,56%).

Gráfico 27. Personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según sexo. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2003-2006.



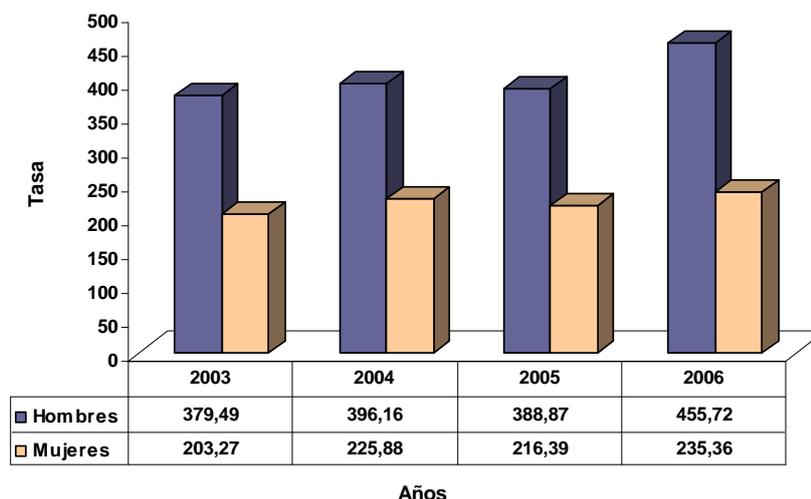
Fuente: - Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.
 - Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2003 y 2006. Instituto de Estadística de Andalucía.

- Trastornos de la Infancia y Adolescencia

En este apartado se incluyen las categorías diagnósticas de la CIE-10 de trastornos del desarrollo (F80-F89) y trastornos de la infancia y adolescencia (F90-F98) de la población atendida menor de 18 años.

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

Gráfico 28. Personas con Trastornos de la Infancia y Adolescencia atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según sexo. Tasas por 100.000 habitantes menores de 18 años. SSPA, 2003-2006.



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

Para poder confirmar y analizar las tendencias en las variaciones por sexo encontradas en cada grupo diagnóstico reseñado, habría que disponer de un periodo más amplio de datos de prevalencia atendida en estos dispositivos. Y, en caso de persistir estas tendencias, sería imprescindible realizar el correspondiente análisis de género.

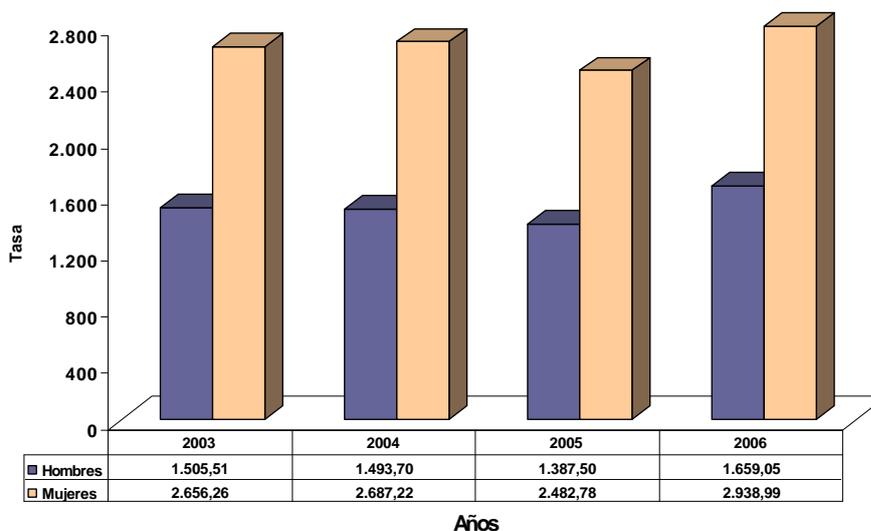
- Trastornos Mentales en Personas Mayores de 64 años

En el año 2006, un 14,10% de las personas atendidas en las USMC eran personas mayores de 64 años, un 1% más que en el año 2003.

Las personas atendidas en las USMC mayores de 64 años son en su mayoría mujeres. Esto puede deberse por un lado a la mayor esperanza de vida y por otro a los diferentes condicionantes socioculturales ligados al género, como la distribución de cargas de trabajo, el rol de cuidadora, etc., además de las menores pensiones.

El incremento porcentual en los últimos 4 años de las tasas por 100.000 habitantes se sitúa en torno al 10% siendo muy similar en ambos sexos.

Gráfico 29. Personas mayores de 64 años atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico. Tasas por 100.000 habitantes mayores de 64 años. SSPA, 2003-2006.



Fuentes: Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.

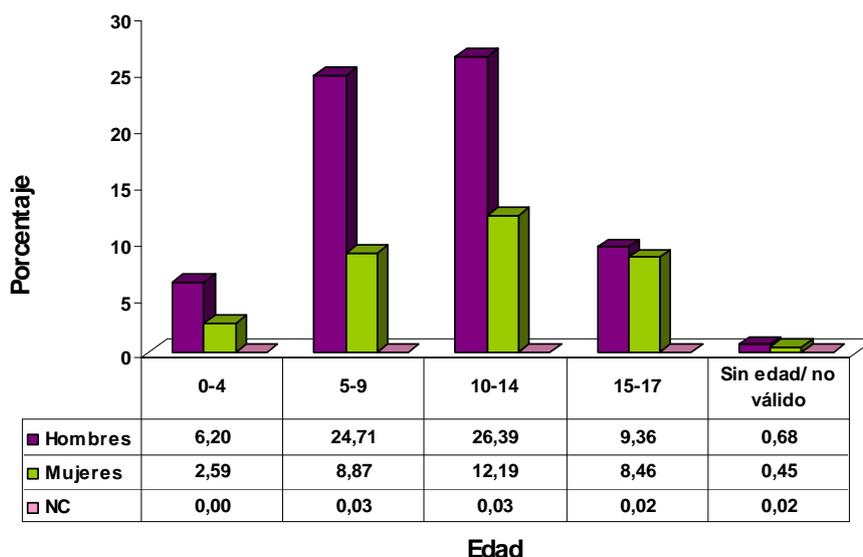
Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2003 y 2006. Instituto de Estadística de Andalucía.

1.6.2.2. Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil

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

Respecto a la distribución por edad y sexo, el 26,39% eran niños de 10 a 14 años, seguido del grupo de niños de 5 a 9 años, que representan un 24,71%, existiendo una gran diferencia con el porcentaje de niñas de estos mismos grupos de edad, 12,19% y 8,46%, respectivamente. En el grupo de edad de 15 a 17 años, los porcentajes por sexo son similares (gráfico 30). Este patrón es coincidente con los estudios realizados sobre los trastornos mentales de la infancia y adolescencia.

Gráfico 30. Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, según grupo de edad y sexo. SSPA, 2006.



Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.

Morbilidad atendida

El 36,08% de las personas atendidas en las USMI-J se diagnostican^v de trastornos del comportamiento y las emociones de inicio en la infancia y la adolescencia y un 21,45% son diagnosticadas con trastorno mental sin especificar. También destacan los trastornos neuróticos con el 13,54% y los trastornos del desarrollo con un 12,29% (tabla 18 y gráfico 31).

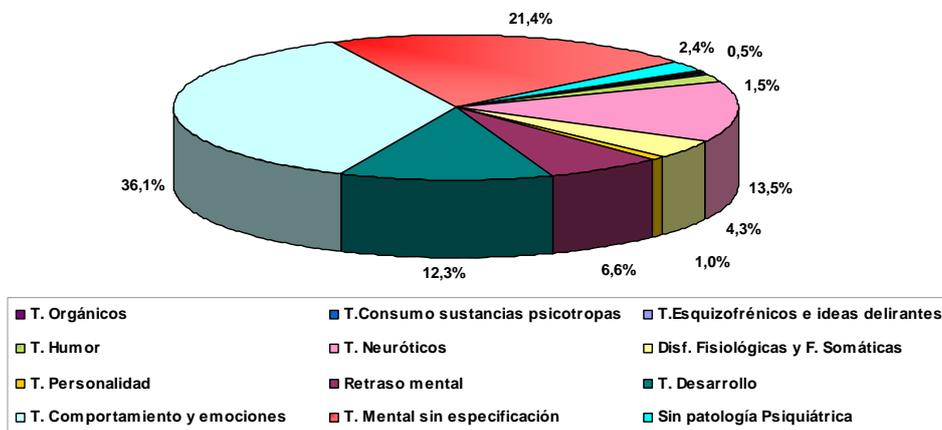
^v En el anexo 2 se detallan los diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento según Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10).

Tabla 18. Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, según grupo diagnóstico. SSPA, 2006.

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

Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.

Gráfico 31. Distribución de personas atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según grupo diagnóstico. SSPA, 2006.



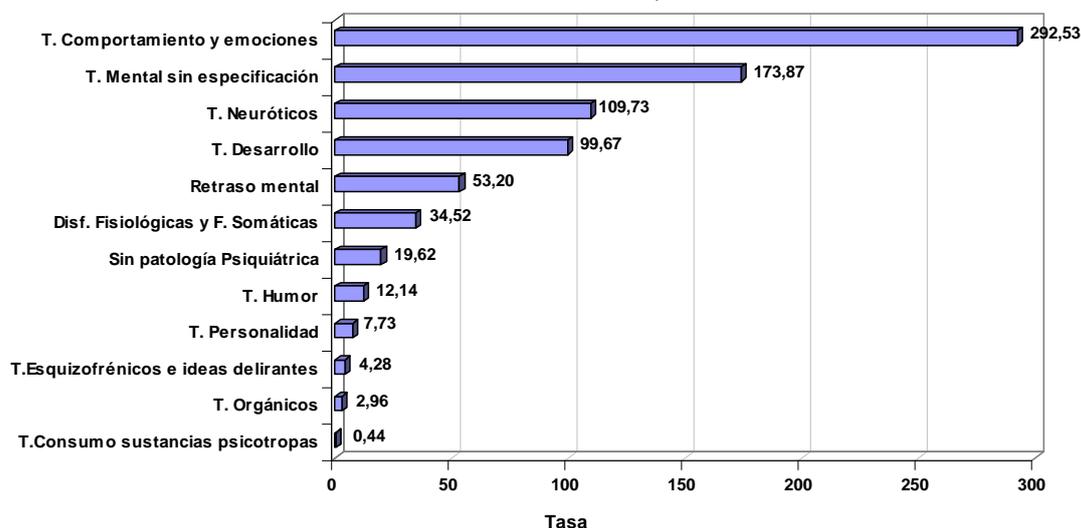
Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.

La prevalencia de personas atendidas en estos dispositivos es de 810,67 por 100.000 menores^w, presentando gran variabilidad entre los distintos grupos diagnósticos, siendo el de las personas con trastorno del comportamiento y emociones el que alcanza una mayor tasa (292,53) (gráfico 32).

^w IEA. Población de Andalucía menor de 18 años a 1 de enero de 2006: 1.590.280 habitantes.

El grupo diagnóstico con menor prevalencia es el correspondiente a las personas con trastornos derivados del consumo de sustancias tóxicas que se presenta sólo en 0,44 pacientes por cada 100.000 menores de 18 años.

Gráfico 32. Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según grupo diagnóstico. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2006.



Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.

A continuación se analiza la tipología de pacientes según las variables sexo y grupo diagnóstico observándose diferencias significativas (tabla 19 y gráfico 33).

Tabla 19. Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según grupo diagnóstico y sexo. SSPA, 2006.

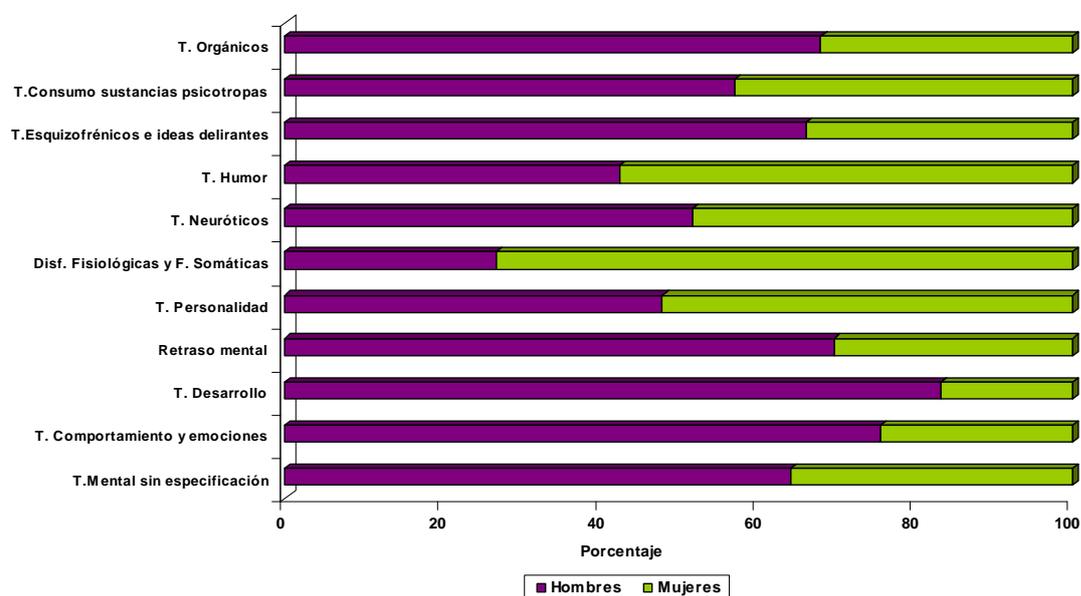
CIE-10	Grupo Diagnóstico	Porcentaje	
		Hombres	Mujeres
F00-F09	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos	68,09	31,91
F10-F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas	57,14	42,86
F20-F29	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	66,18	33,82
F30-F39	Trastornos de humor (afectivos)	42,49	57,51
F40-F49	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfias	51,75	48,25
F50-F59	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	26,78	73,22
F60-F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento <i>del adulto</i>	47,97	52,03
F70-F79	Retraso mental	69,82	30,18
F80-F89	Trastornos del desarrollo psicológico	83,33	16,67
F90-F98	Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	75,69	24,31
F99	Trastorno mental sin especificación	64,29	35,71
-	Sin patología psiquiátrica	66,67	33,33

Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.

Podemos observar que en las niñas/adolescentes se han diagnosticado mucho más frecuentemente los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos (73,22%) y los trastornos del humor (57,51%).

Sin embargo, en los niños/adolescentes son más habituales los diagnósticos de trastornos del desarrollo (83,33%), trastornos de la infancia y la adolescencia (75,69%), así como el retraso mental (69,82%) y los trastornos esquizofrénicos e ideas delirantes (66,18%). Nuevamente, estas diferencias por sexo requerirían de un exhaustivo análisis de género.

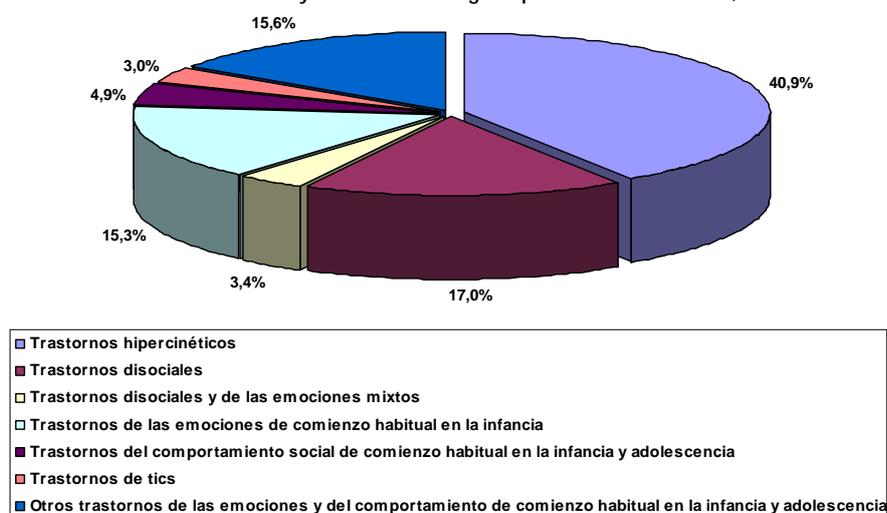
Gráfico 33. Distribución por sexo según grupo diagnóstico en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil. SSPA, 2006.



Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.

El gráfico 34 muestra las personas atendidas en las USMI-J por *trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia* diferenciando el tipo de trastorno, donde el 40,9% de pacientes presentan trastornos hiperkinéticos y un 17,0% trastornos disociales.

Gráfico 34. Distribución de personas atendidas por trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia según tipo de trastorno. SSPA, 2006.



Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.

El número medio de consultas realizadas por paciente en las USMI-J fue de 8,56 en el año 2006. Las personas que más consultas realizan son aquellas diagnosticadas de trastornos esquizofrénicos e ideas delirantes (mediana de 14), seguido del grupo de trastornos por consumo de sustancias psicotropas con una mediana de 12 consultas por paciente al año (tabla 20).

Tabla 20. Consultas de las personas atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según grupo diagnóstico. SSPA, 2006.

CIE-10	Grupo Diagnóstico	N	Me	Md
F00-F09	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos	342	7,77	5,00
F10-F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas	255	36,43	12,00
F20-F29	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	1.575	23,86	14,00
F30-F39	Trastornos de humor (afectivos)	2.633	13,93	7,00
F40-F49	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfias	14.833	8,67	5,00
F50-F59	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	10.962	20,72	7,00
F60-F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	1.365	11,28	7,00
F70-F79	Retraso mental	5.275	6,36	5,00
F80-F89	Trastornos del desarrollo psicológico	15.233	9,87	5,00
F90-F98	Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	39.724	8,76	6,00
F99	Trastorno mental sin especificación	13.674	5,11	3,00
-	Sin patología psiquiátrica	1.575	5,30	3,00
TOTAL		107.446	8,56	5,00

N: Número de consultas. Me: Media consultas paciente/año. Md: Mediana consultas paciente/año.

Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.

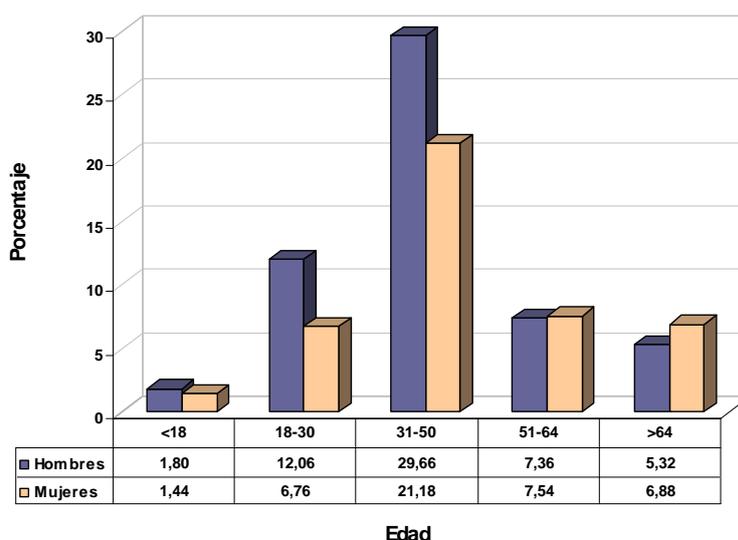
1.6.2.3. Unidades de Hospitalización de Salud Mental^x

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

Según el *Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta* (CMBD-A), durante el año 2006 se produjeron 10.262 altas por trastorno mental^y en los hospitales del SSPA, de las cuales un 56,19% correspondían a hombres y un 43,81% a mujeres.

La mayor parte de las personas hospitalizadas pertenecen al grupo de edad de 31 a 50 años, 29,66% hombres y 21,18% mujeres (gráfico 35).

Gráfico 35. Altas hospitalarias por enfermedades y trastornos mentales según grupo de edad y sexo. SSPA, 2006.



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

Morbilidad atendida

Desde el año 2003, el número de altas hospitalarias por enfermedad mental (10.970) se ha mantenido más o menos constante hasta el año 2006 (10.262). Igual ocurre con el porcentaje de altas de estas personas en relación al total de altas del hospital que, en este periodo, sólo varía del 1,93% en el año 2003 al 1,80% en el 2006.

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

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

En cuanto a la estancia media por episodio de hospitalización de las personas con enfermedad mental, se observa un leve incremento de 15 a 16 días en el periodo 2003-2006.

En la tabla 21 se analiza la morbilidad de las personas ingresadas en los hospitales del SSPA en función de los *Grupos Relacionados con el Diagnóstico* (GRD), sistema de clasificación de pacientes ampliamente utilizado en hospitales. Este sistema agrupa las altas de un mismo perfil de morbilidad y, por tanto, con un consumo similar de recursos, clasificando cada episodio de hospitalización en un GRD.

Cada GRD tiene asignado un peso relativo en función de la complejidad relativa en términos de coste. Un peso mayor de 1 expresa mayor complejidad que el estándar y por el contrario, un peso menor de 1 significa menor complejidad.

Tabla 21. Altas hospitalarias por enfermedades y trastornos mentales según GRD. SSPA, 2003-2006.

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

EM: Estancia Media. ¹ Peso por GRD "all patient" V18.0. Año 2003-2005. ² Peso por GRD "all patient" V21.0. Año 2006.
Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria, 2003-2006. Servicio Andaluz de Salud.

Como puede observarse, el grupo de pacientes que mayor número de ingresos han requerido es el que corresponde a los trastornos psicóticos, registrándose en el último año 6.255 episodios, lo que supone el 60,95% del total de altas por trastorno mental.

En segundo lugar destacan pacientes con trastornos de la personalidad y de la impulsividad, que han generado 1.141 altas hospitalarias en el año 2006.

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

1.6.2.4. Comunidades Terapéuticas de Salud Mental

El número de personas atendidas en las 13 *Comunidades Terapéuticas de Salud Mental* (CTSM) existentes en Andalucía en el año 2006 fue de 351 en hospitalización completa y 557 en programa de día, lo que supone un incremento del 10,03% y 42,09% respectivamente en relación a 2003^z (tabla 22).

En cuanto al número de estancias, en el año 2006 hubo 70.735 en hospitalización completa y 39.483 en programa de día, produciéndose una variación del 16,05% y 22,90% respectivamente.

Los incrementos observados se explican fundamentalmente por el aumento de recursos a lo largo de este periodo.

Tabla 22. Evolución de la actividad asistencial de las Comunidades Terapéuticas de Salud Mental. SSPA, 2003-2006.

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

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

1.6.2.5. Hospitales de Día de Salud Mental

El número de personas atendidas en los 9 *Hospitales de Día de Salud Mental* (HDSM) existentes en Andalucía, en el año 2006, fue de 1.596, un 52,72% más que en el año 2003. En cuanto al número de estancias, se han contabilizado 44.758 en el año 2006^z, produciéndose un incremento del 60,54% (tabla 23).

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

El elevado porcentaje de variación en ambos casos se explica principalmente por la apertura de cuatro nuevos hospitales de día durante este periodo.

Tabla 23. Evolución de la actividad asistencial de los Hospitales de Día de Salud Mental. SSPA, 2003-2006.

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

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

1.6.2.6. Unidades de Rehabilitación de Salud Mental

El número de personas atendidas en las 9 *Unidades de Rehabilitación de Salud Mental* (URSM) existentes en Andalucía en el año 2006 fue de 1.946², lo que supone un porcentaje de variación del 25,38% respecto a 2003 (tabla 24).

En el año 2006 el número de estancias fue de 87.322, produciéndose un incremento del 33,82% respecto a 2003.

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

Tabla 24. Evolución de la actividad asistencial de las Unidades de Rehabilitación de Salud Mental. SSPA, 2003-2006.

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

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

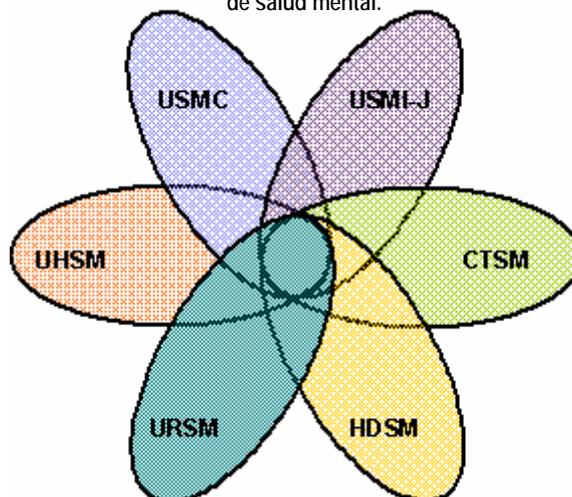
1.6.2.7. Registros de casos de esquizofrenia y trastornos afines en Andalucía

En Andalucía existen dos registros de casos de esquizofrenia y trastornos afines^{aa}, que cubren el Área de Salud Mental de Granada Sur (Área Hospitalaria San Cecilio) y los dispositivos de salud mental correspondientes a la UGC de salud mental del Área del Hospital Regional Carlos Haya de Málaga.

El objetivo de estos registros de casos es conocer la incidencia y prevalencia atendida por la red de dispositivos de salud mental cubierta por el registro.

Cada uno de estos registros unifica en una sola base de datos la información relativa a cada paciente: sus características sociodemográficas, clínicas y de gravedad del diagnóstico y el uso que cada paciente hace de los diferentes dispositivos de salud mental. Por tanto, la información recogida es individualizada, longitudinal, exhaustiva y acumulable.

Figura 2. Esquema de la atención recibida por los pacientes de esquizofrenia y trastornos afines en los dispositivos de salud mental.



La tasa de prevalencia atendida en el año 2006, fue de 4,2 personas por 1.000 habitantes en población mayor de 18 años en el registro de Málaga⁽³⁷⁾ y de 3,5 en el registro de Granada.

Por sexo, en ambos registros, la prevalencia en hombres es superior, alcanzando tasas de 5,6 en Málaga y 4,3 en Granada, siendo en mujeres de 2,9 y 2,7 respectivamente. Por grupo de edad, destaca el mayor porcentaje de hombres menores de 49 años, mientras que la mayor proporción de mujeres con esquizofrenia se sitúa por encima de los 40 años (tabla 25).

^{aa} Códigos de diagnóstico: F20-F29. Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10.

Tabla 25. Caracterización de las personas con esquizofrenia y trastornos afines atendidas en el Área de Salud Mental del Hospital Regional Carlos Haya de Málaga y el Área de Salud Mental de Granada Sur, según variables sociodemográficas, 2006.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	Málaga						Granada					
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Edad												
< 30 años	124	16,7	45	10,7	169	14,5	131	16,7	62	12,4	193	15,0
30-39 años	202	27,2	82	19,4	284	24,4	208	26,5	108	21,6	316	24,6
40-49 años	225	30,3	133	31,4	258	30,7	252	32,1	146	29,1	398	31,0
>49 años	191	25,8	163	38,5	354	30,4	193	24,6	185	36,9	378	29,4
Total	742	100,0	423	100,0	1.165*	100,0	784	100,0	501	100,0	1.285	100,0
Estado civil												
Soltero/a	452	73,9	168	49,4	620	65,2	511	76,5	240	54,5	751	67,8
Casado/a - en pareja	98	16,0	101	29,7	199	20,9	111	16,6	134	30,5	245	22,1
Separado/a – divorciado/a	58	9,6	51	15,0	109	11,5	43	6,4	46	10,5	89	8,0
Viudo/a	3	0,5	20	5,9	23	2,4	3	0,4	20	4,5	23	2,1
Total	611	100,0	340	100,0	951*	100,0	668	100,0	440	100,0	1.108*	100,0
Convivencia												
Solo	47	8,1	35	10,7	82	9,0	53	8,0	34	7,8	87	7,9
Familia origen	342	58,8	132	40,2	474	52,1	451	68,3	209	47,9	660	60,2
Familia propia	105	18,0	125	38,1	230	25,3	113	17,1	164	37,6	277	25,3
Otro grupo familiar o amistades	11	1,9	9	2,8	20	2,2	16	2,4	13	3,0	29	2,6
Alojamientos protegidos	72	12,3	22	6,7	94	10,3	16	2,4	5	1,1	21	1,9
Otros (sin hogar)	5	0,9	5	1,5	10	1,1	11	1,7	11	2,5	22	2,0
Total	582	100,0	328	100,0	910*	100,0	660	100,0	436	100,0	1.096*	100,0
Nivel de estudios												
No escolarizado	71	12,3	68	21,5	139	15,6	220	34,6	162	37,9	382	36,0
Primaria	301	52,3	159	50,3	460	51,6	263	41,4	150	35,1	413	38,9
Secundaria	152	26,4	63	19,9	215	24,1	114	18,0	68	15,9	182	17,1
Superiores	52	9,0	26	8,3	78	8,7	38	6,0	47	11,0	85	8,0
Total	576	100,0	316	100,0	892*	100,0	635	100,0	427	100,0	1.062*	100,0
Situación laboral												
Trabajando	99	17,5	50	16,1	149	17,0	139	23,6	88	21,4	227	22,7
En paro	78	13,9	25	8,0	103	11,7	81	13,8	43	10,5	124	12,4
Estudiante	31	5,5	15	4,8	46	5,2	37	6,3	29	7,1	66	6,6
Cuidando del hogar	3	0,5	60	19,3	63	7,2	4	0,7	87	21,2	91	9,1
Jubilación, invalidez	319	56,3	129	41,5	448	51,1	256	43,5	128	31,1	384	38,4
Otros	36	6,3	32	10,3	68	7,8	71	12,1	36	8,8	107	10,7
Total	566	100,0	311	100,0	877*	100,0	588	100,0	411	100,0	999*	100,0

No constan datos de los pacientes restantes.

Fuentes: - Moreno-Küstner B. et al. The Málaga Schizophrenia case-register (RESMA): overview of methodology and patient cohort. *International Journal of Social Psychiatry*, en prensa.

- Runte -Geidel, A. et al. Documento Interno del Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental (2006) - FAISEM y Universidad de Granada.

1.6.3. Atención urgente a los problemas de salud mental

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

En el SSPA la atención de la demanda urgente y de emergencia es atendida por los *Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria* (DCCU-AP), los *Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias de Hospital* (SCCU-H) y los equipos de emergencia.

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

Por otro lado, en horario de apertura de los centros de atención primaria y unidades de salud mental comunitaria, se realizan intervenciones no programadas, evitándose en muchos casos posibles descompensaciones de las personas atendidas.

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

1.6.4. Consumo de psicofármacos

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

^{bb} Resolución 261/2002, de 26 de diciembre, sobre Atención de urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos, del Servicio Andaluz de Salud.

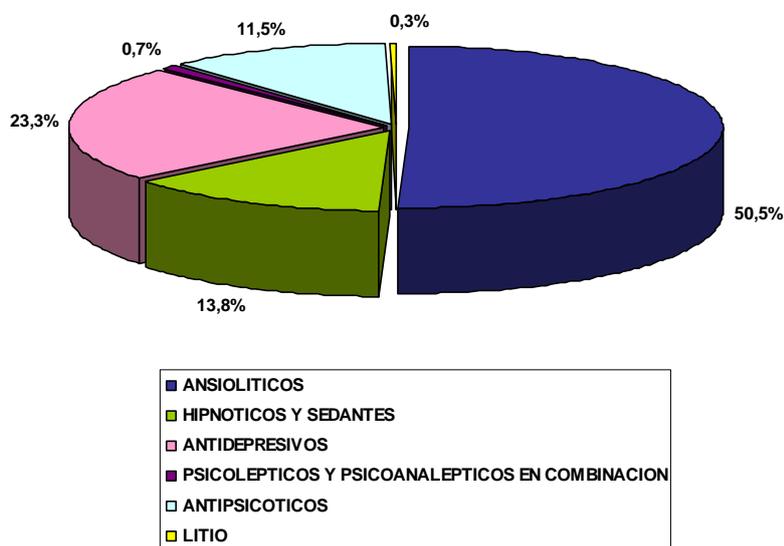
El patrón de consumo para los 3 grupos farmacológicos estudiados en dicha encuesta es similar: es mayor en las mujeres, aumenta con la edad y es mayor cuanto menor es la renta familiar, menor es el nivel de estudios, entre parados y amas de casa y, sobre todo, entre hombres y mujeres con incapacidad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

También se ha analizado la información suministrada por el Servicio de Asistencia Farmacéutica del Servicio Andaluz de Salud, en cuanto al consumo de los psicofármacos recetados y retirados de las oficinas de farmacia durante el periodo 2003-2006. Este análisis se refiere a las recetas prescritas en atención primaria y consultas de especializada, no contemplándose el consumo farmacéutico hospitalario.

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

En el gráfico 36 se presenta la distribución de estos envases según tipo de psicofármaco. Un 50,5% corresponde a ansiolíticos y un 23,3% a antidepresivos.

Gráfico 36. Distribución del número de envases según tipo de psicofármacos. SSPA, 2006.



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

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

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

En la tabla 26 se recoge la evolución, para el periodo 2003-2006, del número de envases, DDD y *Dosis Diaria Definida por Habitante y Día* (DHD), que indica cuantas personas de cada 1.000 habitantes de la comunidad estudiada reciben diariamente el tratamiento estándar.

Los fármacos que han experimentado un incremento en su consumo son los antidepresivos (27,61% en DDD) y los ansiolíticos (23,38% en DDD). Por el contrario, se observa un descenso del consumo de fármacos del grupo "psicolépticos y psicoanalépticos en combinación", tanto en el número de envases como en DDD.

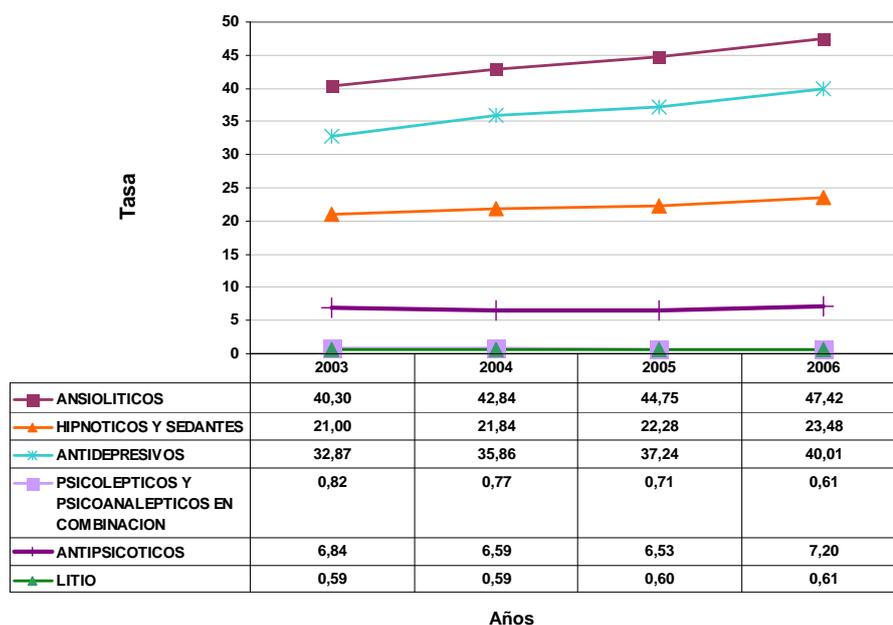
Tabla 26. Evolución del número de envases, dosis diarias definidas y dosis definidas por habitante y día. SSPA, 2003-2006.

PSICOFÁRMACO	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006	Variación 03-06 (%)
Total de envases					
Ansiolíticos	6.680.818	7.053.940	7.385.207	7.851.641	17,53
Hipnóticos y sedantes	1.873.049	1.954.400	2.017.746	2.145.644	14,55
Antidepresivos	3.106.709	3.244.083	3.357.078	3.620.803	16,55
Psicolépticos y psicoanalépticos en combinación	139.390	131.082	121.448	101.820	-26,95
Antipsicóticos	1.796.404	1.768.479	1.731.513	1.795.498	-0,05
Litio	36.020	36.289	37.681	39.367	9,29
Total	13.632.390	14.188.273	14.650.673	15.554.773	14,10
Número de DDD					
Ansiolíticos	111.885.262	120.196.585	128.211.384	138.043.345	23,38
Hipnóticos y sedantes	58.297.267	61.277.282	63.837.845	68.344.312	17,23
Antidepresivos	91.270.778	100.620.303	106.691.988	116.472.882	27,61
Psicolépticos y psicoanalépticos en combinación	2.287.640	2.173.675	2.027.544	1.786.914	-21,89
Antipsicóticos	18.985.975	18.485.010	18.712.400	20.950.869	10,35
Litio	1.637.109	1.649.199	1.708.375	1.789.230	9,29
Total	284.364.031	304.402.054	321.189.536	347.387.552	22,16
Número de DHD. Tasa x 1.000 habitantes					
Ansiolíticos	40,30	42,48	44,75	47,42	17,67
Hipnóticos y sedantes	21,00	21,84	22,28	23,48	11,81
Antidepresivos	32,87	35,86	37,24	40,01	21,71
Psicolépticos y psicoanalépticos en combinación	0,82	0,77	0,71	0,61	-25,50
Antipsicóticos	6,84	6,59	6,53	7,20	5,25
Litio	0,59	0,59	0,60	0,61	4,24
Total	102,42	108,48	112,10	119,33	16,51

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

El grupo de los ansiolíticos es el que presenta una mayor tasa de DHD. En el año 2006, 47,42 personas de cada 1.000 habitantes recibieron diariamente este tipo de fármacos. En segundo lugar se sitúan los antidepresivos, con una tasa de consumo diaria de 40,01 por cada 1.000 habitantes. Ambos grupos de psicofármacos también son los que mayor incremento han sufrido desde el año 2003 (gráfico 37).

Gráfico 37. Evolución de las dosis diarias definidas por habitante y día. Tasas por 1.000 habitantes. SSPA, 2003-2006.



Fuente: - Servicio de Asistencia Farmacéutica. Servicio Andaluz de Salud.
 - Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2003 y 2006. Instituto de Estadística de Andalucía.

A nivel nacional, determinados estudios han señalado un aumento en el consumo de ansiolíticos e hipnóticos, alcanzando 62,02 DHD en el año 2002⁽³⁸⁾. También se observa un incremento en el uso de antipsicóticos, siendo de 5,81 DHD en el año 2001⁽³⁹⁾. En cuanto a los antidepresivos, la media en el año 2002 se situaba en 43,15 DHD⁽⁴⁰⁾.

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

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

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

^{dd} La red de apoyo social de FAISEM se describe en el apartado 2.2.2 Recursos Específicos (FAISEM).

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

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

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

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

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

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

1.6.6. Inmigración y enfermedad mental

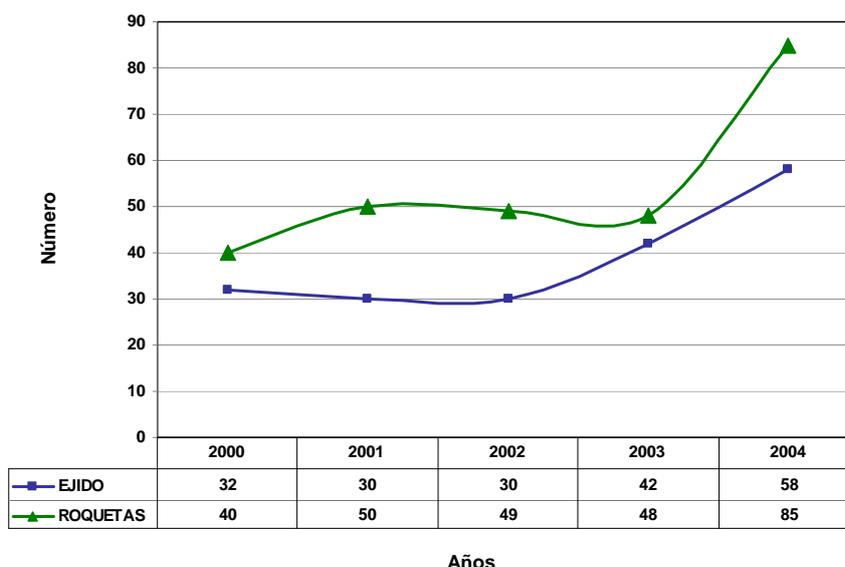
En este apartado se presenta el estudio realizado por el grupo de trabajo de Salud Mental Transcultural de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría en el Área del Poniente Almeriense⁽⁴¹⁾.

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

El estudio realizado en este área incluyó todas las personas inmigrantes que consultaban por primera vez en una Unidad de Salud Mental Comunitaria entre los años 2000 y 2004. La muestra total fue de 464 personas (226 mujeres y 238 hombres), de las cuales 272 acudieron a las USMC de Roquetas y 192 a la USMC de El Ejido.

Al analizar los resultados destaca el aumento de personas inmigrantes que demandaron estos servicios, duplicándose en este periodo, pasando de 72 en el año 2000 a 143 en el año 2004 (gráfico 38).

Gráfico 38. Personas inmigrantes que consultan por primera vez en las Unidades de Salud Mental Comunitaria del Poniente de Almería, 2000-2004.



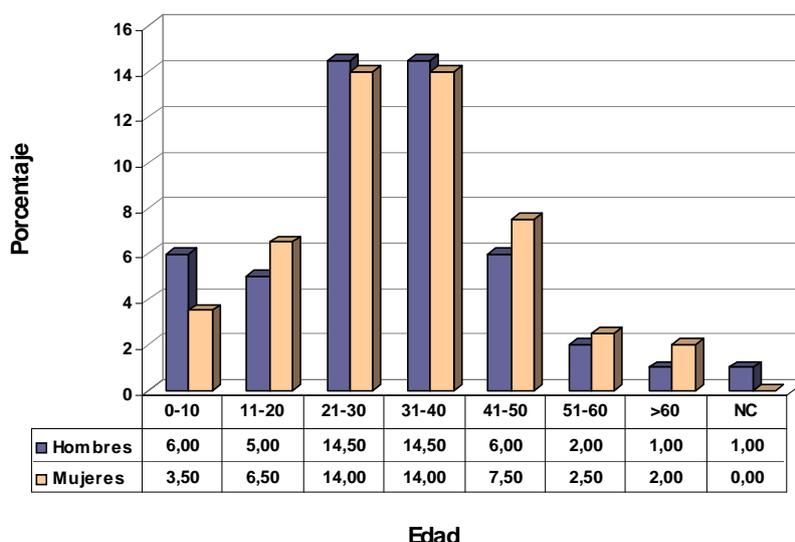
Fuente: Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría. *Inmigración y Salud Mental*. Córdoba, cuaderno técnico/2, 2006.

En cuanto al lugar de procedencia de las personas inmigrantes del estudio, el grupo más numeroso era el procedente del norte de África, que suponía un 36%, seguido del grupo procedente de Hispanoamérica, con un 26%. Tanto el grupo de Europa del Este como el de la Unión Europea representaban, cada uno, un 12% del total de inmigrantes.

Por sexo, no se observan diferencias importantes según el lugar de procedencia, a excepción del colectivo norteafricanos, en el que un 58% eran hombres y un 42% mujeres.

Las personas inmigrantes atendidas en las USMC pertenecían mayoritariamente a los grupos de edad de 21 a 40 años en ambos sexos, personas que se encuentran en periodo de vida laboral activa (gráfico 39).

Gráfico 39. Personas inmigrantes atendidas en las Unidades de Salud Mental Comunitaria del Poniente de Almería según grupo de edad y sexo. 2000-2004.



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

La mayoría de las personas inmigrantes atendidas en este periodo tenían legalizada su situación administrativa (71,3%). Sin tener regularizada su residencia en España se encontraban el 21,3% y de un 7,3% no se disponía del dato.

Casi la mitad (44,2%) de las personas del estudio estaban trabajando, un 31,5% figuraban como en situación no activa y un 14,9% eran estudiantes.

La derivación a las USMC se ha producido, en su mayoría, desde atención primaria (58%). Desde la unidad de hospitalización sólo se derivó el 4% de inmigrantes y destaca un 25% en el que no constaba el canal de acceso a las USMC.

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

Entre los motivos por los que este grupo de personas dejaron de ser atendidas en la USMC es de señalar que un 41% dejó de acudir al dispositivo alta médica. En un 24% de las derivaciones se consideró que no necesitaban tratamiento especializado por lo que se remitieron a atención primaria. Sólo en un 15% de pacientes recibieron el alta en las USMC por mejoría en su patología.

1.6.7. Personas internadas en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla

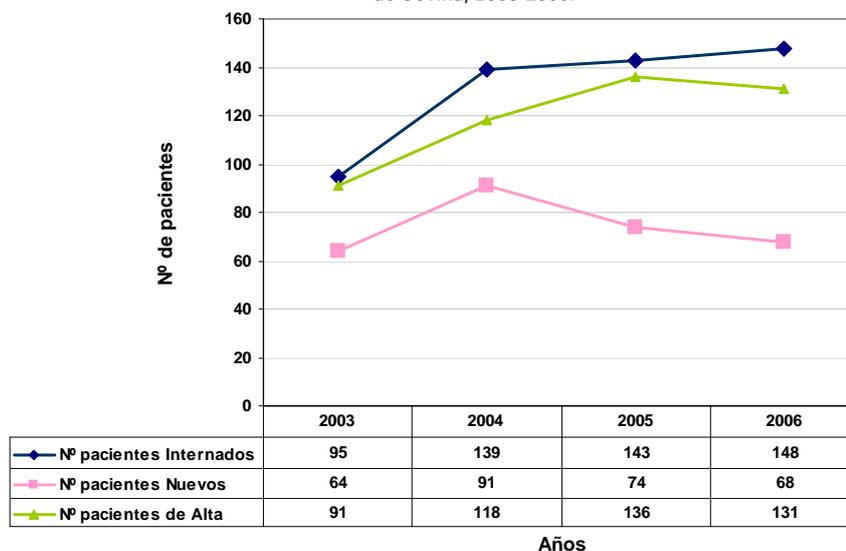
La mayoría de las personas con enfermedad mental que cumplen condena lo hacen en centros penitenciarios. Tan sólo a aquellas personas que, por decisión judicial, son declaradas inimputables (al considerarse que cuando cometieron los hechos tenían sus facultades mentales mermadas), se les puede imponer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

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

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

Analizando la evolución en los últimos años se observa que en el año 2004 hubo un claro incremento en el número de hombres ingresados en este hospital (gráfico 40).

Gráfico 40. Pacientes procedentes de Andalucía, internados, nuevos y de alta en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, 2003-2006.



Fuente: Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.

La patología psiquiátrica más frecuente de estas personas en el año 2006 era la esquizofrenia e ideas delirantes (57,37%), seguida de los trastornos por consumo de sustancias psicótropas (19,11%) y en tercer lugar los trastornos de la personalidad y del comportamiento (8,44%).

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

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

En Andalucía, la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones dependiente de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social tiene atribuidas las competencias relativas a la actuación en materia de drogodependencias⁽⁴²⁾.

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

El Observatorio Andaluz de Drogas y Adicciones recoge que en el año 2006⁽⁴³⁾ se registraron un total de 17.090 personas admitidas a tratamiento en un centro ambulatorio público o concertado por consumo de alguna sustancia psicoactiva o una dependencia sin sustancia (juego patológico). Un 57,72% (9.865 personas) fueron admitidas a tratamiento por drogas ilegales y el resto por tabaco, alcohol y juego patológico. Estas personas eran en su mayoría hombres (83,8%), con una edad media de 36,7 años (alcohol y tabaco superior a 40 años, mientras que para la cocaína y cannabis están por debajo de 30 y 25 años, respectivamente). El 60% de estas personas cursó la primera etapa de educación secundaria o la enseñanza primaria completa. En cuanto a la situación laboral, un 43% tenía contrato laboral y el 30,7% estaba en paro en el momento del estudio.

En el año 2006, según los datos extraídos del *Sistema de Información del II Plan Andaluz de Drogas y Adicciones* (SiPASDA), se recibieron 2.901 protocolos de derivación a los recursos y programas de segundo y tercer nivel de atención. En su mayoría eran hombres (87,3%), casi la mitad (44,9%) entre 30 y 40 años y con estudios primarios o primera etapa de estudios secundarios (50,2%). Como droga principal, un 33,3% consumía "rebujo" (mezcla de heroína y cocaína base), el 25% alcohol, el 19,6% cocaína y el 11,5% heroína.

En el momento de la solicitud de derivación, los datos clínicos recogidos indican que un 12,6% de estas personas presentaban al menos una patología psiquiátrica: un 5,3% padecían trastornos de personalidad, un 4,7% trastornos del ánimo, un 3,5% trastornos de ansiedad y un 3,2% esquizofrenia u otros trastornos psicóticos.

De las 1.019 personas dadas de alta en las comunidades terapéuticas en este año, un 22,8% sufría algún trastorno mental, principalmente, trastornos de personalidad (10,7%), trastornos del ánimo (8,3%), trastornos de ansiedad (7,3%) y esquizofrenia u otros trastornos psicóticos (3,9%). A excepción de este último, los porcentajes eran superiores a los recogidos en el momento de la derivación.

Desde el año 2002, se sigue un protocolo de actuación conjunta entre las USMC y los centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias para este grupo de pacientes, con objeto de ofrecer una respuesta adecuada a las personas afectadas de patología dual y de mejorar la coordinación entre los centros de drogodependencias y salud mental⁽⁴⁴⁾.

1.6.9. Atención a las víctimas de la violencia de género

La violencia de género se define como la violencia física, sexual y psicológica que se produce contra la mujer y que es en su mayoría llevada a cabo por el que es o fue su compañero sentimental.

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

Las consecuencias de esta violencia resultan devastadoras para las mujeres. Los síntomas de sufrimiento mental son seis veces más frecuentes en las mujeres maltratadas que en población general y cinco veces más las tentativas de suicidio, presentando a lo largo de la vida trastornos emocionales y problemas de salud mental importantes, como la depresión, el trastorno de estrés postraumático o las ideas de suicidio⁽⁴⁵⁾.

En España son muy escasos los estudios sobre este tema y poco se ha tratado el impacto del maltrato en la salud física y mental de las mujeres.

En el área de Sevilla⁽¹³⁾ se llevó a cabo un estudio del Instituto Andaluz de la Mujer sobre la frecuencia del maltrato en mujeres consultantes de los servicios de salud mental, comparándolas con mujeres de la población general. El 42% de las mujeres asistentes a estos servicios referían maltrato físico y un 52% maltrato psicológico, porcentajes muy superiores a los obtenidos en la población general, 8% (físico) y 22% (psicológico). Los trastornos psicopatológicos más frecuentes fueron trastornos afectivos (depresión), trastornos somatoformes y trastornos de la personalidad.

Durante los años 2006-2007, se realizó el primer estudio multicéntrico financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria^{ee}, en el que se recogía información de mujeres que acudían a consultas de atención primaria por cualquier motivo^{ff}. La muestra obtenida fue representativa tanto en el ámbito nacional como en el autonómico.

^{ee} "Violencia contra la mujer en pareja: frecuencia e impacto en la salud física y psíquica" (PI050594).

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

En Andalucía, los datos obtenidos en este estudio muestran que un 24,6% de las mujeres encuestadas ha sufrido maltrato (físico, sexual y/o emocional) alguna vez en la vida.

Las características sociodemográficas de las mujeres que sufrieron maltrato son similares a otros estudios realizados en Andalucía⁽⁴⁶⁾, mujeres mayores de 45 años, separadas/divorciadas o viudas, con niveles educativos bajos y con pocos ingresos.

Los resultados de este trabajo muestran que el maltrato se asocia con una peor morbilidad psíquica (OR=3,89) y una peor salud autopercebida (OR=2,41) (tabla 27).

En cuanto al consumo de fármacos, las mujeres maltratadas presentaron una mayor probabilidad de consumo de tranquilizantes (OR=2,81), antidepresivos (OR=2,25) y analgésicos (OR=2,17) que las no maltratadas.

Tabla 27. Asociación entre el consumo de fármacos y el maltrato global. Mujeres asistentes a consultas de atención primaria en Andalucía, 2006.

INDICADORES	No Maltrato (%) 423 (75,4%)	Maltrato		
		Si (%) 138 (24,6%)	OR (IC del 95%)	OR ajustada** (IC del 95%)
Salud psíquica				
Morbilidad psíquica*	159 (40,2)	94 (72,3)	3,89 (2,52 – 6,00)	4,141 (2,530-6,778)
“Peor” salud autopercebida	167 (40,8)	83 (62,4)	2,41 (1,61 – 3,60)	2,221 (1,387-3,557)
Consumo de sustancias en los últimos tres meses				
Analgésicos	276 (65,9)	109 (80,7)	2,17 (1,35 – 3,49)	1,916 (1,131-3,245)
Tranquilizantes	109 (26,3)	69 (50,4)	2,85 (1,91 – 4,25)	2,823 (1,796-4,437)
Antidepresivos	63 (15,4)	39 (29,1)	2,25 (1,42 – 3,56)	2,100 (1,231-3,584)

*GHQ-12. **OR ajustada por edad, estado civil, nivel de estudios, nivel de ingresos y apoyo social.

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

Estos resultados están en consonancia con otros estudios a nivel internacional, que revelan que las mujeres que sufren violencia de género presentan más trastornos por ansiedad y depresión y un mayor consumo de psicofármacos (antidepresivos, anfetaminas, tranquilizantes y estimulantes) que las que no la padecen⁽⁴⁶⁾.

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

2.1. RECURSOS SANITARIOS DE SALUD MENTAL

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

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

2.1.1. Dispositivos específicos de salud mental

La atención especializada a las personas con problemas de salud mental se realiza a través de una red de dispositivos sanitarios, distribuidos por toda la geografía andaluza y estructurados, hasta la entrada en vigor del nuevo decreto de ordenación de servicios, en 15 áreas de salud mental, cuya cartera de servicios incluye atención ambulatoria y domiciliaria, programas de día y hospitalización. Con la entrada del Decreto 77/2008, los dispositivos de salud mental se organizan en unidades de gestión clínica dependientes de las diferentes áreas hospitalarias o áreas de gestión sanitaria. A finales de 2007, esta red se compone de los siguientes dispositivos⁹⁹:

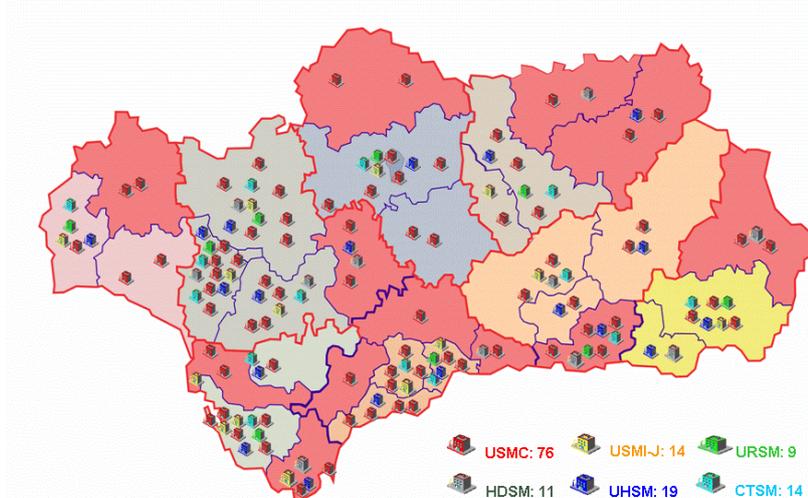
- **76 Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC).** Las USMC son los dispositivos básicos de atención especializada a la salud mental, constituyendo su primer nivel de atención y con los que se coordinan el resto de los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental. Prestan una atención integral a pacientes de su ámbito poblacional en régimen ambulatorio o domiciliario.

⁹⁹ Ver Decreto 77/2008 para obtener una descripción más extensa de las funciones de cada uno de los dispositivos especializados de salud mental (Anexo 1).

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

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

Figura 3. Mapa de los dispositivos de salud mental en el SSPA según Áreas Hospitalarias. Año 2007.



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

En la tabla 28 se detallan los dispositivos y recursos sanitarios para la atención de las personas con trastornos mentales existentes en cada ASM, ampliándose esta información en la tabla 29 con las tasas por 100.000 habitantes.

Tabla 28. Dispositivos y recursos sanitarios para la atención de la salud mental según Área de Salud Mental. SSPA, 2007.

ÁREA DE SALUD MENTAL	USMC	USMI-J			UHSM		CTSM			URSM		HDSM	
	N ^a	N ^a	N ^o camas	Plazas HD	N ^a	N ^o camas	N ^a	N ^o camas	Plazas Prog. Día	N ^a	Plazas	N ^a	Plazas
Almería	5	1	6	12	2	49	1	12	30	1	30	2	60
Cádiz	5	2	4	20	1	28	1	15	15	1	30	-	-
Campo de Gibraltar	2	1	2	20	1	14	-	-	-	-	30	1	20
Jerez	3	1	4	10	1	28	1	15	30	-	-	-	-
Córdoba	9	1	4	20	1	43	1	19	30	1	30	-	20
Granada Norte	5	1	2	40	2	41	1	20	30	-	-	1	20
Granada Sur	4	-	-	-	1	30	1	15	30	1	30	1	20
Huelva	5	1	2	20	1	31	1	16	30	1	30	-	-
Jaén	7	1	5	15	2	52	1	18	30	1	30	1	20
Málaga I	4	1	2	20	1	42	1	20	30	1	30	1	20
Málaga II	9	1	4	25	1	40	1	20	30	-	-	-	-
Sevilla Rocío	6	1	4	20	2	57	2	32	70	1	30	1	20
Sevilla Macarena	6	1	-	20	1	53	1	13	30	1	30	1	20
Sevilla Valme	4	1	-	10	1	31	1	15	30	-	-	1	20
Osuna	2	-	-	-	1	9	-	-	-	-	-	1	20
TOTAL	76	14	39	252	19	548	14	230	415	9	300	11	260

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

Tabla 29. Recursos sanitarios para la atención de la salud mental según Área de Salud Mental. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2007.

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

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

A continuación se muestran las tasas por 100.000 habitantes de los recursos sanitarios con los que cuenta cada provincia para la prestación asistencial de las personas con enfermedad mental.

Tabla 30. Recursos sanitarios para la atención de la salud mental según provincia. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2007.

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

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

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

Tabla 31. Evolución de los dispositivos de salud mental en el SSPA durante el periodo de vigencia del I PISMA. 2003-2007.

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

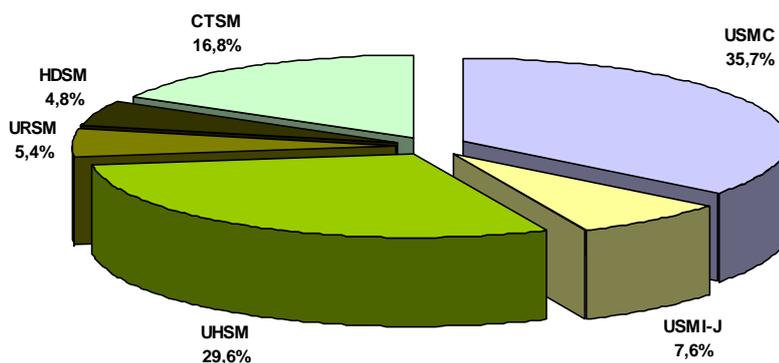
Fuente: Programa de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.

2.1.2. Recursos humanos en salud mental

Los equipos de trabajo de los diferentes dispositivos de salud mental los componen profesionales de diversas titulaciones: psiquiatría, psicología clínica, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, gestión administrativa y otras disciplinas.

En el gráfico 41, se muestra la distribución del equipo de profesionales de salud mental en los diferentes dispositivos en el año 2007, destacando las USMC con el 35,7% de profesionales seguido de las UHSM con el 29,6%.

Gráfico 41. Distribución de los recursos humanos según dispositivo de salud mental. SSPA, 2007.



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

Desde finales de 2003 a finales de 2007, el número de profesionales de los dispositivos de salud mental se ha incrementado en 303, pasando de 2.175 a 2.478, lo que supone un incremento del 7,56% de las tasas por 100.000 habitantes.

Por tipo de dispositivo, los HDSM son los que mayor incremento han experimentado pasando de 69 a 120 profesionales, suponiendo esto un incremento de las tasas por 100.000 habitantes del 63,74% (tabla 32).

Tabla 32. Evolución de los recursos humanos por tipo de dispositivo. SSPA, 2003-2007.

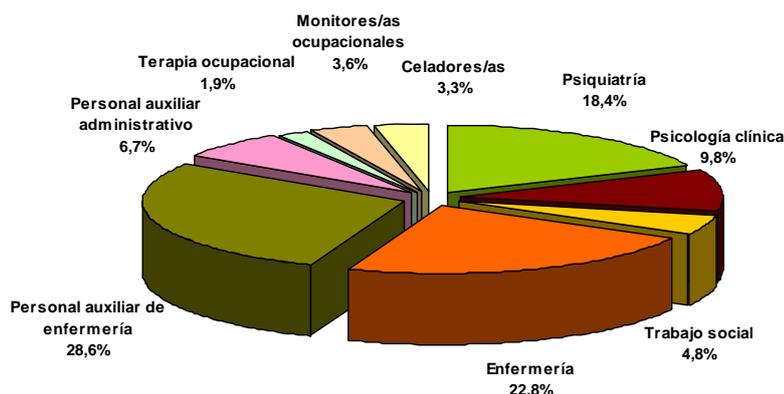
DISPOSITIVO	Número		Tasas x 100.000		% Variación
	2003	2007	2003	2007	
USMC	714	884	9,39	10,97	16,83
USMI-J	163	189	2,14	2,35	9,81
USMH	701	734	9,22	9,11	-1,19
URSM	125	135	1,64	1,68	2,44
HDSM	69	120	0,91	1,49	63,74
CTSM	403	416	5,30	5,16	-2,64
TOTAL	2.175	2.478	28,59	30,75	7,56

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

-Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2007. Instituto de Estadística de Andalucía.

En el gráfico 42 se detalla la distribución de profesionales a finales de 2007, en función de las diferentes categorías profesionales, de los cuales el 28,6% son personal auxiliar de enfermería, el 22,8% personal de enfermería y el 18,4% personal de psiquiatría.

Gráfico 42. Distribución de los recursos humanos según categoría profesional. SSPA, 2007.



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

En la tabla 33 se aprecia la evolución en el número de profesionales a lo largo de este periodo, en función de la categoría y modalidad de dispositivo.

Tabla 33. Evolución de los recursos humanos por categoría profesional y tipo de dispositivo. SSPA, 2003-2007.

PROFESIONAL	USMC		USMI-J		USMH		URSM		HDSM		CTSM		TOTAL		
	03	07	03	07	03	07	03	07	03	07	03	07	03	07	% Var.
Psiquiatría	226	277	29	34	84	88	5	9	15	21	24	27	383	456	19,06
Psicología clínica	104	139	29	31	14	16	15	17	7	16	22	24	191	243	27,23
Trabajo social	78	81	11	12	5	6	7	7	2	2	9	10	112	118	5,36
Enfermería	99	155	40	47	206	217	14	16	18	30	100	101	477	566	18,66
Personal auxiliar de enfermería	126	129	28	34	324	334	48	48	14	15	149	149	689	709	2,90
Personal auxiliar administrativo	79	101	14	16	18	20	8	8	6	11	10	11	135	167	23,70
Terapia ocupacional	0	0	11	12	1	3	10	10	3	9	10	12	35	46	31,43
Monitores/as ocupacionales	1	1	1	3	7	8	16	18	4	16	41	44	70	90	28,57
Celadores/as	1	1	0	0	42	42	2	2	0	0	38	38	83	83	0,00
TOTAL	714	884	163	189	701	734	125	135	69	120	403	416	2.175	2.478	13,93

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

En la tabla 34 se observa que la tasa de psiquiatras por 100.000 habitantes en Andalucía en el año 2007 es de 5,66, la de profesionales de psicología clínica de 3,02 y la de enfermería de 7,02. El mayor incremento en las tasas de profesionales por 100.000 habitantes desde el año 2003, se ha producido en la categoría de terapia ocupacional (24,08%), monitores/as ocupacionales (21,38%) y psicología clínica (20,12%).

Tabla 34. Evolución de los recursos humanos por categoría profesional y tipo de dispositivo. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2003-2007.

PROFESIONAL	USMC		USMI-J		USMH		URSM		HDSM		CTSM		TOTAL		
	03	07	03	07	03	07	03	07	03	07	03	07	03	07	% Var.
Psiquiatría	2,97	3,44	0,38	0,42	1,10	1,09	0,07	0,11	0,20	0,26	0,32	0,34	5,03	5,66	12,48
Psicología clínica	1,37	1,72	0,38	0,38	0,18	0,20	0,20	0,21	0,09	0,20	0,29	0,30	2,51	3,02	20,12
Trabajo social	1,03	1,01	0,14	0,15	0,07	0,07	0,09	0,09	0,03	0,02	0,12	0,12	1,47	1,46	-0,40
Enfermería	1,30	1,92	0,53	0,58	2,71	2,69	0,18	0,20	0,24	0,37	1,31	1,25	6,27	7,02	12,01
Personal auxiliar de enfermería	1,66	1,60	0,37	0,42	4,26	4,14	0,63	0,60	0,18	0,19	1,96	1,85	9,06	8,80	-2,90
Personal auxiliar administrativo	1,04	1,25	0,18	0,20	0,24	0,25	0,11	0,10	0,08	0,14	0,13	0,14	1,77	2,07	17,07
Terapia ocupacional	0,00	0,00	0,14	0,15	0,01	0,04	0,13	0,12	0,04	0,11	0,13	0,15	0,46	0,57	24,08
Monitores/as ocupacionales	0,01	0,01	0,01	0,04	0,09	0,10	0,21	0,22	0,05	0,20	0,54	0,55	0,92	1,12	21,38
Celadores/as	0,01	0,01	0,00	0,00	0,55	0,52	0,03	0,02	0,00	0,00	0,50	0,47	1,09	1,03	-5,52
TOTAL	9,39	10,97	2,14	2,35	9,22	9,11	1,64	1,68	0,91	1,49	5,30	5,16	28,59	30,75	7,54

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

Al total de profesionales de los diferentes dispositivos habría que añadirle los adscritos a las diferentes coordinaciones de área o direcciones de unidad de gestión clínica, contabilizándose un total de 2.200 profesionales a finales de 2003 y 2.501 a finales de 2007 (incremento del 14,14%).

Los últimos datos disponibles a nivel nacional, correspondientes al año 2005⁽⁴⁷⁾, recogen tasas de 3,6 psiquiatras, 1,9 profesionales de psicología clínica y 4,2 profesionales de enfermería por 100.000 habitantes.

2.1.3. Unidades de Gestión Clínica de salud mental

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

En el ámbito de la atención a la salud mental se ha apostado por este nuevo modelo de gestión. En el año 2003 existían 7 UGC de salud mental, incrementándose hasta 24 en el año 2007. De éstas, 20 integran todos los dispositivos de salud mental de su área hospitalaria o área de

gestión sanitaria; dos están formadas por una o dos unidades de salud mental comunitaria; y otras dos por comunidades terapéuticas.

Del total de la red de dispositivos de atención a la salud mental, a finales de 2007 un 65,03% estaba integrado en UGC (tabla 35).

Tabla 35. Dispositivos integrados en las UGC de salud mental. SSPA, 2007.

DISPOSITIVO	Número	% respecto al total de dispositivos
USMC	52	68,42
USMI-J	8	57,14
UHSM	12	63,16
URSM	6	66,67
HDSM	4	36,36
CTSM	11	78,57
TOTAL	93	65,03

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

En el SSPA el porcentaje de profesionales de salud mental que a finales de 2007 formaban parte de UGC era del 68,13% (tabla 36).

Tabla 36. Profesionales de salud mental en UGC. SSPA, 2007.

PROFESIONAL	Número	% respecto del total de profesionales
Psiquiatría	312	66,52
Psicología clínica	166	67,76
Trabajo social	78	66,10
Enfermería	389	68,73
Personal auxiliar de enfermería	500	70,52
Personal auxiliar administrativo	114	65,52
Terapia ocupacional	29	63,04
Monitores/as ocupacionales	63	69,23
Celadores/as	53	63,86
TOTAL	1.704	68,13

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

2.2. RECURSOS COMUNITARIOS DE APOYO SOCIAL

2.2.1. Recursos Generales

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

- **Servicios sociales** (comunitarios y especializados), a través de los que se accede a las prestaciones de carácter general y a aquellas que establece la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
- **Programas generales del sistema educativo** que permiten compensar carencias formativas en general y particularmente en el ámbito del acceso al empleo (programas de "educación de adultos", de garantía social...).
- **Programas generales de formación y apoyo al empleo**, dependientes del Servicio Andaluz de Empleo.
- **Programas de apoyo al alojamiento** de sectores desfavorecidos.
- Atención por parte de la **Administración de Justicia** en la doble vertiente civil y penal.

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

2.2.2. Recursos Específicos (FAISEM)

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

- **Programa residencial⁽⁴⁸⁾**: facilita alojamiento con distinto nivel de supervisión y apoyo:
 - Casas Hogar: dispositivos para un número de usuarios y usuarias, entre 10 y 20, con menor nivel de autonomía, que disponen de personal durante las 24 horas del día.
 - Viviendas Supervisadas: dispositivos para un máximo de 10 personas, que disponen de un mayor nivel de autonomía y con una supervisión variable según los casos y los momentos.
 - Plazas de "Respiro Familiar" y "estancias diurnas" en dispositivos residenciales.
 - Subprogramas de Atención Domiciliaria, los cuales incluyen distintos tipos de intervenciones de apoyo en el domicilio habitual de la persona.

- **Programa ocupacional-laboral⁽⁴⁹⁾**: promueve la inserción laboral a través del ejercicio de distintos niveles de actividad productiva:
 - Talleres Ocupacionales, con varios niveles de actividad: unas de carácter polivalente, otras ocupacionales específicas y otras orientadas más claramente a la formación prelaboral.
 - Cursos de Formación para el Empleo: actividades formativas de corta y media duración (inferior al año), que deben dirigirse de manera clara a la capacitación para obtener un empleo.
 - Empresas Sociales: con las características de centros especiales de empleo, que facilitan oportunidades de empleo permanente y remunerado.
 - Subprogramas de Apoyo al Empleo en otras empresas del mercado abierto.

Como estructura de coordinación de ámbito provincial se cuenta con los Servicios Provinciales de Orientación y Apoyo al Empleo (SOAE)⁽⁵⁰⁾ que, a su vez, ofrecen orientación y asesoramiento personalizado sobre empleo y formación.

- **Programa de ocio y tiempo libre:** con este programa se pretenden facilitar ámbitos que favorezcan las relaciones interpersonales significativas y un uso enriquecedor del tiempo libre, propiciando la integración dentro de la comunidad y un funcionamiento lo más autónomo posible. En el desarrollo de este programa participan de forma activa el movimiento asociativo de familiares y personas usuarias e instituciones locales, así como el personal de otros programas de apoyo de FAISEM, a través de los siguientes dispositivos y actividades:
 - Espacios permanentes tipo Club Social, con una capacidad aproximada para 30 personas. Las actividades que se llevan a cabo son muy diversas (taller de prensa y comunicación, alfabetización, deportes, fotografía, excursiones, fiestas, vídeos, coloquios, etc.). En algunos de estos espacios, se contemplan plazas de estancias diurnas.
 - Actividades de ocio y disfrute del tiempo libre, que coinciden generalmente con periodos vacacionales, fines de semana o en horario libre de compromisos laborales u ocupacionales.
- **Programa de promoción y apoyo a entidades tutelares:** a través del cual se promueve el funcionamiento de entidades tutelares para personas con enfermedad mental grave en las distintas provincias andaluzas.
- **Programa de apoyo al movimiento asociativo de familiares y personas usuarias:** con el que se contribuye a fortalecer estas organizaciones, promoviendo iniciativas de apoyo mutuo, sensibilización, gestión de determinados programas de apoyo social y fomentando la participación de ambos colectivos en múltiples ámbitos de intervención.
- **Programa de atención a personas con trastornos mentales graves en situación de marginación y sin hogar:** contempla distintas prestaciones de apoyo social específicas para este grupo de personas, en coordinación con los dispositivos de salud mental, con los servicios sociales comunitarios y con diversas entidades ciudadanas.

- **Programa de atención a la población penitenciaria con trastorno mental grave:** a través del cual se desarrollan acuerdos de colaboración con el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla y proyectos de intervención conjunta con los Servicios de Salud Mental, los Servicios Sociales y la Federación Andaluza de Familiares de Personas con Enfermedad Mental (FEAFES Andalucía), para personas con trastorno mental grave en establecimientos penitenciarios de Andalucía.

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

En la tabla 37 se resume la evolución de los recursos de apoyo social de FAISEM durante el periodo de vigencia del I PISMA 2003-2007.

Tabla 37. Evolución de los recursos de apoyo social para personas con trastorno mental grave. FAISEM, 2003-2007.

RECURSOS FAISEM	Año 2003					Año 2007					% Variación 2003-2007 Plazas X 100.000 hab.
	Nº Disp.	Nº Plazas	Plazas X 100.000 hab.	% Hombres	% Mujeres	Nº Disp.	Nº Plazas	Plazas X 100.000 hab.	% Hombres	% Mujeres	
Programa RESIDENCIAL											
Casas-Hogar	22	335	4,4	69,2	30,8	47	742	9,2	68,8	31,2	109,1
Viviendas Supervisadas	94	348	4,6	78,3	21,7	175	667	8,3	73,6	26,4	80,4
Plazas en Residencias Generales	39	216	2,8	66,2	33,8	32	151	1,9	70,4	29,6	-32,1
Plazas en Pensiones	5	12	0,2	71,4	28,6	2	12	0,1	72,2	27,8	-50,0
Atención Domiciliaria	-	119	1,6	67,6	32,2	-	410	5,1	61,2	38,8	218,8
Programa OCUPACIONAL / LABORAL											
Talleres Ocupacionales	94	1.647	21,7	76,6	23,4	115	2.251	27,9	73,1	26,9	28,6
Cursos F.P.O.	60	302	4,0	76,8	23,2	53	261	3,2	72,1	27,9	-20,0
Empresas Sociales	9	189*	2,5	79,6	20,4	9	225*	2,8	76,2	23,8	12,7
Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo	8	134**	1,8	68,6	31,4	8	952**	11,8	67,5	32,5	569,9
Programa OCIO Y TIEMPO LIBRE											
Clubes Sociales	28	840	11,0	75,2	24,8	45	1.407	17,5	70,7	29,3	59,1
Programa de Vacaciones	-	885	11,6	74,3	25,7	-	823	10,2	67,8	32,2	-12,1
Programa TUTELA											
Entidades Tutelares	6	542	7,1	71,3	28,7	8	655	8,1	70,1	29,9	14,1
Programa ATENCIÓN A PERSONAS CON TMG SIN HOGAR											
Plazas	-	-	-	-	-	-	37	0,5	74,8	25,2	-

*Persona trabajadoras con enfermedad mental. **Nº de contratos. N/D: Datos no disponibles.

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

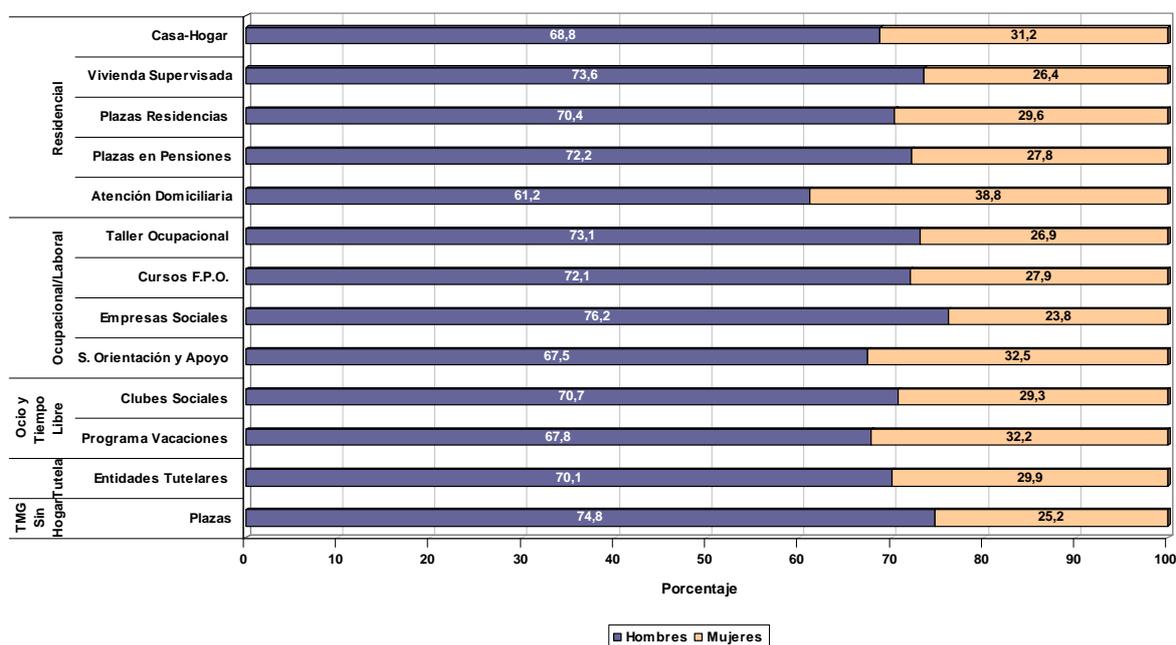
- Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2003 y 2007. Instituto de Estadística de Andalucía.

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

Así, se ha duplicado la capacidad de atención del *programa residencial* con un significativo incremento de plazas de casas hogar (de 335 en 2003 a 742 en 2007), viviendas supervisadas (de 348 en 2003 a 667 en 2007) y el desarrollo de la modalidad de apoyo domiciliario (que ha experimentado un incremento del 219%) (tabla 37).

En cuanto a la distribución por sexo, en casi todos los programas de apoyo social, con la excepción del subprograma de atención domiciliaria, se puede observar un patrón que sitúa aproximadamente a un 70% de hombres y a un 30% de mujeres ocupando la mayoría de los recursos. Como se ha señalado anteriormente, alrededor del 60% de las personas con TMG son hombres y el 40% mujeres, proporción que coincide con la distribución de porcentajes en atención domiciliaria.

Gráfico 43. Recursos de apoyo social para personas con trastorno mental grave por sexo. FAISEM, 2007.



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

En la tabla 38 y el gráfico 44 se presentan la distribución de estos recursos en las distintas provincias andaluzas a finales de 2007.

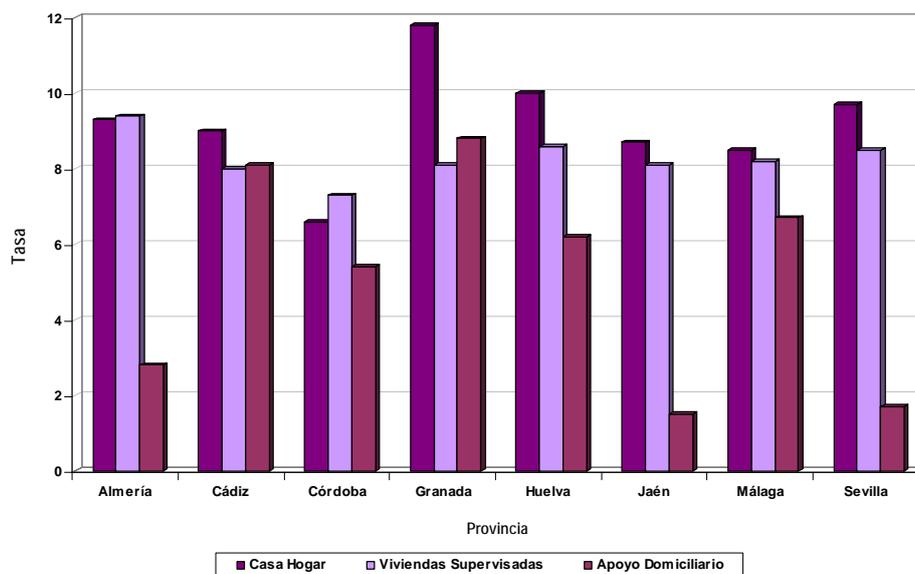
Tabla 38. Plazas del programa residencial según provincia. FAISEM, 2007.

PROVINCIA	CASA HOGAR				VIVIENDAS SUPERVISADAS				APOYO DOMICILIARIO				TOTAL			
	Nº Plazas	Plazas X 100.000 hab.	% Hombres	% Mujeres	Nº Plazas	Plazas X 100.000 hab.	% Hombres	% Mujeres	Nº Plazas	Plazas X 100.000 hab.	% Hombres	% Mujeres	Nº Plazas	Plazas X 100.000 hab.	% Hombres	% Mujeres
Almería	60	9,3	71,4	28,6	61	9,4	69,2	30,8	18	2,8	62,5	37,5	139	21,5	67,7	32,3
Cádiz	109	9,0	74,5	25,5	96	8,0	79,3	20,7	98	8,1	53,1	46,9	303	25,1	69,0	31,0
Córdoba	52	6,6	59,6	40,4	58	7,3	89,5	10,5	43	5,4	67,6	32,4	153	19,3	72,2	27,8
Granada	104	11,8	64,9	35,1	72	8,1	69,8	30,2	78	8,8	51,7	48,3	254	28,7	62,1	37,9
Huelva	50	10,0	73,5	26,5	43	8,6	67,9	32,1	31	6,2	68,4	31,6	124	24,9	69,9	30,1
Jaén	58	8,7	65,1	34,9	54	8,1	86,7	13,3	10	1,5	50,0	50,0	122	18,4	67,3	32,7
Málaga	129	8,5	66,3	33,7	125	8,2	65,9	34,1	101	6,7	74,0	25,8	355	23,4	68,8	31,2
Sevilla	180	9,7	72,7	27,3	158	8,5	72,9	27,1	31	1,7	48,4	51,6	369	20,0	64,7	35,3
TOTAL	742	9,2	68,8	31,2	667	8,3	73,6	26,4	410	5,1	61,2	38,8	1.819	22,6	67,9	32,1

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

- Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2007. Instituto de Estadística de Andalucía.

Gráfico 44. Plazas del programa residencial según provincia. Tasas por 100.000 habitantes. FAISEM, 2007.



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

- Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2007. Instituto de Estadística de Andalucía.

En relación al *programa ocupacional-laboral*, la actividad que más se ha visto incrementada ha sido el número de contratos a personas con enfermedad mental (569,9%), seguido de las plazas en talleres ocupacionales (28,62%) y las personas con enfermedad mental que trabajan en empresas sociales (12,72%). Estas empresas han consolidado su situación económica, incrementando de manera sostenida su volumen de actividad y, por tanto, su capacidad de dar empleo estable a un número significativo de personas con trastorno mental grave. Esta línea de

integración laboral se ha complementado con el crecimiento y consolidación de los Servicios Provinciales de Orientación y Apoyo al Empleo, que consiguieron ampliar progresivamente el campo del empleo en las empresas generales (952 contratos para personas con TMG en distintos tipos de empresas) (tabla 37).

En la tabla 39 y gráfico 45 se muestran la distribución de plazas por provincias del programa ocupacional-laboral a finales del año 2007.

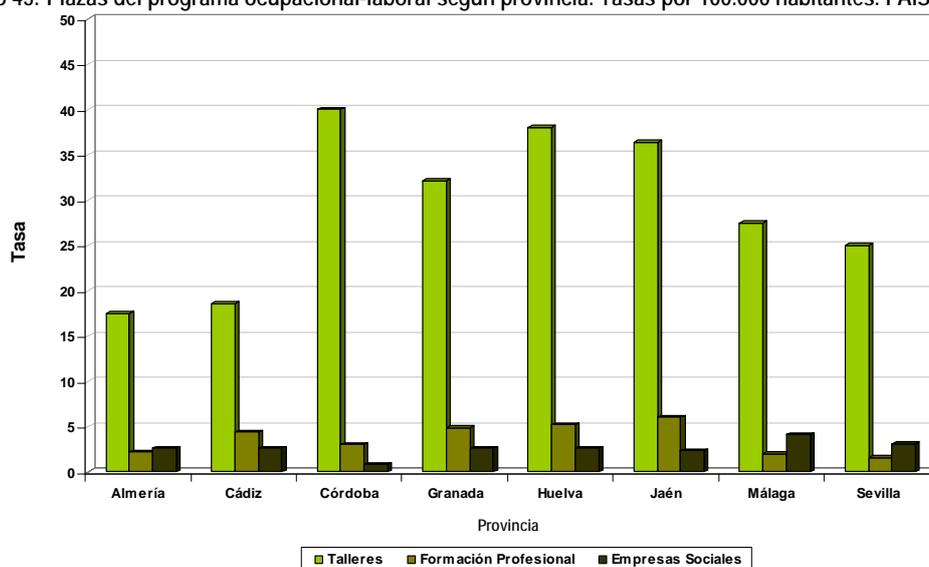
Tabla 39. Plazas del programa ocupacional-laboral según provincia. FAISEM, 2007.

PROVINCIA	Talleres Ocupacionales				Formación Profesional				Empresas Sociales			
	Nº de plazas	Plazas X 100.000 hab.	% Hombres	% Mujeres	Nº de alumno/a	Plazas X 100.000 hab.	% Hombres	% Mujeres	Trabajadores/as con discapacidad por enfermedad mental	Plazas X 100.000 hab.	% Hombres	% Mujeres
Almería	113	17,5	68,2	31,8	14	2,2	88,9	11,1	17	2,6	100,0	0,0
Cádiz	225	18,6	87,5	12,5	53	4,4	69,8	30,2	31	2,6	96,9	3,1
Córdoba	317	40,0	74,7	25,3	24	3,0	77,8	22,2	6	0,8	83,3	16,7
Granada	284	32,1	64,7	35,3	43	4,9	75,8	24,2	23	2,6	60,0	40,0
Huelva	189	38,0	68,1	31,9	26	5,2	77,3	22,7	13	2,6	63,6	36,4
Jaén	242	36,4	66,2	33,8	40	6,0	45,7	54,3	15	2,3	47,1	52,9
Málaga	418	27,5	73,2	26,8	31	2,0	74,1	25,9	62	4,1	69,0	31,0
Sevilla	463	25,0	77,7	22,3	30	1,6	81,3	18,8	58	3,1	81,3	18,8
TOTAL	2.251	27,9	73,1	26,9	261	3,2	72,1	27,9	225	2,8	76,2	23,8

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

- Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2007. Instituto de Estadística de Andalucía.

Gráfico 45. Plazas del programa ocupacional-laboral según provincia. Tasas por 100.000 habitantes. FAISEM, 2007.



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

- Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2007. Instituto de Estadística de Andalucía.

En este mismo año, los *servicios provinciales de orientación y apoyo al empleo* atendieron a un total de 2.452 personas (tabla 40).

Tabla 40. Actividad de los servicios de orientación y apoyo al empleo según provincia. FAISEM, 2007.

PROVINCIA	Personas Atendidas			Número de Contratos					
	Nº	% Hombres	% Mujeres	En empresas sociales	En otros C.E.E.	En empresas del mercado abierto	% Hombres	% Mujeres	TOTAL
Almería	203	66,1	33,9	51	8	24	57,1	42,9	83
Cádiz	385	71,8	28,2	32	24	112	83,1	16,9	168
Córdoba	166	70,9	29,1	2	3	29	38,9	61,1	34
Granada	410	69,9	30,1	40	7	41	67,9	32,1	88
Huelva	326	66,9	33,1	62	13	51	61,0	39,0	126
Jaén	280	60,0	40,0	45	10	65	58,5	41,5	120
Málaga	340	71,1	28,9	82	44	84	66,0	34,0	210
Sevilla	342	64,0	36,0	40	27	56	76,5	23,5	123
TOTAL	2.452	68,0	32,0	354	136	462	67,5	32,5	952

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

En cuanto al *programa de ocio y tiempo libre*, durante el periodo 2003-2007, el número de plazas nuevas por 100.000 habitantes en clubes sociales experimentó un incremento de un 59%. En el año 2007 el número de plazas ofertadas en estos dispositivos (mayoritariamente a través de convenios con el movimiento asociativo de familiares articulado en torno a FEAFES Andalucía y de usuarios y usuarias), ha sido de 1.407. Así mismo, 823 personas se han beneficiado de los programas vacacionales (tabla 37).

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

El apoyo prestado al movimiento asociativo de familiares y personas usuarias ha contribuido a fortalecer estas organizaciones e impulsar su participación. Esto ha sido especialmente significativo con las asociaciones federadas en FEAFES Andalucía y con la puesta en marcha de la Plataforma Andaluza de Asociaciones de Usuarios y Usuarias de Salud Mental, de la que forman parte 9 entidades.

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

Además del crecimiento cuantitativo de los programas de apoyo social, hay algunos otros aspectos que merece la pena destacar en este periodo. Así se han establecido los objetivos de mejora en el programa residencial en virtud del Plan de Calidad de FAISEM 2006-2010.

El ámbito de cooperación con los servicios de salud mental del SSPA ha mejorado gracias a la progresiva implantación del PAI Trastorno Mental Grave, y al establecimiento de un primer Acuerdo de Cooperación con el Programa de Salud Mental del SAS en el año 2007^{hh}, que recoge las siguientes áreas de mejora:

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

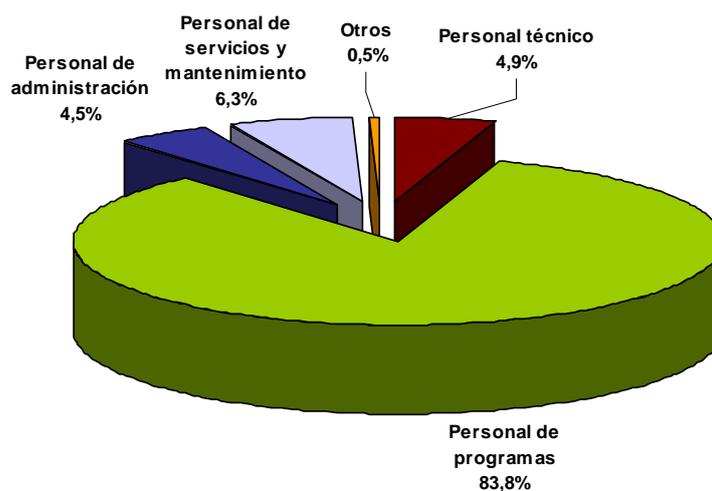
También la relación con los servicios sociales ha recibido un nuevo impulso con la puesta en marcha de la Ley y el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, reforzándose el papel de las comisiones intersectoriales. Del mismo modo, se ha reforzado la cooperación con la Consejería y el Servicio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

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

Recursos humanos de FAISEM

En el año 2007 la plantilla de FAISEM estaba compuesta principalmente por personal de los diferentes programas de apoyo social, que representan un 83,8% del total de la plantilla (gráfico 46).

Gráfico 46. Distribución de los recursos humanos según clasificación profesional. FAISEM, 2007.



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

Del total de los recursos humanos de FAISEM en el año 2007, el 72,9% son mujeres frente al 27,1% de hombres. Esta diferencia es más acusada en el personal de servicios y mantenimiento donde el las mujeres alcanzan el 94,0% de esta categoría (tabla 41).

Como se observa en la siguiente tabla, durante el periodo de vigencia del I PISMA, la plantilla de FAISEM se ha incrementado en un 55,27%, destacando el porcentaje de variación del personal de programas (61,26%).

Tabla 41. Evolución de los recursos humanos según clasificación profesional. FAISEM, 2003-2007.

PROFESIONAL	Año 2003	Año 2007		% Variación 2003-2007	
	Número	Número	% Hombres		% Mujeres
Personal técnico	34	39	31,8	68,2	14,71
Personal de programas	413	666	27,8	72,2	61,26
Personal de administración	25	36	31,3	68,8	44,00
Personal de servicios y mantenimiento	36	50	6,0	94,0	38,89
Otros	4	4	75,0	25,0	0,00
TOTAL	512	795	27,1	72,9	55,27

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

2.2.3. Red de Ayuda Mutua

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

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

La red andaluza de asociaciones vinculadas a la salud mental es amplia y diversa, estando muchas de ellas representadas por entidades de ámbito regional.

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

A finales de 2007, las entidades federadas a *FEAFES-Andalucía* son las siguientes:

- Asociación "EL TIMÓN" (El Ejido, Almería).
- Asociación de Ayuda al Enfermo Mental de Cádiz "AFEMEN" (Jerez, Cádiz).
- Asociación de Allegados de Enfermos Mentales de Córdoba "ASAENEC" (Córdoba).
- Asociación de Familiares, Amigos y Simpatizantes de Enfermos Mentales del Valle de los Pedroches "AFEMVAP" (Pozoblanco, Córdoba).
- Asociación "SEMILLA DE FUTURO" (Montoro, Córdoba).

- Asociación Granadina de Familiares de Enfermos Mentales "AGRAFEM-COMARES" (Granada).
- Asociación de Familiares de Personas con Enfermedad Mental de Huelva "FEAFES-HUELVA" (Huelva).
- Asociación Provincial de Allegados y Personas con Enfermedad Mental "APAEM" (Jaén).
- Asociación de Familiares con Enfermos de Esquizofrenia "AFENES" (Málaga).
- Asociación de Familiares de Enfermos Mentales de la Anarquía "AFENEAX" (Vélez Málaga, Málaga).
- Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de la Costa del Sol "AFESOL" (Benalmádena, Málaga).
- Asociación de Allegados de Enfermos Esquizofrénicos "ASAENES" (Sevilla).
- Asociación en Defensa de la Atención a los Trastornos de la Personalidad "AVANCE" (Sevilla).

La consolidación del movimiento asociativo de pacientes se ha producido, por un lado, con la creación de varias asociaciones nuevas y por otro, con la formación de grupos representativos de personas usuarias en las asociaciones de familiares federadas a FEAFES-Andalucía.

En el año 2007 se constituyó la *Plataforma de Asociaciones de Usuarios y Usuaris de Salud Mental de Andalucía*, de la que forman parte las siguientes entidades:

- Asociación "AVANTE" (Jerez, Cádiz).
- Agrupación de personas con enfermedad mental de la Asociación AFEMVAP (Pozoblanco, Córdoba).
- Asociación de Enfermos Mentales del Alto Guadalquivir "AEMAG" (Montoro, Córdoba).
- Asociación Salud Para La Mente "SAPAME" (Granada).
- Asociación Mente Sana (Motril, Granada).
- Asociación "AL FARALA" (Málaga).
- Agrupación de personas con enfermedad mental de la Asociación AFESOL (Benalmádena, Málaga).
- Asociación "TOSPATOS" (Cártama, Málaga).
- Asociación Futuro Pro-Salud Mental (Sevilla).

Otras asociaciones andaluzas de personas con enfermedad mental, familiares y personas allegadas:

- Asociación de Familiares de Enfermos Mentales "Gaza" (Roquetas del Mar, Almería).
- Asociación Puerto Real de Familiares de Enfermos Mentales "APFEM" (Puerto Real, Cádiz).
- Asociación para la Integración Social del Enfermo Mental "MALVA" (Priego de Córdoba, Córdoba).
- Asociación Ruteña de Ayuda al Enfermo Mental "ARAEM" (Rute, Córdoba).
- Asociación de Ayamonte Contra la Enfermedad Mental "ADACEM" (Ayamonte, Huelva).
- Asociación de Mujeres para la Promoción de la Salud Mental Valeriana (Vélez-Málaga, Málaga).
- Asociación de Amigos y Familiares de Enfermos Mentales "San Juan Grande" (Carmona, Sevilla).
- Asociación de Autoayuda Puertas Abiertas (Sanlúcar La Mayor, Sevilla).

Además, existen *asociaciones monográficas* orientadas a un determinado trastorno mental, de ámbito local, provincial y/o regional:

- Trastornos de la Conducta Alimentaria:
 - Asociación Almeriense contra la Anorexia y la Bulimia "ASACAB" (Almería).
 - Asociación para la Defensa contra la Anorexia y la Bulimia "ADAB" (San Fernando, Cádiz).
 - Asociación para la Lucha contra la Anorexia y la Bulimia "ALCABSAN" (Sanlúcar de Barrameda, Cádiz).
 - Asociación de Bulimia y Anorexia Nerviosa "ABAN" (Jerez, Cádiz).
 - Asociación en Defensa de la Atención de la Anorexia Nerviosa y la Bulimia "ADANER-CORDOBA" (Córdoba).
 - Asociación en Defensa de la Atención de la Anorexia Nerviosa y la Bulimia "ADANER-GRANADA" (Granada).
 - Asociación de Anorexia y Bulimia "ANORAB" (Granada).
 - Asociación en Defensa de la Atención de la Anorexia Nerviosa y la Bulimia "ADANER-HUELVA" (Huelva).

- Asociación para el Tratamiento de los Trastornos de la Alimentación "ATRALMA" (Málaga).
- Asociación Grupo de Ayuda Especializada en Bulimia y Anorexia "GAÉBA" (Málaga).
- Asociación Mijeña contra la Anorexia y la Bulimia (Mijas-Costa, Málaga).
- Asociación en Defensa de la Atención de la Anorexia Nerviosa y la Bulimia "ADANER-MALAGA" (Málaga).
- Asociación en Defensa de la Atención de la Anorexia Nerviosa y la Bulimia "ADANER-SEVILLA" (Sevilla).
- Trastornos Hipercinéticos:
 - Federación Andaluza de Asociaciones de Padres y Personas con Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad "FAHYDA". Entidades federadas:
 - Asociación de Familiares de Niños Hiperactivos "AFHIP" (Jerez, Cádiz).
 - Asociación de Padres de Niños con Hiperactividad y Déficit de Atención "Trotamundos" (Algeciras, Cádiz).
 - Asociación Cordobesa del Déficit de Atención e Hiperactividad "ACODAH" (Córdoba).
 - Asociación Granadina de Personas Hiperactivas "APHADA" (Granada).
 - Asociación de Familias con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad "Aire Libre" (Niebla, Huelva).
 - Asociación Malagueña de Adultos y Niños con Déficit de Atención con o sin hiperactividad "AMANDA" (Málaga).
 - Asociación Sevillana de Padres y afectados con Trastornos Hipercinéticos "ASPATHI" (Sevilla).
- Trastornos Generalizados del Desarrollo:
 - Federación Andaluza de Padres con Hijos con Trastornos del Espectro Autista "AUTISMO ANDALUCÍA". Entidades federadas:
 - Asociación de Padres y Niños Autistas "APNAAL" (Almería).
 - Asociación Provincial de Familiares de Personas con Trastornos del Espectro Autista "AUTISMO CÁDIZ" (Cádiz, Puerto Real y Jerez de la Frontera).

- Asociación de Padres de Autistas de Córdoba y Otros Trastornos Generalizados del Desarrollo "AUTISMO CÓRDOBA" (Córdoba).
- Asociación de Padres de Niños y Adultos Autistas de Granada "AUTISMO GRANADA" (Granada).
- Asociación Onubense de Padres y Amigos de Personas con Autismo y Otros Trastornos Generalizados del Desarrollo "ANSARES" (Huelva).
- Asociación Provincial de Padres de Niños Autistas "JUAN MARTOS PEREZ" (Jaén).
- Asociación de Padres de Niños Autistas "ARCANGEL" (Jaén).
- Asociación de Padres de Niños y Adultos Autistas de Málaga "AUTISMO MÁLAGA" (Málaga).
- Asociación "AUTISMO SEVILLA" (Sevilla).
- o Federación Asperger Andalucía (Castilleja de la Cuesta, Sevilla). Entidades federadas:
 - Asociación Asperger (Almería).
 - Asociación Asperger (Cádiz).
 - Asociación Asperger (Córdoba).
 - Asociación Asperger (Granada).
 - Asociación Asperger (Huelva).
 - Asociación Malagueña de Síndrome de Asperger (Málaga).
 - Asociación Sevillana de Síndrome de Asperger (Sevilla).
- o Asociación de Apoyo al Autismo y Trastornos Generalizados del Desarrollo "ADA" (Almería).
- o Asociación de Personas Autistas, Familiares y Amigos "ASUNCIÓN" (Cádiz).
- o Asociación Provincial de Autismo, Síndrome de Rett y Trastornos Generalizados del Desarrollo "ANGEL RIVIERE" (Jaén).
- o Asociación Padres Niños-Adultos Autistas "APNAA" (Málaga).
- o Asociación Hispalense de Ayuda al Autismo "HAYA" (Sevilla).
- o Asociación Centro Seta (Sevilla).
- o Asociación Andaluza Síndrome de Rett (Sevilla).
- o Asociación para la Integración de Personas Afectadas por X- Frágil u otro Trastornos Generalizados del Desarrollo en Andalucía "ASANXF-TGD" (Castilleja de Guzmán, Sevilla).

- *Otros trastornos mentales:*
 - Asociación de Familiares de Enfermos Duales "AFEDU" (Cádiz).
 - Asociación de Afectados por Trastornos de Ansiedad y Agorafobia "AGOS " (Cádiz).
 - Asociación de Madres y Padres de Niños/as con Trastornos de Conducta "AMPANITCO" (Torredonjimeno, Jaén).
 - Asociación de Bipolares de Andalucía Oriental "BAO" (Málaga).
 - Asociación Disfasia (Sevilla).

3. EXPECTATIVAS DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL, FAMILIARES Y PROFESIONALES

Con el fin de detectar oportunidades de mejora en la calidad asistencial, el Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud ha impulsado el análisis de las necesidades y expectativas expresadas por las personas con trastorno mental, sus familiares y profesionales tanto de la salud como de otros sectores implicados en la atención a la salud mental en Andalucía.

El objetivo es indagar como vivencian o perciben estos colectivos las necesidades de atención sanitaria, arrojando luz para la propuesta de acciones en materia de promoción de la salud mental, la mejora de la calidad de vida de las personas con trastorno mental y el desarrollo de una atención sanitaria y social basada en la continuidad asistencial que posibilite la reinserción de las personas atendidas en estos servicios.

Para explorar su opinión, en el primer semestre de 2007 la Escuela Andaluza de Salud Pública desarrolló un sondeo en el que se combinaron distintas técnicas de investigación cualitativa, en particular:

- Grupos focales con personas usuarias de los servicios de salud mental y sus familiares.
- Talleres de trabajo con profesionales implicados en la atención a la salud mental.

En los grupos focales participaron un total de 75 personas, que pueden subdividirse a su vez en tres grandes colectivos: personas con Trastorno Mental Grave (TMG) y sus familiares; personas con Trastorno Mental Común (TMC) y sus familiares; y familiares de menores (infancia y adolescencia) con trastorno mental. La selección de participantes se realizó incluyendo criterios de heterogeneidad que permitieran obtener información sobre diferentes experiencias y puntos de vista, así como criterios de homogeneidad que facilitaran la comunicación entre los mismos.

Para explorar las necesidades y expectativas de profesionales, se realizaron dos talleres de trabajo en los que participaron un total de 30 personas: uno con profesionales del SSPA (Coordinación de Área de Salud Mental, Dirección de Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental y Dirección de hospitales y distritos de Atención Primaria) y otro con profesionales

intersectoriales (procedentes de Educación, Servicios Sociales, Servicios de Atención a las Drogodependencias, Justicia, Empleo, Fuerzas de Seguridad del Estado, Ayuntamientos, Instituciones Penitenciarias, Observatorio de la Infancia, Oficina del Defensor del Pueblo y FAISEM). En el desarrollo de los talleres se combinaron las técnicas de grupo de discusión y grupo nominal adaptado, realizándose un análisis de la situación actual de los servicios de salud mental e identificándose las líneas de acción prioritarias. La selección de participantes se realizó buscando las personas más idóneas y representativas (informantes clave), procurando que estuvieran representados todos los segmentos de esta población para tener una visión completa del tema de análisis.

El interés y participación mostrados por las personas en los grupos focales y talleres de trabajo generó una dinámica fluida y complementaria que facilitó el estudio del discurso y la valoración del grado de consenso alcanzado. A continuación se presentan, en extracto, las demandas y expectativas expresadas por los distintos colectivos.

3.1. OPINIÓN DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL Y SUS FAMILIARES

La valoración que las personas con trastorno mental y sus familiares realizan sobre la atención que se recibe en los dispositivos por parte de profesionales sanitarios es, en su conjunto, positiva.

No obstante, señalan algunas áreas en las que la atención es susceptible de mejora. En este sentido, existe una opinión generalizada entre familiares de las personas con trastorno mental sobre la insuficiente información que reciben sobre la enfermedad y los servicios a los que tiene derecho la población usuaria. Consideran que existen dificultades de accesibilidad geográfica y de flexibilidad horaria en la prestación de los servicios. Finalmente, existe un consenso general sobre la falta de actuaciones de prevención en salud mental, animando al sistema sanitario a adoptar medidas en este sentido.

A continuación se recoge de manera sintética la valoración que este colectivo realiza de los recursos de salud mental disponibles y profesionales del SSPA, así como la expresión de un conjunto de demandas específicas para la mejora de la calidad asistencial.

3.1.1. Valoración de los recursos disponibles

Atención primaria y especializada

Al valorar la atención recibida en el centro de salud, el aspecto más destacado por las personas atendidas y sus familiares es la dificultad de acceso a profesionales de psicología o psiquiatría de las USMC, fundamentalmente para el tratamiento de trastornos mentales comunes.

La mayoría manifiestan su desacuerdo con el tiempo y modo de seguimiento de las personas con TMC en estos dispositivos, que califican de muy espaciado entre consultas e insuficiente en el número de visitas. No obstante, no existe consenso al valorar este aspecto, ya que otras personas atendidas sí se manifestaron de acuerdo en tiempo que se establece entre consultas en el seguimiento de la enfermedad.

Respecto a la asistencia sanitaria que reciben la población usuaria a nivel hospitalario, las personas con trastorno mental y sus familiares destacan tres grandes cuestiones:

- La accesibilidad a los dispositivos hospitalarios.
- La atención sanitaria que se recibe durante el periodo de ingreso.
- Los recursos con los que están dotadas las USMI-J.

En relación a la accesibilidad para la atención del TMG, el colectivo de familiares expone la dificultad que encuentran para que estas personas ingresen en el modo y plazos oportunos.

En la atención sanitaria que reciben las personas atendidas en la unidad de agudos se identifican dos aspectos de mejora fundamentales. Por un lado, se considera inadecuado que se produzca la circunstancia de que pacientes con diferentes patologías (ya sean graves o comunes) compartan el mismo espacio físico. Por otra parte, consideran mejorable el aspecto

cuantitativo de la atención que reciben estas personas durante el periodo de ingreso en la unidad de agudos. En este sentido, señalan la dificultad para que, durante el periodo de ingreso, se les oferte actividades o talleres a pacientes con distintas patologías, debido a la escasez de espacios.

En relación al alta hospitalaria, familiares de pacientes con TMG muestran variabilidad de opinión respecto al procedimiento de la misma. Expresan su preocupación ante situaciones en las que la propia persona con trastorno mental solicita el alta, existiendo la posibilidad de que quede al margen la opinión de sus familiares.

El colectivo de familiares de menores con trastorno mental que participaron en este estudio consideran que los dispositivos de atención hospitalaria y recursos con los que están dotados son insuficientes. En su opinión, no se diferencian adecuadamente los espacios destinados a pacientes según su edad o la gravedad de las patologías.

Servicios de urgencias hospitalarias

Los familiares de pacientes con TMG consideran muy difícil la situación que se vive con estas personas en momentos de crisis, sobre todo en lo que respecta a la llegada de los dispositivos de urgencias al domicilio, el modo en que se atiende o se reduce al usuario o usuaria, el equipo de profesionales que intervienen y el tiempo que transcurre desde que se detecta la necesidad de atención urgente hasta que ésta tiene lugar. Hay familiares que sugieren la creación de un teléfono directo de salud mental para solicitar la asistencia urgente.

Recursos de apoyo social

Sobre los recursos de apoyo social a los que tienen acceso la población usuaria, bien a través de FAISEM bien a través de otros organismos, instituciones y asociaciones, existe una diversidad de opiniones entre familiares de personas con TMG y familiares de niños y adolescentes con problemas de salud mental.

Las personas con TMG por su parte, tienen una valoración muy positiva de los servicios a los que acceden a través de FAISEM, como es el caso de los talleres ocupacionales, pisos

tutelados, servicio de comedor, etc., aunque señalan como punto de mejora las actuales listas de espera para acceder a los mismos.

En cambio, el grupo de familiares de menores (infancia y adolescencia) se quejan de la insuficiencia de recursos de apoyo social y de problemas de funcionamiento. Manifiestan además la existencia de obstáculos burocráticos para constituir asociaciones que centralicen y suministren la información de interés.

3.1.2. Valoración de profesionales del SSPA

La valoración general que la población usuaria y sus familiares hacen sobre profesionales (sanitarios y no sanitarios) de los servicios de salud mental es bastante positiva. Valoran el esfuerzo que este colectivo realiza ante la escasez de tiempo para realizar la asistencia y agradecen el componente humano que incorporan en consulta.

Valoración de su capacitación

Al preguntar por la capacitación del colectivo de profesionales de salud mental, las personas con trastorno mental y sus familiares expresan variabilidad de opiniones, en función del tipo de la patología y nivel asistencial al que se haga referencia.

En general, la percepción que los familiares tienen sobre el tratamiento prescrito es de ausencia de terapias y exceso de medicación, tanto en personas con TMG, TMC o infanto-juveniles. Se ha observado que, en este colectivo, a menudo se asocia la prescripción de fármacos con una indicación clínica de baja calidad, existiendo además una creencia generalizada de que el trabajo psicológico con las personas con trastorno mental es más efectivo que el tratamiento farmacológico.

Al valorar la capacitación en la asistencia al TMC, a menudo se manifiesta cierta insatisfacción con el tratamiento prescrito en Atención Primaria y dificultad de acceso a profesionales de las Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC). No obstante, hay familiares que sí consideran

adecuado el primer abordaje del TMC que se realiza en el centro de salud antes de su derivación a los servicios especializados.

En cualquier caso, familiares y pacientes destacan que, con independencia del tratamiento elegido para abordar la enfermedad, ante todo debe garantizarse una individualización del mismo. De igual modo, consideran muy importante la continuidad asistencial del tratamiento y del equipo de profesionales que atienden al paciente.

Participación del familiar en el tratamiento del paciente

La mayoría de familiares de personas con TMC demandan participar en el tratamiento e incluso entrar en la consulta junto al paciente para dar su opinión sobre las circunstancias que rodean el proceso de la enfermedad y expresar sus vivencias y necesidades de atención. En algunas ocasiones, afirman que se produce una negativa del profesional sanitario a esta demanda, alegando que el tratamiento es exclusivo y confidencial para la persona atendida, situación que no resulta satisfactoria para sus familiares. En aquellos casos en los que sí han tenido la opción de hacer terapia conjunta con el paciente, el nivel de satisfacción sobre el tratamiento recibido es mayor.

El colectivo de familiares pone de manifiesto su percepción de variabilidad de práctica entre profesionales. Señalan también la escasez de información sobre las características de las sesiones o terapias que reciben las personas con trastorno mental, demandando más orientación y asesoramiento para ayudar al paciente.

Valoración de otros aspectos cualitativos

Los familiares de las personas con trastorno mental realizan una valoración crítica de las habilidades de comunicación de los miembros del equipo de profesionales sanitarios, siendo susceptibles de mejora. Por una parte, consideran que a menudo carecen de información suficiente sobre el diagnóstico de la enfermedad, subrayando además el tiempo y/o esfuerzo que conlleva obtenerla. Por otra parte, demandan información más amplia sobre el tratamiento prescrito, siendo éste un aspecto clave de la comunicación profesional-paciente.

El grupo de familiares de menores con trastorno mental tiene una valoración más positiva sobre la comunicación de los equipos profesionales, pero también hacen hincapié en la necesidad de conocer cuanto antes el diagnóstico, ya que la incertidumbre les genera altos niveles de ansiedad y desconfianza.

3.1.3. Demandas para la mejora de la atención a la salud mental

A modo de conclusión, las personas con trastorno mental y sus familiares expresaron un conjunto de demandas globales para mejorar la calidad de la atención a la salud mental en Andalucía:

- **Apoyo psicológico a familiares en el primer contacto con la enfermedad.**

El colectivo de familiares demanda apoyo psicológico, sobre todo en la fase de diagnóstico de la enfermedad, con el fin de asimilar la nueva situación familiar y afrontar mejor los periodos agudos o de crisis.

- **Recursos de apoyo social.**

La actual dotación de recursos de apoyo social es, a juicio de las personas familiares, insuficiente para poder hacer frente a la carga familiar que una persona con trastorno mental supone. En este sentido, la principal preocupación de familiares de pacientes con TMG es la incertidumbre sobre su situación futura ante la escasez de recursos propios.

El apoyo social que demandan el colectivo de familiares se extiende, en el caso de la infancia y adolescencia, a refuerzos terapéuticos, "respiros familiares" en periodos vacacionales y al apoyo desde los colegios con la dotación de especialistas en psicología.

- **Integración social.**

El grupo de familiares de pacientes con TMG valoran muy positivamente las acciones que puedan desarrollarse para la integración social de las personas con trastorno mental y demandan más oportunidades de acceso al empleo.

- **Recursos sanitarios.**

Aunque la demanda de recursos sanitarios es general para todos los dispositivos, las personas con trastorno mental y sus familiares solicitan con especial énfasis reforzar la dotación de recursos en las unidades de agudos de los hospitales generales.

En el caso de familiares de menores se expresa también una falta general de recursos en las USMI-J. Demandan medios para la realización de actividades de apoyo durante el periodo de ingreso, así como la dotación de más espacio físico que permita hacer distinciones durante la hospitalización por criterios de edad y tipo de trastorno.

- **Centros sociales.**

La demanda de centros ocupacionales o de día para las personas con TMG es muy frecuente entre sus familiares que, por una parte, manifiestan su descontento por las listas de espera para acceder a los mismos y, por otra, solicitan cierta especialización según la patología del trastorno.

- **Profesionales.**

La población usuaria y sus familiares demandan más profesionales sanitarios para la atención a la salud mental, a fin de limar los problemas de listas de espera y accesibilidad a la Atención Especializada.

3.2. OPINIÓN DE PROFESIONALES DEL SSPA

3.2.1. Valoración general sobre la atención a la salud mental

El colectivo de profesionales del SSPA coincide en su valoración positiva sobre la mejora en los últimos años de la atención a la salud mental en Andalucía, aunque también consideran que esta atención es desigual, lenta y bastante mejorable en algunos aspectos, tales como:

- La falta de tiempo en Atención Primaria para atender a pacientes con problemas de salud mental así como para aplicar tratamientos psicoterapéuticos.
- La falta de especialistas.
- La deficiente respuesta asistencial que reciben la población usuaria.
- El desplazamiento que ha sufrido el TMG entre las prioridades asistenciales.

Se valora positivamente la mejora de la accesibilidad en la atención a la salud mental y los avances logrados a partir del I PISMA (protocolos, procesos asistenciales, sistemas de información, ordenación del territorio, etc.), destacando la creación de dispositivos específicos para la infancia y adolescencia.

Centrándose en el análisis de patologías específicas, sobre la atención sanitaria a los TMC destacan positivamente la accesibilidad, la mejor comprensión de estas patologías con una disminución del estigma social y el mayor protagonismo del profesional de la salud mental, no sólo médicos sino trabajadores sociales, psiquiatras, psicólogos, etc.

En cuanto a la atención a los TMG se valora positivamente el esfuerzo realizado por establecer protocolos de actuación y definir procesos asistenciales que impulsen una práctica de calidad. Igualmente se subraya el incremento sensible en la dotación de recursos e infraestructuras así como de personal lo que, en su opinión, ha generado una mejora de la eficiencia en la prestación de los servicios, a pesar de los altos niveles de presión que ejerce actualmente la demanda.

El colectivo de profesionales del sector sanitario se cuestiona mejorar la atención a los trastornos emergentes, como es el trastorno de personalidad, en el caso de TMG, o las patologías

relacionadas con cambios sociales, nuevos modelos de familia y de relación, en el caso de la salud mental en menores.

En el caso de la salud mental infanto-juvenil, expresan la sensación de incertidumbre que genera la hospitalización durante la infancia. En su opinión, existe un ámbito mal definido entre la pediatría y la salud mental, precisamente por la falta de especialización y de dedicación de profesionales en exclusividad. Es por ello que consideran necesaria la formalización de especialidades en psiquiatría y psicología infantil.

Finalmente, desde el punto de vista de la ordenación y reordenación de los dispositivos de salud mental, este colectivo espera que las autoridades sanitarias competentes afronten en un futuro próximo al menos tres cuestiones:

- Definición de Áreas de Salud Mental que se correspondan con otras delimitaciones sanitarias de Atención Primaria y Especializada.
- Integración de la estructura organizativa de salud mental en las estructuras jerárquicas de la sanidad pública.
- Abordaje de la doble dependencia del personal que trabaja en salud mental, lo que genera distintas disfunciones de coordinación.

Adecuación de la demanda de atención en salud mental

Uno de los aspectos más debatidos entre profesionales del SSPA al valorar la adecuación de la demanda que la ciudadanía realiza a los servicios de salud mental está relacionada con la asistencia al TMC. En su opinión, la demanda que absorbe Atención Primaria en relación con estos trastornos no es adecuada por dos motivos fundamentales. Por una parte, destacan el error de diagnóstico que a menudo ocasiona la confusión entre los problemas de salud mental y los propios de la vida. Por otra parte, el actual funcionamiento del modelo asistencial no ofrece barreras a la demanda de asistencia por parte de personas que no toleran el sufrimiento o duelo no patológico.

En relación con la infancia y adolescencia añaden que, paralelamente a la asunción de patologías emergentes, han de ser especialmente cautos a la hora de diagnosticar patologías en menores que únicamente tienen problemas propios de los nuevos estilos de vida.

Valoración de la asistencia sanitaria urgente

En cuanto al protocolo de ingreso, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental que se atienden a través del Servicio de Urgencias Hospitalarias, el colectivo de profesionales del SSPA realizan una valoración un tanto deficitaria, tanto de la asistencia a personas con trastornos mentales comunes como graves.

3.2.2. Valoración de la coordinación de los servicios sanitarios

La mayoría de profesionales SSPA defienden la necesidad de una coordinación asistencial efectiva entre Atención Primaria y Especializada para el seguimiento y valoración de los casos de salud mental. Para ellos, la coordinación es actualmente “una realidad deficiente”.

Para ello, creen necesario avanzar en protocolos conjuntos y de coordinación, así como simplificar los circuitos a fin de mejorar la comunicación entre Atención Primaria y los dispositivos de salud mental. Asimismo, señalan la importancia de definir con coherencia los objetivos en los contratos-programa de ambos niveles asistenciales, a fin de que los equipos profesionales tengan líneas de trabajo conjuntas.

De igual modo, demandan una continuidad asistencial en la atención de la salud mental en la infancia y adolescencia, mediante la concienciación sobre los problemas de salud mental de esta población, la integración de las USMI-J en los programas de área y la coordinación reglada de las USMC y las USMI-J.

Respecto a la atención de pacientes que además de un trastorno mental tienen otros problemas de salud, consideran que debe realizarse un esfuerzo hacia la atención integral de los mismos.

3.2.3. Valoración de recursos disponibles

El grupo de profesionales que participaron en el taller valoran negativamente los recursos sanitarios disponibles (recursos humanos, materiales, espacio y tiempo) para la atención a la salud mental. En este sentido manifiestan su percepción de que la salud mental no es priorizada en la dotación de recursos públicos sanitarios. De entre los medios que se consideran escasos en salud mental destaca el tiempo disponible para la atención al paciente.

También consideran insuficientes la actual dotación de recursos para salud mental en la infancia y adolescencia, considerando insuficientes la actual dotación de recursos, haciendo hincapié en la necesidad de crear espacios y dedicar profesionales sanitarios en exclusiva a la infancia. En el caso de menores adolescentes, subrayan los problemas cotidianos que se plantean en las USMI-J, debido a que comparten el espacio con pacientes de corta edad.

Por otro lado, opinan que la cartera de servicios no es homogénea en la Comunidad Autónoma y demandan una dotación uniforme en todo el territorio, con independencia de la configuración de los servicios como Unidades de Gestión Clínica.

En cuanto a los recursos de hospitalización completa de media estancia la valoración se centra fundamentalmente en la atención a personas con TMG y sus familiares. El colectivo de profesionales del SSPA considera insuficientes y con carencias de dotación las plazas de hospitalización completa en Comunidades Terapéuticas de Salud Mental (CTSM). De igual modo opinan que dicho déficit no es homogéneo y que es necesario, al margen de mejorar y aumentar la cantidad de recursos, que ésta se realice en función de la necesidad de cada provincia, es decir, vinculada a la población atendida en cada una de ellas.

Existe un amplio consenso al demandar la creación de un recurso específico para pacientes mentales crónicos que requieren ingresos reiterados e involuntarios. Argumentan esta petición señalando que estas personas, por lo general, no cumplen las pautas de su tratamiento, suelen tener dependencia a tóxicos, se encuentran psicopatológicamente activos y, en consecuencia, la unidad de agudos o las comunidades terapéuticas no son el recurso adecuado para su tratamiento.

Por otro lado, para la atención a la infancia y adolescencia demandan la creación nuevos dispositivos dirigidos a adolescentes en edad pediátrica. No se alcanza un consenso sobre la idoneidad de crear unidades específicas para atender determinadas patologías, como son los trastornos de la conducta alimentaria. Hay profesionales que consideran que al ingresar al menor en dispositivos concretos para patologías específicas se le estigmatiza, cuando lo conveniente es que éste reciba un tratamiento lo más comunitario posible. También se defiende la creación de unidades de referencia, sobre todo por el nivel de especialización que requiere el manejo de ciertas patologías no frecuentes.

3.2.4. Valoración de profesionales del SSPA

Valoración general

Al realizar una valoración general de los equipos de profesionales sanitarios que atienden la salud mental en Andalucía, se utilizan los calificativos de vocación, dedicación y empeño, unidos a los de eventualidad del puesto de trabajo y variabilidad en actitudes y aptitudes. Se enfatiza su motivación, el trabajo en equipo que desarrollan y el nivel de respeto que demuestran entre ellos.

Se señala también la falta de ubicación de distintos profesionales de salud mental en el sistema sanitario frente a otros servicios de Atención Primaria o Especializada. En este sentido, destacan la falta de definición de las competencias en el caso de profesionales que atienden menores con problemas de salud mental.

Valoración de su capacitación

Existe un amplio consenso entre profesionales del SSPA al destacar la necesidad de formación continua y especializada en el campo de la salud mental. Se demanda formación para todo profesional implicado en el abordaje de la enfermedad, a fin de garantizar la continuidad asistencial a la población usuaria.

Este colectivo considera que la capacitación del personal facultativo de Atención Primaria es adecuada pero mejorable, sobre todo en lo que respecta a la visión psicoterapéutica del paciente

así como en el tratamiento farmacológico. En este sentido, se considera que el grado de capacitación profesional para la atención al TMG es bueno, pero algo caduco en función de los actuales protocolos de tratamiento.

En el caso de la salud mental infanto-juvenil, consideran que la formación es especialmente importante para atender a menores con edad pediátrica que requieren ingreso y hacen hincapié en la formación endocrina para el manejo de los TCA.

Por su parte, el personal de enfermería valora muy positivamente la formación que hasta el momento han recibido en salud mental.

Adecuación de los tratamientos

La percepción que el grupo de profesionales del SSPA tienen sobre la atención al trastorno mental en la infancia y adolescencia es deficiente, sobre todo en lo que se refiere al diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la personalidad en la adolescencia, patologías sobre las que existe hoy en día un elevado estigma social por parte sus progenitores, en los colegios y entre los propios menores. Consideran necesario evitar los ingresos de esta población en las unidades de agudos, tratar al adolescente de forma ambulatoria en la comunidad o su entorno de manera que se facilite su integración y continuidad educativa.

Abogan igualmente por una atención personalizada y en la comunidad para el tratamiento de los TMC, además de impulsar la psicoterapia en las personas que los padecen.

Existe consenso entre este colectivo al señalar la falta de una aplicación general de protocolos de tratamiento definidos para diversas patologías, siendo esta la razón por la que proponen mejorar y homogeneizar el estilo de trabajo.

Valoración de otros aspectos cualitativos

El personal del SSPA considera que el trato que ofrecen a las personas con trastorno mental y sus familiares es bueno, digno, respetuoso y humano, aunque mejorable en los Servicios de Urgencias Hospitalarias y en las unidades de agudos donde, en su opinión, es prioritario

desarrollar líneas de acción para mejorar de la calidad en la asistencia a estos pacientes en determinados aspectos cualitativos.

3.2.5. Demandas para la mejora de la atención a la salud mental

Para mejorar la calidad de la asistencia, el colectivo del SSPA demanda una atención integral a las personas con trastorno mental, tarea en la que en su opinión deben involucrarse los gestores y los responsables de los servicios sanitarios. Para ello, consideran necesario establecer espacios de colaboración y coordinación entre profesionales.

Para mejorar la calidad de la atención a los TMC demandan:

- Realizar un análisis de situación en el que se valore cómo se encuentran actualmente los recursos, el tiempo disponible, el espacio físico, etc.
- Evaluar el cumplimiento del I PISMA.
- Organizar equipos de trabajo multidisciplinares (medicina de familia, personal de enfermería, especialistas, etc.).

Para mejorar la atención a los TMG consideran necesario:

- Disminuir la variabilidad en la práctica médica mediante la aplicación del Proceso Asistencial Integrado definido en el SSPA, el uso de guías y planes de cuidados.
- Incluir psicoeducación para la salud en los equipos de trabajo, dirigida a personas con trastorno mental y sus familiares.
- Discriminar positivamente a pacientes y sus familiares para la realización de trámites burocráticos y administrativos (peticiones de visitas, revisiones, recetas, etc.).
- Mayor comprensión por parte de las Direcciones Médicas y Gerencia ante peticiones relacionadas con una mayor dotación de recursos humanos.
- Transparencia y homogeneización de recursos materiales, eliminando en lo posible la duplicidad o triplicidad de dependencia (se hace hincapié en la dotación y mantenimiento de equipos informáticos).

Para mejorar la asistencia a la salud mental infanto-juvenil, el personal del SSPA solicita:

- Homogeneizar las líneas de actuación en todo el territorio andaluz, dando protagonismo a la salud mental de esta población y previniendo el incremento de la demanda ante nuevas patologías.
- Analizar la idoneidad de los dispositivos para atender a las patologías más graves.
- Desarrollar una especialidad profesional en el campo de la psiquiatría y psicología infantil.

3.2.6. Propuesta de líneas de trabajo

A modo de conclusión, el colectivo de profesionales del SSPA propusieron diversas líneas de trabajo para su consideración en la elaboración del II PISMA, que pueden agruparse en las siguientes áreas:

- **Recursos sanitarios y de apoyo social.**

Las sugerencias realizadas en relación con los recursos de salud mental se desdoblaron en tres vertientes:

- Fomentar la coordinación entre los recursos sanitarios y sociales disponibles.
- Ordenar y organizar los actuales recursos, realizando un análisis pragmático de las necesidades de espacio, tiempo y profesionales por criterios de eficiencia, prevalencia y cobertura poblacional, con el fin de homogeneizar la cobertura asistencial en la Comunidad Autónoma.
- Incrementar la dotación de plazas residenciales en los diferentes dispositivos (comunidades terapéuticas, unidades de rehabilitación de área, etc.) junto a la creación un recurso residencial específico para pacientes mentales crónicos que requieren ingresos reiterados e involuntarios, y para cuyo tratamiento son inadecuados el resto de dispositivos existentes.

- **Gestión Clínica.**

Impulsar el desarrollo de la Gestión Clínica en los dispositivos de salud mental, mejorando el estilo de trabajo mediante la definición de protocolos homogéneos y consensuados, así como guías de práctica clínica y planes de cuidados. Se demanda también implantar de forma efectiva y evaluar el Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave.

- **Marco general y normativo.**

Se propone el desarrollo del marco general y normativo de la salud mental en Andalucía a través de las siguientes líneas de actuación:

- Evaluación del cumplimiento del I PISMA.
- Planificación.
- Definición de una cartera de servicios.

- **Atención a pacientes y familiares.**

Se pide el desarrollo de líneas de trabajo que fomenten una atención personalizada a las personas con trastorno mental y sus familiares, garantizando la continuidad asistencial y la reducción de la variabilidad en los tratamientos. Se demanda asimismo el impulso de la atención en la comunidad, que además incluya un programa de "educación para la salud" que ayude a la ciudadanía a aceptar el sufrimiento o duelo no patológico.

En relación con la salud mental infanto-juvenil se considera necesario incrementar la dotación de recursos y dispositivos, así como crear una cartera de servicios homogénea.

Se pide un abordaje integral de la enfermedad, diferenciando de forma específica:

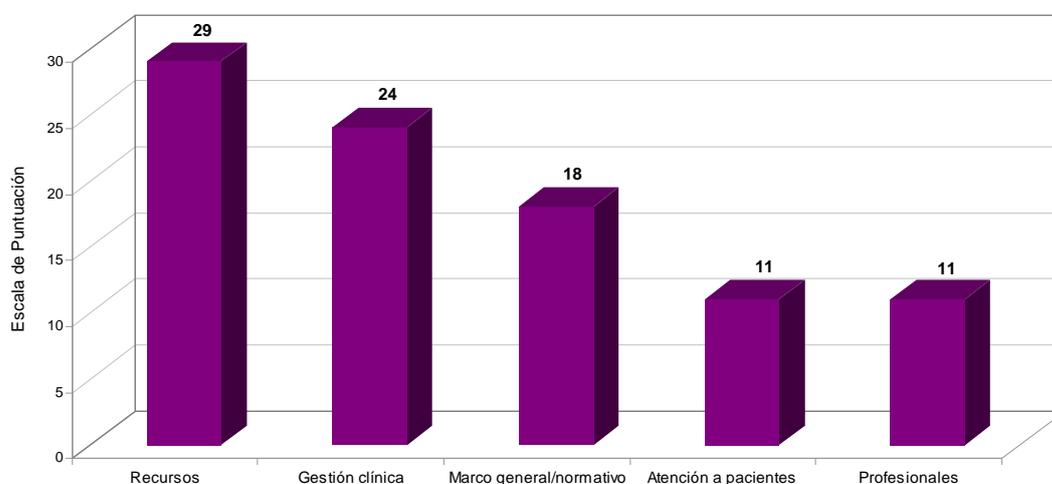
- La atención sanitaria en la franja de edad de los 14 y 18 años.
- La asistencia a la infancia, por un lado, y a la adolescencia, por otro, en el abordaje de patologías concretas en las USMI-J, donde la influencia de menores adolescentes puede ser negativa sobre los infantiles, con especial atención en el caso de TCA.

- **Profesionales.**

Se demandan planes de formación para profesionales de Atención Primaria en los ámbitos de salud mental, psicoterapia y habilidades para el manejo de pacientes, con la finalidad de motivar a profesionales comprometidos y disminuir el estigma del enfermo mental. Se propone también la creación de espacios de coterapia e interconsulta entre salud mental y Atención Primaria, impulsado con ello la coordinación y cooperación interniveles.

Se pidió a cada profesional que priorizara las líneas de acción propuestas, otorgando 3 puntos, 2 puntos y 1 punto a aquellas que, en su opinión, se situaban en primer, segundo y tercer lugar de importancia, respectivamente. Las acciones prioritarias para este colectivo son las relacionadas con los recursos sanitarios y de apoyo social y el impulso de la Gestión Clínica. El gráfico adjunto muestra los resultados obtenidos.

Gráfico 47. Priorización de las líneas de trabajo propuestas por profesionales del SSPA.



3.3. OPINIÓN DE PROFESIONALES INTERSECTORIALES

3.3.1. Valoración general sobre la atención a la salud mental

Existe un amplio consenso entre profesionales intersectoriales al valorar en términos globales el estado actual de la atención a la salud mental en Andalucía. Coinciden al afirmar que la atención es buena para los colectivos a los que llegan estos servicios, pero de escasa accesibilidad y mejorable, en especial, en lo que respecta a las personas con discapacidad intelectual. Profundizando en el análisis de la accesibilidad, identifican como problemas principales aspectos relacionados con:

- El ámbito geográfico: cobertura en zonas rurales.
- La flexibilidad horaria: escasez de oferta de servicios socio-sanitarios en horario de tarde y fines de semana.
- La atención a determinados colectivos con riesgo de marginación: necesidad de reforzar la atención a las personas sin hogar con enfermedad mental.
- La puerta de entrada a la asistencia sanitaria en momentos de crisis de la enfermedad: se demanda la detección a tiempo y la minorización de errores en el abordaje de estos problemas de salud en los Servicios de Urgencias Hospitalarias.

Entre los aspectos positivos de los servicios de atención a la salud mental, el colectivo de profesionales intersectoriales destacan los siguientes:

- El interés de las instituciones porque la atención se preste en la comunidad y la desinstitutionalización del enfermo mental.
- La profesionalización de la asistencia.
- La creación de equipos de trabajo cada vez más multidisciplinares.
- El esfuerzo realizado en la dotación de recursos, aunque aún no son suficientes.
- La calidad de los recursos existentes.
- La voluntad por la integración social y laboral del enfermo mental.
- El trabajo realizado por el movimiento asociativo.

Reflexionando sobre el modelo de atención a la salud mental actualmente vigente, hacen hincapié en la escasa coordinación existente entre los distintos sectores implicados. En este sentido, destacan que se trata de un modelo a demanda en el que el paciente ha de acudir al recurso. En su opinión, no se ha llegado al modelo de atención integral que necesita la salud mental.

En cuanto a la oferta de servicios sanitarios, consideran que es poco diversificada en sus recursos, con escasas posibilidades de atender al paciente en el tiempo interconsultas. Al valorar el tratamiento que se ofrece a las personas con enfermedad mental, tienen la percepción de ausencia en el cumplimiento de los protocolos definidos y la excesiva medicalización del paciente, considerando que es mejorable desde el punto de vista psicoterapéutico (especialmente en las zonas rurales).

Al valorar el grupo de profesionales intersectoriales las necesidades socio-sanitarias prioritarias que, en su conjunto, tienen hoy en día las personas con enfermedad mental y/o sus familiares, destacaron las siguientes:

- Creación de centros de referencia y dispositivos especiales para las personas sin hogar, en los que sean atendidos de forma integral y se escuchen sus demandas. Señalan asimismo la ausencia de medios para localizar a estas personas con enfermedad mental.
- Mayores recursos de salud mental para la población institucionalizada en residencias, especialmente para personas mayores o con discapacidad.
- Incremento de los recursos dirigidos a la integración en la vida cotidiana y laboral de las personas con trastorno mental, ámbito en el que se perciben muchas dificultades.
- Desarrollo de actuaciones concretas en prevención.
- Mayor coordinación de los servicios de drogodependencias con los dispositivos de salud mental.
- Aumento de los servicios de apoyo familiar, ya sea facilitando la creación de grupos de apoyo social o incrementando los recursos públicos de apoyo a la familia.

3.3.2. Valoración de la coordinación de los servicios sanitarios con otros sectores implicados

En opinión del colectivo de profesionales intersectoriales, la coordinación que se produce entre los sectores implicados en la atención a la salud mental es de carácter informal, con ausencia de protocolos de actuación y de coordinación institucionalizada. Este aspecto es especialmente importante en los casos de pacientes con patologías duales, generando conflictividad a la hora de asumir el caso.

En este sentido, defienden la necesidad de establecer nuevas directrices para asumir y coordinar casos en los distintos niveles de atención. Demandan una mayor apertura de la red de salud mental del SAS que, en su opinión, perciben excesivamente aislada del resto de las instituciones, entidades y organismos.

Respecto al proceso de atención del TMG, se cuestiona la capacidad y formación del coordinador del Plan Integral de Tratamiento (PIT), destacando la escasez de recursos y tiempo disponible para desarrollar esta tarea, así como unas necesidades de atención cada vez más intersectoriales. Desde el servicio de orientación al empleo, se manifiesta la dificultad de coordinación con las USMC para orientar adecuadamente al paciente y ayudarlo a contactar con el equipo médico.

3.3.3. Valoración de los recursos disponibles

Recursos sanitarios

Al valorar los recursos sanitarios disponibles para la atención a la salud mental la mayoría de profesionales intersectoriales opina que, más que una escasez en su dotación, el rendimiento de la cartera de servicios sanitarios es mejorable. Respecto a ésta, las sugerencias de este colectivo se centran en los siguientes aspectos:

- La adaptación de la actual cartera de servicios a las personas con discapacidad intelectual. Tienen la percepción de que, habitualmente, estas personas no permanecen

el tiempo necesario en las unidades de agudos de salud mental debido a que el personal sanitario está capacitado mayoritariamente para el tratamiento de otras patologías graves, como es la esquizofrenia.

- En cuanto a la tipología de las personas atendidas, consideran que la atención sanitaria se centra excesivamente en el tratamiento de las patologías graves, por lo que demandan ampliar la cartera de servicios y la dotación de recursos en lo que respecta a otros trastornos mentales.
- En relación con la atención infanto-juvenil demandan recursos específicos para la adolescencia y sus familiares para ofertar ayuda y protección desde los servicios sociales comunitarios, evitando ingresos innecesarios y trabajando más en el medio. Para ello consideran fundamental el diagnóstico precoz de las patologías relacionadas con los trastornos de la personalidad. Asimismo, demandan programas de prevención dirigidos a la adolescencia y la creación de más USMI-J para facilitar la accesibilidad de esta población a los servicios sanitarios.
- Recursos para pacientes con delitos menores y sus familiares. El colectivo de profesionales intersectoriales demanda al Programa de Salud Mental más recursos intermedios de contención para ese tipo de pacientes, habitualmente con enfermedad mental crónica. Solicitan recursos de supervisión con privacidad de libertad, de tipo residencial. Con ello, argumentan que se evitaría aplicar el código penal en numerosos casos en que puede aplicarse el civil y en los que, por indicación médica, se podría obligar a tratar a la persona y no dar lugar a que cometa delitos e ingrese en prisión, penalizando de este modo la enfermedad mental.
- Recursos flexibles en su utilización que permitan la atención integral del paciente cuando, además de un trastorno mental, presenta otras problemáticas (p.e. drogodependencia). Para ello consideran imprescindible la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales comunitarios.
- Creación de servicios intermedios entre la Atención Primaria y los ESMD, que sirvieran de apoyo al personal de Medicina de Familia en la valoración clínica de pacientes con trastorno mental.

Recursos residenciales y de apoyo social

Respecto a la dotación de recursos residenciales y de apoyo social, el colectivo de profesionales intersectoriales manifiesta la importancia de abordar las siguientes cuestiones:

- Impulsar el apoyo de los servicios residenciales y de apoyo social hacia otras patologías, como los trastornos de personalidad. Hay cierta percepción de que la cartera de servicios del Programa de Salud Mental está muy centrada en las personas con trastorno mental grave, considerando necesario reforzar la misma en lo que respecta a otras patologías.
- Ampliar la atención diurna de los servicios sociales a pacientes con TMG, a fin de ayudar a conciliar la vida familiar y laboral de las personas convivientes.
- Creación de recursos residenciales apropiados para las personas con TMG y sin hogar. En su opinión, este problema se agudiza cuando se trata de personas jóvenes.
- Necesidad de resolver urgentemente el colapso en los servicios residenciales de FAISEM. Existe la percepción de que el número de plazas ofertadas por la Fundación son claramente insuficientes, lo que obliga a priorizar su asignación a personas con trastorno mental grave, habiendo pacientes con otras patologías que también precisan de estos recursos de apoyo social.
- Creación de otros recursos específicos que integren socialmente al enfermo mental. En opinión del colectivo de profesionales intersectoriales, la dotación de pisos protegidos no es suficiente si no cuentan con el desarrollo de actividades diarias. Por este motivo, se propone crear un servicio de acompañamiento similar a la figura del “educador de calle” que facilite la integración social de las personas con trastorno mental (a través de la asistencia a un club social, talleres, etc.). Consistiría en un “servicio de orientación” para pacientes con determinadas patologías, a través de monitores que le acompañen en el desarrollo de sus actividades diarias, ayudando en la educación en el hábito.

- Profesionales que trabajan en los servicios de orientación y empleo demandan una mayor oferta de servicios dirigidos a personas jóvenes con trastorno mental que se canalicen por este medio.
- Profesionales pertenecientes a colectivos específicos no socio-sanitarios demanda formación para tratar adecuadamente a los enfermos mentales, como es caso de la policía local. Para ello, sugieren la posibilidad de aprovechar los cursos de formación que ofertan las Diputaciones Provinciales y promoverlos entre estos trabajadores.

3.3.4. Valoración de profesionales del SSPA

Valoración general

La valoración que se hace del personal que trabaja en salud mental es, en general, muy buena. No obstante, consideran necesario aumentar el número de profesionales, especialmente de psicología. Justifican esta demanda argumentando que la falta de recursos humanos obliga, desde su punto de vista, a atender prioritariamente a pacientes más urgentes y en fase aguda, al tiempo que no permite flexibilizar la atención del paciente en consulta.

Los adjetivos que utilizan para describir al personal de salud mental del SSPA son los siguientes:

- Personas motivadas, superadas por la presión asistencial y necesitadas de reconocimiento y de formación.
- Personas implicadas a nivel hospitalario.
- Personas preocupadas por los pacientes.
- Personas carentes de tiempo y espacio.

Valoración de su capacitación

Se pidió también al colectivo de profesionales intersectoriales que valoraran el nivel de capacitación que, desde su perspectiva, tiene el personal sanitario. En este aspecto existe bastante consenso, destacando la sensación de asfixia que perciben en los mismos cuando deben atender a pacientes que, junto al problema de salud mental, presentan otras

problemáticas que se salen de su ámbito específico de trabajo. Señalan la necesidad de mejorar la capacitación del personal sanitario en la atención a personas con discapacidad intelectual y drogodependencia.

En cuanto a la relación que el personal sanitario mantiene con otras instituciones, destacan su excesiva autonomía e independencia en el desarrollo de su trabajo, considerándolo poco accesible y con escasa cultura de trabajo en equipo con otros sectores, siendo este un aspecto sobre el que sugieren fomentar su capacitación. En este sentido, tienen la sensación de que las iniciativas de coordinación parten habitualmente de los servicios sociales, más que de los sanitarios.

Valoración de otros aspectos cualitativos

El colectivo de profesionales intersectoriales considera que el trato que reciben las personas con enfermedad mental en los servicios sanitarios es bueno. No obstante, creen que es mejorable desde el punto de vista de la escucha al paciente y la información que transmiten a sus familiares.

Califican de urgente mejorar las condiciones de la población usuaria en las unidades de agudos, en lo que respecta a su aspecto e higiene. Consideran que esta situación se debe a una falta de delimitación clara de funciones entre el personal sanitario que trabaja en la unidad de agudos.

Proponen la creación de la figura del “defensor de las personas con trastorno mental”, quien se pronuncie sobre la adecuación de la atención que reciben estas personas en determinados casos.

3.3.5. Demandas para la mejora de la atención a la salud mental

A modo de resumen, el colectivo de profesionales intersectoriales identificó áreas de mejora en la atención a la salud mental, destacando los siguientes aspectos:

- La descoordinación entre los sectores implicados.
- La escasez de recursos y su falta de adaptación a las personas, a pesar de que el esfuerzo por incrementarlos ha sido importante.
- La saturación de los servicios.
- La inadecuada atención a la población institucionalizada en residencias.
- La existencia de una bolsa de enfermos mal atendidos (personas sin hogar, discapacitados mentales, etc.).
- La escasez de medios y atención en horario de tarde y fines de semana.

Ante este análisis de la situación actual, se realizan las siguientes demandas para mejorar la calidad de los servicios:

- Espacio, tiempo y recursos concretos para planificar la atención.
- Recursos para atender de forma integral a la persona, garantizando la calidad de la asistencia y la aplicación de tratamientos multidisciplinarios.
- Formación de especialistas psiquiatras en otros ámbitos para poder realizar una coordinación intersectorial.
- Firma de protocolos y objetivos entre los sectores implicados (de prevención, de detección y de actuación), así como mecanismos de garantía de su cumplimiento.
- Valoración del tiempo de coordinación de profesionales.
- Buscar una solución a la previsible escasez de personal facultativo en psiquiatría.

3.3.6. Propuesta de líneas de trabajo

El colectivo de profesionales intersectoriales propusieron diversas líneas de trabajo que, en su opinión, deberían contemplarse en el II PISMA. Las propuestas que se realizaron pueden agruparse en las siguientes áreas:

- **Recursos humanos, materiales y residenciales.**

Se demanda incrementar la dotación de recursos humanos, sobre todo sanitarios, y una mayor formación del personal de los servicios de salud mental. Se hace hincapié en la cobertura de los servicios sanitarios en horario de tarde y fines de semana. Solicitan también una mayor valoración y agilización de los servicios que prestan las asociaciones y que revierten tanto en las personas con trastorno mental como en la sociedad en general.

- **Coordinación sociosanitaria y visión transversal de la atención a la salud mental.**

Se propone el desarrollo de líneas de acción que fomenten la coordinación real, efectiva y comprometida por parte de todos los actores implicados. Se demanda una atención lo más individualizada e integral posible a través de equipos multidisciplinares, en la que el servicio de orientación de FAISEM juega, en opinión de profesionales intersectoriales, un papel muy importante.

- **Atención personalizada y continua.**

Se pide hacer énfasis en la psicoterapia y la atención sociosanitaria a varios niveles:

- Población institucionalizada en centros de día y residenciales.
- Personas con trastorno mental en prisión.
- Personas sin hogar.
- Pacientes de las UHSM.

Se demanda una atención psiquiátrica en la comunidad que detecte los casos que no son urgentes actualmente pero que lo serán en el futuro, y que se haga un uso adecuado de los programas de apoyo social existentes.

- **Formación del personal no sanitario** que se ve obligado a trabajar con personas con enfermedad mental (policía local, servicio de empleo, etc). Se demanda un aumento de profesionales de la psicología que den cabida al trabajo psicoterapéutico con pacientes, así como la formación del personal sanitario I en discapacidad intelectual.

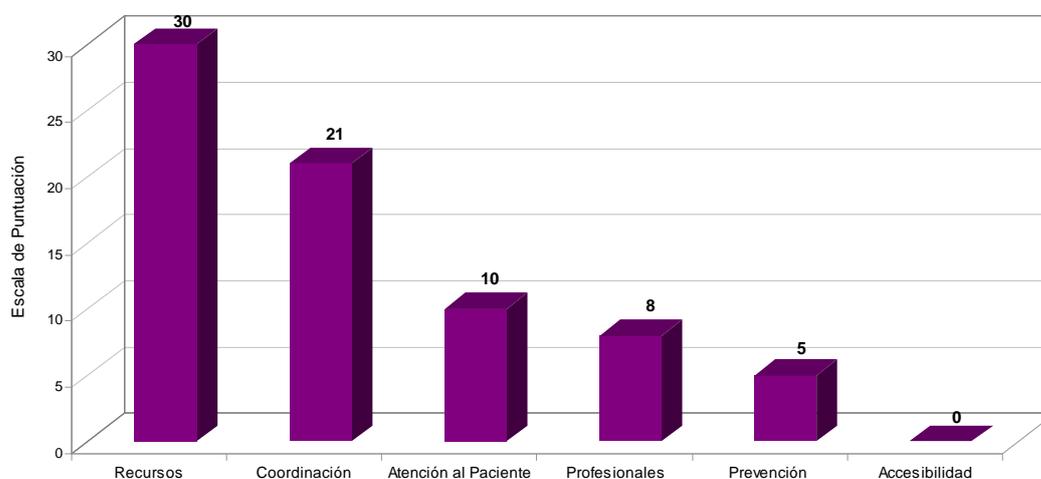
- **Prevención en problemas de salud mental infanto-juvenil.**

La atención a la infancia y adolescencia y sus familias es considerada una inversión en salud mental para el futuro.

- **Apertura de la red de salud mental a la sociedad, en especial a otras instituciones, y un mayor acercamiento de profesionales a las zonas rurales.**

Se pidió a cada profesional intersectorial que priorizara las líneas de acción propuestas, otorgando 3 puntos, 2 puntos y 1 punto a aquellas que, en su opinión, se situaban en primer, segundo y tercer lugar de importancia, respectivamente. Las acciones prioritarias para este colectivo son las relacionadas con los recursos humanos, materiales y residenciales así como la coordinación sociosanitaria para la atención a la salud mental. El gráfico adjunto muestra los resultados obtenidos.

Gráfico 48. Priorización de las líneas de trabajo propuestas por profesionales intersectoriales.



3.4. CONCLUSIONES

La opinión general que existe sobre la atención a la salud mental en Andalucía es buena en su conjunto. Las valoraciones más positivas las realizan las personas con trastorno mental y sus familiares, así como profesionales de otros sectores implicados, quienes tienen un buen concepto de los servicios que se reciben en los dispositivos de salud mental y de quienes trabajan en ellos. Sin embargo, la opinión del colectivo de profesionales del SSPA es más crítica al respecto, calificando la atención a la salud mental como desigual, lenta y mejorable en algunas cuestiones. Aunque se valoran de forma muy positiva los *avances logrados a partir del I PISMA*, el grupo de profesionales del SSPA manifiesta su preocupación ante la inadecuada demanda que absorbe Atención Primaria (confusión entre trastorno mental e intolerancia al sufrimiento), el abordaje de trastornos emergentes y patologías relacionadas con los nuevos estilos de vida y de relación, la necesidad de formalizar especialidades en psicología y psiquiatría infantil y la deficiente asistencia que reciben las personas con enfermedad mental atendidas en los Servicios de Urgencias Hospitalarias.

A la hora de señalar aspectos susceptibles de mejora, las opiniones de los distintos colectivos difieren entre sí. Mientras profesionales intersectoriales destacan su percepción de escasa *accesibilidad* a los servicios de salud mental y la necesidad de adaptación de las prestaciones a las personas con *discapacidad intelectual* y el reforzamiento de la *atención a patologías no graves*, profesionales del SSPA hacen hincapié en la falta de *tiempo* para la asistencia, la escasez de *especialistas*, la deficiente *respuesta asistencial* y el desplazamiento del *Trastorno Mental Grave (TMG)* entre las prioridades asistenciales. Las personas usuarias y sus familiares coinciden con los grupos profesionales en algunas de sus demandas, señalando el problema de accesibilidad a los servicios según el lugar de residencia y la sensación de escasez de recursos sanitarios, a lo que añaden la *insuficiente información* que reciben durante el proceso asistencial y la falta de actuaciones de *prevención*.

Al analizar el funcionamiento de los servicios sanitarios y de apoyo social, la totalidad de profesionales coinciden en afirmar que la coordinación que existe entre los agentes de los distintos sectores implicados es una *“realidad deficiente”*, aunque se expresan desde perspectivas diferentes. Así, los colectivos profesionales intersectoriales demandan una mayor apertura de la red de salud mental del SAS hacia otros sectores, ya que la perciben

excesivamente aislada de resto de las instituciones, entidades y organismos. Por su parte, el colectivo de profesionales del SSPA se centra en su ámbito de actuación más directo, defendiendo la necesidad de una coordinación asistencial efectiva entre Atención Primaria y Especializada, especialmente en la atención de aquellos grupos de pacientes que padecen, además, otras patologías.

Entrando en la valoración de aspectos más específicos, se ha explorado la opinión de los distintos colectivos sobre los recursos sanitarios existentes para la atención a la salud mental, señalando todos ellos aspectos susceptibles de mejora. Las demandas se centran en la dotación de recursos humanos y materiales, la disponibilidad de espacio físico y de tiempo para la atención. La petición de recursos específicos dirigidos a la infancia y adolescencia es generalizada.

Las personas con trastorno mental y sus familiares tienen una percepción negativa sobre la *accesibilidad geográfica* y la *flexibilidad horaria* de los servicios sanitarios, al tiempo que valoran *insuficiente la dotación* de recursos materiales en los distintos dispositivos. Al centrarse en patologías concretas, destacan la dificultad de *acceso a psiquiatría o psicología* para la atención de los Trastornos Mentales Comunes (TMC), las dificultades que viven las familias en los *momentos de crisis* de pacientes con TMG y la deficiente calidad de la atención recibida en las *unidades de procesos agudos* (espacios físicos y aspectos cualitativos). Por su parte, el personal sanitario considera que la *cartera de servicios* en salud mental no es homogénea en la Comunidad Autónoma, mientras los colectivos profesionales intersectoriales opinan que se obtiene poco rendimiento de ella, fundamentalmente en lo relacionado con la discapacidad intelectual, la atención infanto-juvenil y otras patologías diferentes al TMG.

En cuanto a los recursos de apoyo social, las opiniones son divergentes. Mientras una parte de familiares consideran muy adecuados los servicios que reciben, otra parte se queja de su insuficiencia o problemas de funcionamiento. Las personas con TMG, por su parte, tienen una valoración muy positiva de los servicios a los que acceden a través de FAISEM. Los grupos profesionales sanitarios e intersectoriales coinciden al valorar la *insuficiencia* de los recursos de apoyo social, considerando urgente ampliar los servicios residenciales existentes y crear otros dirigidos a colectivos específicos (adolescentes, pacientes con patologías específicas, personas sin hogar, etc.).

Por último, se ha explorado la opinión sobre el personal de salud mental del SSPA. La valoración general es muy buena. Se consideran profesionales con vocación, dedicación y empeño, valorándose positivamente el esfuerzo que hacen en la atención ante la escasez de tiempo y de recursos. El trato y otros aspectos cualitativos de la atención son evaluados como buenos, pero mejorable desde el punto de vista de la escucha a pacientes y la información que se transmite a familiares y la atención que se presta a cada paciente en las unidades de procesos agudos, en lo que respecta a su cuidado e higiene.

En cuanto a los *tratamientos prescritos*, existe una percepción general de exceso de medicalización y escasez de psicoterapias, aspecto para el que los propios grupos profesionales sanitarios demandan formación y los colectivos profesionales intersectoriales solicitan reforzar la dotación de personal titulado en psicología. Las personas con trastorno mental y sus familiares, por su parte, abogan por un tratamiento individualizado y la continuidad asistencial, así como una mayor participación de familiares en el proceso de tratamiento.

La totalidad de profesionales del ámbito sanitario coinciden en la necesidad de *formación continua y especializada* y la aplicación general de protocolos de tratamiento. Perciben como deficientes sus habilidades para el correcto diagnóstico y tratamiento de las patologías infanto-juveniles, en especial los trastornos de personalidad en la adolescencia.

Demandas y propuesta de líneas de trabajo:

El colectivo de profesionales intersectoriales y del SSPA así como las personas con trastorno mental y sus familiares, han realizado un conjunto de sugerencias para mejorar la calidad de la atención y propuestas de líneas de trabajo futuras que, a modo de resumen, se presentan en la tabla 42.

Tabla 42. Demandas para la mejora de la atención y propuesta de líneas de trabajo (I).

Áreas	Personas con trastorno mental y sus familiares	Profesionales SSPA	Profesionales Intersectoriales
RECURSOS HUMANOS	Incrementar la dotación de profesionales sanitarios para disminuir las listas de espera y mejorar la accesibilidad a los dispositivos.	Homogeneizar la dotación de profesionales por criterios de eficiencia, prevalencia y cobertura poblacional.	Incrementar la dotación de profesionales sanitarios, fundamentalmente de psicología y psiquiatría.
		Formación de profesionales sanitarios en psicoterapia y habilidades para el manejo de pacientes.	Planes de formación en salud mental para profesionales sanitarios y colectivos específicos.
RECURSOS MATERIALES		Especialización en Infancia y Adolescencia para las disciplinas de psiquiatría y psicología clínica.	
	Dotación de recursos e infraestructuras de las UHSM y USMI-J para la realización de actividades durante el ingreso, diferenciando la atención por edad y tipología de trastorno.	- Transparencia y homogeneización en la distribución de recursos. - Aumento de plazas de hospitalización completa en CTSM. - Creación de nuevos espacios de media y larga estancia para pacientes con procesos crónicos.	Dotación de recursos adaptados a las necesidades de cada paciente que permitan una atención integral.
RECURSOS DE APOYO SOCIAL	- Aumento de centros ocupacionales o de día para las personas con TMG - Ayuda social y/o económica de apoyo a la familia. - Respiros vacacionales para familiares de menores con trastorno mental. - Mayores oportunidades de acceso al empleo para personas con TMG.		- Incremento de recursos residenciales. - Mayor valoración de los servicios que se prestan a través de asociaciones.
ATENCIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES	- Apoyo psicológico a familiares de pacientes. - Información sobre la enfermedad, diagnóstico y tratamiento. - Tratamiento individualizado con más trabajo psicológico y psicoterapias. - Mayor participación de familiares en el tratamiento de la enfermedad.	- Abordaje integral de la salud mental infanto-juvenil que diferencie la infancia y la adolescencia. - Atención personalizada y en la comunidad.	- Atención psiquiátrica integral y en la comunidad con énfasis en la psicoterapia. - Mejorar la atención de: 1. La población institucionalizada en centros de día y residencias. 2. Personas con enfermedad mental en prisión. 3. Personas sin hogar. 4. Pacientes de las UHSM.

Tabla 42. Demandas para la mejora de la atención y propuesta de líneas de trabajo (II).

Áreas	Personas con trastorno mental y sus familiares	Profesionales SSPA	Profesionales Intersectoriales
COORDINACIÓN		<ul style="list-style-type: none"> - Espacios de colaboración entre profesionales. - Equipos de trabajo multidisciplinares. - Coordinación de los recursos sanitarios y sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación real, efectiva y comprometida entre los agentes implicados. - Equipos multidisciplinares. - Formación específica a psiquiatras para fomentar la coordinación intersectorial. - Apertura de la red de salud mental a otras instituciones.
CARTERA DE SERVICIOS	<ul style="list-style-type: none"> - Prevención de los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia. - Accesibilidad de los servicios sanitarios de Atención Primaria y Especializada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación en TMG dirigida a profesionales, pacientes y familiares. - Definición de la cartera de servicios. - Ordenación de los servicios de salud mental. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevención de problemas de salud infanto-juvenil. - Disminuir la saturación de los servicios. - Accesibilidad en horario de tarde y fines de semana. - Acercamiento de los profesionales a las zonas rurales.
MARCO GENERAL Y NORMATIVO		<ul style="list-style-type: none"> - Definición de protocolos homogéneos y consensuados, guías de práctica clínica y planes de cuidados. - Aplicación del Proceso Asistencial TMG. 	Definición de protocolos y objetivos de prevención, detección y actuación, así como mecanismos de garantía de su cumplimiento.
EVALUACIÓN		<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el cumplimiento del I PISMA. - Evaluar la aplicación del Proceso Asistencial TMG. 	

BIBLIOGRAFIA

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

16. Pérez C, (Ed). La atención en la salud mental en Andalucía: presente y futuro. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2004.
17. Martín C. Prevalencia y atención a los trastornos mentales en una comunidad rural (Tesis doctoral). Granada: Universidad de Granada; 2005.
18. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin* 2006; 126 (12): 445-51.
19. ESEMeD/MEDHEA 2000. Prevalence of mental disorder in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) proyect. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109 Supl. 420: 1-64.
20. The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Jama* 2004; 291 (21): 2581-90.
21. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave. Sevilla: La Consejería; 2006.
22. Instituto de Estadística de Andalucía. Defunciones según causa de muerte. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/>
23. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa de muerte. Disponible en: <http://www.ine.es>.
24. López JL. Plan de Salud Mental de Castilla la Mancha 2005-2010. Castilla la Mancha: Junta de Comunidades de Castilla la Mancha; 2006.
25. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002; 359: 545-50.
26. Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Atención primaria de la patología psiquiátrica dual en prisión. Disponible en: http://www.sesp.es/pdf/consenso_ap_patologia_psiquiatrica_dual.pdf.
27. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Estrategia global de actuación en Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario. Junio 2007.
28. Prieur C. Les prisons débordées pas l'afflux de malades mentaux. *Le Monde* 18-04-2002.
29. Brink J, Doherty D, Boer A. Mental disorder in federal offenders: a Canadian prevalence study. *Int. J. Law Psychiatry* 2001; 24: 339-356.
30. Hernández M, Herrera R. La atención a la salud mental de la población reclusa. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Siglo XXI. Madrid, 2003.
31. Tronchoni M, Aparicio V, García E, Noriega M. Prevalencia de patología mental entre población sin hogar. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* 2003; 3 (2): 129-147.
32. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre las personas sin hogar 2005. Disponible en: <http://www.ine.es>.
33. Cáritas española. Documento Base Campaña sin techo 2007: por una salud digna para todos. Disponible en: http://www.caritas.es/Componentes/ficheros/file_view.php?Njc5OQ%3D%3D

34. Muñoz M, Vázquez JJ, Panadero S, Vázquez C. Características de las personas sin hogar en España: 30 años de estudios empíricos. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria 2003; 3 (2): 100-116.
35. Portero M, Utrilla MJ. Personas sin Hogar y Salud. Cáritas Española, Documentación Social nº 127.
36. Defensor del Pueblo Andaluz. Vivir en la calle. Informe especial de la situación de las personas sin techo en Andalucía. Disponible en: http://www.defensor-and.es/informes/ftp/vivirenlacalle/vivir_en_la_calle.pdf.
37. Moreno B, Mayoral F, Pérez O, García-Herrera JM, Algarra J, Rivas F, Pérez R, Becerra F, Gornemann I. The Malaga Schizophrenia case-register (RESMA): overview of methodology and patient cohort. *International Journal of Social Psychiatry* (en prensa).
38. García J et al. Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1995-2002). *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78: 379-387.
39. Pérez J, Marín N, Vallano A, Castell X, Capellà D. Consumo y gasto de fármacos antipsicóticos. *Actas Esp. Psiquiatr* 2005; 33 (2): 110-116.
40. Martín B. Aspectos asistenciales y farmacológicos sobre la depresión en España en el ámbito de la atención primaria y especializada: situación actual y evolución en los últimos años. *Revista psiquiatría Fac. Med. Barna* 2005; 32 (3): 143-147.
41. Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría. Inmigración y Salud Mental. Córdoba, cuaderno técnico/2; 2006.
42. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Fundación para la Atención e Incorporación Social. Memoria de actuaciones 2006. Disponible en: http://www.fundacion-fada.org/memoria/memoria_actuaciones_2006.pdf
43. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones. Informe sobre el indicador admisiones a tratamiento en Andalucía 2006. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/export/Drogodependencia/HTML/archivos/Informe_Tratamiento_2006.pdf
44. Consejería Asuntos Sociales. Protocolo de actuación conjunta entre equipos de salud de distrito y centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias. Sevilla: La Consejería; 2002.
45. Ruiz-Jarabo C, Blanco P. La violencia contra las mujeres: prevención y detección, cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas. Madrid: Díaz de Santos; 2006.
46. Raya L et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Atención Primaria* 2004; 34 (3): 117-27.
47. World Health Organization. *Mental Health Atlas 2005*. Geneva: 2005. Disponible en : <http://www.who.int/globalatlas/default.asp>
48. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Criterios para el desarrollo del programa residencial. Documento de Trabajo nº 1. 2ª Edición. Sevilla: FAISEM, 2005. Disponible en: www.faisem.es

49. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Criterios para el desarrollo del programa ocupacional-laboral. Documento de Trabajo nº 2. 2ª Edición. Sevilla: FAISEM; 2005. Disponible en www.faisem.es
50. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Servicios de orientación y apoyo al empleo. Documento de Trabajo nº 3. 1ª Edición. Sevilla: FAISEM; 2006. Disponible en www.faisem.es

Otra bibliografía consultada:

- Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS). Declaración de los Derechos Sexuales; 1999. Disponible en: http://www.worldsexology.org/about_sexualrights_spanish.asp
- Ayuso-Mateos JL, Gutierrez-Recacha P, Haro JM, Chisholm D. Estimating the prevalence of schizophrenia in Spain using a disease model. Schizophrenia Research September 2006; 86: 194-201.
- Bravo MF, Aparicio D, Cuevas C, Díaz B, Eguiagaray M, Fuente J, Mateos A, Moré MA, Ozámiz A, Pérez F, Sánchez AE. Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad. Cuaderno técnico nº 4. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2000.
- Bravo MF. Intervenciones en personas sin hogar con trastornos mentales: situación en Europa y España. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria 2003; 3 (2): 117-128.
- Bruce M, Ten-Have TR, Reynolds CF, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH et. al. Reducing Suicidal Ideation and Depressive Symptoms in Depressed Older Primary Care Patients: A Randomized Controlled Trial. JAMA 2004; 291: 1081-1091.
- Castro C. Introducción al enfoque integrado o mainstreaming de género: Guía básica. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer; 2003.
- Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas; 2005. Disponible en: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf
- Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía. II Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones 2002-2007. Sevilla: La Consejería; 2001.
- Consejería de la Presidencia y Consejería de Economía y Hacienda. Instituto Andaluz de la Mujer. Género y Salud 2004. Sevilla: El Instituto Andaluz de la Mujer; 2006.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Sevilla. La Consejería; 2001
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007. Sevilla: La Consejería; 2003.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado Trastornos de la Conducta Alimentaria. Sevilla: La Consejería; 2004.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones. Sevilla: La Consejería; 2002.

- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Programa de Salud Mental. Memoria de recursos y actividad asistencial. Sevilla. La Consejería; 2005.
- Consejería de Salud. Atlas de la Salud Mental en Andalucía 2005. Sevilla. La Consejería; 2006.
- Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005 - 2008. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2005.
- Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. III Plan Andaluz de Salud 2003 – 2008. Sevilla. La Consejería. Junta de Andalucía; 2003.
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2003-2008. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1158629122962&ssbinary=true&blobheader=application/pdf>.
- Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. II Plan Andaluz de Drogas y Adicciones. Memoria de gestión 2006. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/opencms/system/bodies/Drogodependencia/Publicacion/MEMORIA_2006/INFORME_2006.pdf
- Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. II Plan Andaluz de Drogas y Adicciones. Memoria de gestión 2006. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/opencms/system/bodies/Drogodependencia/Publicacion/MEMORIA_2006/INFORME_2006.pdf
- Defensor del Pueblo Andaluz. La situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces. Informe 1997.
- Díaz M, Díaz R, Bravo L, Marhuenda Requena E. Estudio de Medicamentos: revisión. Pharm Care Esp 2000; 2: 3-7.
- European Commission. Mental Well-being. Special Eurobarometer 248; 2006. Disponible en: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_248_en.pdf
- European Commission. The State of Mental Health in the European Union. 2004. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est18.pdf.pdf
- European Commission: Mental Health in the EU – Key Facts, Figures, and Activities A Background Paper. Luxembourg: European Commission; 2008.
- Federación Mundial para la Salud Mental. Crear conciencia para reducir riesgos: Enfermedad mental y suicidio. Día Mundial de la Salud Mental; 2006. Disponible en: www.wfmh.org
- Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Memoria de actividades. Año 2003. Sevilla: FAISEM. Disponible en www.faisem.es
- Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Plan de Calidad 2006. Sevilla: FAISEM. Disponible en www.faisem.es
- Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Memoria de actividades. Año 2007. Sevilla: FAISEM.

- García I, Carrillo M, Cantón M. La hoja de ruta para la igualdad de género. Granada: Observatorio de Salud en Europa de la Escuela Andaluza de Salud Pública, 2006. Informes estratégicos "La UE y el SSPA". Nº 2-2006.
- Garrido M, Salinas JF, Almenara J, Salvador I. Atlas de Salud Mental de Andalucía 2005. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de salud; 2006.
- Golberg D. Epidemiology of mental disorders in primary care settings. *Epidemiol Rew* 1995; 17:182-190.
- Jané-Llopis E, Braddick F. (Eds). *Mental Health in Youth and Education. Consensus paper.* Luxembourg: European Communities; 2008. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/mental_health_en.htm.
- Johnson S, Kuhlmann R and the EPCAT Group. The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiat Scand* 2000; 102 (Suppl. 405): 14-23.
- Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla-Dedieu C. Differences in Lifetime Use of Services for Mental Health Problems in Six European Countries. *Psychiatric Services* 2007 ; 58 (2): 213-220.
- López M, Lara L, Laviana M, Fernández L, García-Cubillana P y López A. Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas. *Archivos de Psiquiatría* 2004; 67 (2):101-128.
- López M, Lara L.. Guías operativas 8 ("Programa residencial"), 9 ("Programa ocupacional y laboral") y 10 ("Otros programas de apoyo social"). En Caldas JM y Torres F. *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos.* Washington: OPS; 2005.
- López M, Laviana M, Álvarez F, González S, Fernández M y Vera M P. Actividad productiva y empleo de personas con trastorno mental severo. Algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Psiquiatría* 2004; XXII (89): 31-65.
- López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez A, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación e salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2008; XXVIII (101): 43-83.
- López M, Laviana M. Rehabilitación, Apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Algunas propuestas desde Andalucía. *Revista de la AEN* 2007; 99:187-223.
- Martín C, Pedrosa R, Herrero JJ, et al. Atención a la patología mental en un centro de salud rural. *Medicina de Familia (And)* 2002; 3: 165-171.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Consumo farmacéutico por grupos terapéuticos, edad y sexo. Indicadores. Instituto de Información Sanitaria. Mayo 2005. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Consumo_farmaceutico_por_tramos_edad_y_sexoll_Final.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de Situación de Salud Mental. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2002.

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe Salud y Género. Observatorio de Salud de la Mujer, Agencia de Calidad; 2005. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe2005SaludGenero.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria (EDADES) 2006-2007. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Domiciliaria2005-2006.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2006-2007. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2006-2007.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria (EDADES) 2006-2007. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2006-2007. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2006-2007.pdf>
- Montero I, Aparicio D, Gómez-Beneyto M, Moreno- Küstner B, Reneses B, Usall J, Vázquez-Barquero JL. Género y Salud Mental en un mundo cambiante. En: "Género y Salud". Informe SESPAS. Gac. Sanit 2004, vol 18, (supl.1): 175-181.
- Montero I, Ruiz I. Género y salud mental en la psiquiatría española. En: López-Ibor JJ, Leal Cercos C, Carbonell Masiá C. Imágenes de la psiquiatría española. Barcelona: Glosa 2004, 417-26.
- Moreno B. El Registro de Esquizofrenia de Granada. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid; 2005.
- Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Análisis de la situación de la Atención a la Salud Mental en las Comunidades Autónomas a diciembre del 2005. Disponible en: http://www.aen.es/web/docs/ObservatorioAEN_05.pdf
- Organización Mundial de la Salud. "Declaración de Salud Mental para Europa. Enfrentando desafíos, Construyendo soluciones". Conferencia Ministerial Europea de la OMS. Helsinki, Finlandia, 12-15 Enero 2005.
- Organización Mundial de la Salud. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental: Políticas, Planes y Programas de Salud Mental. Ginebra: OMS; 2005
- Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre violencia y salud. Washintong D.C.: OPS; 2003.
- Pérez E. ¿Psiquiatría penitenciaria?. Rev Esp Sanid Penit 2004; 6: 97-100.
- Plan de Salud Mental de Castilla la Mancha. 2005-2010. Disponible en: <http://www.jccm.es/sanidad/salud/plansa05.pdf>
- Plan Estratégico de la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón. 2002-2010. Disponible en: http://www.feafes.com/DocDocumentos/1018355523_4_PLAN%20SALUD%20MENTAL%20ARAGON%202002-2010.pdf

- Ruggeri M, Leese M et al. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry* 2000; 177: 149-155.
- Ruiz I, Plazaola-Castaño J. Intimate Partner Violence and Mental Health Consequences in Women Attending Family Practice in Spain. *Psychosomatic Medicine* 2005; 67: 791-797.
- Ruiz I, Plazaola-Castaño J. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gac. Sanit.* 2006; 20 (3): 202-8.
- Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. *Plos Medicine* 2005; 2: 5, e 141.
- Sainz C, Ruíz MT, Díaz A. Evolución del consumo de fármacos antidepresivos en las áreas sanitarias de la Rioja y Zamora durante el periodo 1997-2001. *Rev. Esp. Salud Pública* 2004; 78 (5): 631-645.
- Salvador I (Ed). El observatorio de salud mental: análisis de los recursos de salud mental en España 2005. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Salvador-Carulla L. Comentario. La economía de la salud mental en España. ¿Una asignatura pendiente?. *Gac. Sanit.* 2007; 21 (4): 314-15.
- Santamaría B, Pérez M, Montero D, Madurga M, De Abajo FJ. Use of antipsychotic agents in Spain through 1985-2000. *Eur Psychiatry* 2002; 17: 471-476.
- Sayed – Ahmad N, Río MJ y Fernández, G. Capítulo VII "Salud Mental" en Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes. Sevilla; 2007.
- Secades R, Rodríguez E, Valderrey J, et al. El consumo de psicofármacos que acuden a atención primaria en el Principado de Asturias (España). *Psicothema* 2003; 15 (4): 650-655.
- Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Programa de Salud Mental. Memoria de recursos y actividad asistencial 2005. Sevilla: SAS; 2006.
- Servicio Canario de Salud. La Atención a la Salud Mental en Canarias: situación epidemiológica. Encuesta de Salud de Canarias. Disponible en: http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/6/6_3/canarias/ppal.jsp
- Sincras A, Rejas J, Navarro R, Serrat J, et al. Costes y patrón de uso de servicios en pacientes que demandan atención por problemas mentales en asistencia primaria. *Gac. Sanit.* 2007; 21 (4): 306-13.
- Vedia C, et al. Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria. *Aten. Primaria* 2005; 36: 239-245.

ABREVIATURAS

- **ACG:** Adjusted Clinical Groups.
- **ADG:** Ambulatory Diagnosis Groups.
- **ADS:** Ansiedad, Depresión y Somatizaciones.
- **ASM:** Área de Salud Mental.
- **BDU:** Base de Datos de Usuarios.
- **CCAA:** Comunidades Autónomas.
- **CEE:** Centro Especial de Empleo.
- **CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión.
- **CIE-9:** Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión.
- **CIS:** Clinical Interview Schedule.
- **CMBD:** Conjunto Mínimo Básico de Datos.
- **CTSM:** Comunidad Terapéutica de Salud Mental.
- **DCCU-AP:** Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria.
- **DDD:** Dosis Diarias Definidas.
- **DHD:** Dosis Diaria Definida por Habitante y Día.
- **EASP:** Escuela Andaluza de Salud Pública.
- **EPES:** Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.
- **FAHYDA:** Federación Andaluza de Asociaciones de Padres y Personas con Trastornos de déficit de Atención e Hiperactividad.
- **FAISEM:** Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental.
- **FEAFES:** Federación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental.
- **GHQ:** General Health Questionnaire.
- **GRD:** Grupos Relacionados con el Diagnóstico.
- **HDSM:** Hospital de Día de Salud Mental.
- **IEA:** Instituto de Estadística de Andalucía.
- **IC:** Intervalos de Confianza.
- **INE:** Instituto Nacional de Estadística.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **ONU:** Organización de las Naciones Unidas.

- **OR:** Odds Ratio.
- **PAI:** Proceso Asistencial Integrado.
- **PISMA:** Plan Integral de Salud Mental de Andalucía.
- **PIT:** Plan Individualizado de Tratamiento.
- **PSE CATEGO:** Present State Examination Catego System.
- **PSH:** Personas Sin Hogar.
- **PSM:** Programa de Salud Mental.
- **SAS:** Servicio Andaluz de Salud.
- **SCCU-H:** Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias de Hospital.
- **SISMA:** Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.
- **SSPA:** Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- **TCA:** Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- **TIA:** Trastorno de la Infancia y Adolescencia.
- **TMC:** Trastorno Mental Común.
- **TMG:** Trastorno Mental Grave.
- **TP:** Trastornos de la Personalidad.
- **UGC:** Unidad de Gestión Clínica.
- **UHSM:** Unidad de Hospitalización de Salud Mental.
- **URSM:** Unidad de Rehabilitación de Salud Mental.
- **USMC:** Unidad de Salud Mental Comunitaria.
- **USMI-J:** Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Evolución de la población por Áreas de Salud Mental. SSPA, 2003-2006. _____	3
Tabla 2. Redes familiares según tipo y número de personas que las componen, 2005. _____	5
Tabla 3. Personas necesitadas de ayuda según grupo de edad y sexo. Año 2005. _____	5
Tabla 4. Principales estudios de prevalencia de trastorno mental en la comunidad. _____	22
Tabla 5. Prevalencia-vida de los principales trastornos mentales en España y Europa. ESEMeD, 2002. ____	24
Tabla 6. Prevalencia-año de los principales trastornos mentales en España y Europa. ESEMeD, 2002. ____	25
Tabla 7. Prevalencia-año y odds ratio bruta y ajustada de padecer un trastorno mental según factores sociodemográficos en España, ESEMeD 2002 (I). _____	27
Tabla 8. Prevalencia-año, días de sintomatología y personas en tratamiento según nivel de gravedad de los principales trastornos mentales en España. ESEMeD, 2002. _____	29
Tabla 9. Bajas por trastorno mental, duración media y tasas por 1.000 habitantes activos según Distrito de Atención Primaria. SSPA, 2006-2007. _____	33
Tabla 10. Bajas por Ansiedad, Depresión y Somatizaciones, duración media y tasas por 1.000 habitantes activos según Distrito de Atención Primaria. SSPA, 2006-2007. _____	34
Tabla 11. Principales estudios nacionales de trastorno mental entre las personas sin hogar. _____	39
Tabla 12. Distribución de personas con trastorno mental atendidas en UGC de Atención Primaria según ACG, 2004. _____	43
Tabla 13. Distribución de personas atendidas de grupos de diagnóstico especiales atendidos en UGC de Atención Primaria según ACG, 2004. _____	46
Tabla 14. Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico. SSPA, 2006. _____	50
Tabla 15. Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico y sexo. SSPA, 2006. _____	52
Tabla 16. Evolución de las personas atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2003-2006. _____	54
Tabla 17. Evolución de las consultas de personas atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico. SSPA, 2003-2006. _____	55
Tabla 18. Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, según grupo diagnóstico. SSPA, 2006. _____	61
Tabla 19. Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según grupo diagnóstico y sexo. SSPA, 2006. _____	62
Tabla 20. Consultas de las personas atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según grupo diagnóstico. SSPA, 2006. _____	64
Tabla 21. Altas hospitalarias por enfermedades y trastornos mentales según GRD. SSPA, 2003-2006. ____	66
Tabla 22. Evolución de la actividad asistencial de las Comunidades Terapéuticas de Salud Mental. SSPA, 2003-2006. _____	67
Tabla 23. Evolución de la actividad asistencial de los Hospitales de Día de Salud Mental. SSPA, 2003-2006. 68	

Tabla 24. Evolución de la actividad asistencial de las Unidades de Rehabilitación de Salud Mental. SSPA, 2003-2006.	68
Tabla 25. Caracterización de las personas con esquizofrenia y trastornos afines atendidas en el Área de Salud Mental del Hospital Regional Carlos Haya de Málaga y el Área de Salud Mental de Granada Sur, según variables sociodemográficas, 2006.	70
Tabla 26. Evolución del número de envases, dosis diarias definidas y dosis definidas por habitante y día. SSPA, 2003-2006.	73
Tabla 27. Asociación entre el consumo de fármacos y el maltrato global. Mujeres asistentes a consultas de atención primaria en Andalucía, 2006.	82
Tabla 28. Dispositivos y recursos sanitarios para la atención de la salud mental según Área de Salud Mental. SSPA, 2007.	85
Tabla 29. Recursos sanitarios para la atención de la salud mental según Área de Salud Mental. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2007.	86
Tabla 30. Recursos sanitarios para la atención de la salud mental según provincia. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2007.	86
Tabla 31. Evolución de los dispositivos de salud mental en el SSPA durante el periodo de vigencia del I PISMA. 2003-2007.	87
Tabla 32. Evolución de los recursos humanos por tipo de dispositivo. SSPA, 2003-2007.	88
Tabla 33. Evolución de los recursos humanos por categoría profesional y tipo de dispositivo. SSPA, 2003-2007.	89
Tabla 34. Evolución de los recursos humanos por categoría profesional y tipo de dispositivo. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2003-2007.	90
Tabla 35. Dispositivos integrados en las UGC de salud mental. SSPA, 2007.	91
Tabla 36. Profesionales de salud mental en UGC. SSPA, 2007.	91
Tabla 37. Evolución de los recursos de apoyo social para personas con trastorno mental grave. FAISEM, 2003-2007.	96
Tabla 38. Plazas del programa residencial según provincia. FAISEM, 2007.	98
Tabla 39. Plazas del programa ocupacional-laboral según provincia. FAISEM, 2007.	99
Tabla 40. Actividad de los servicios de orientación y apoyo al empleo según provincia. FAISEM, 2007.	100
Tabla 41. Evolución de los recursos humanos según clasificación profesional. FAISEM, 2003-2007.	103
Tabla 42. Demandas para la mejora de la atención y propuesta de líneas de trabajo (I).	140

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Pirámides de edad de Andalucía, 2003-2006. _____	4
Gráfico 2. Hombres con depresión, ansiedad u otros trastornos mentales en los últimos 12 meses según Comunidad Autónoma, 2006. _____	14
Gráfico 3. Mujeres con depresión, ansiedad u otros trastornos mentales en los últimos 12 meses según Comunidad Autónoma, 2006. _____	14
Gráfico 4. Riesgo de mala salud mental en hombres según Comunidad Autónoma, 2006. _____	15
Gráfico 5. Riesgo de mala salud mental en mujeres según Comunidad Autónoma, 2006. _____	16
Gráfico 6. Riesgo de mala salud mental en personas adultas según grupos de edad y sexo. Andalucía, 2006.	16
Gráfico 7. Riesgo de mala salud mental en adultos según estado civil, edad y sexo. Andalucía, 2006. ____	17
Gráfico 8. Riesgo de mala salud mental en adultos según nivel de estudios, edad y sexo. Andalucía, 2006.	17
Gráfico 9. Riesgo de mala salud mental en adultos según actividad económica, edad y sexo. Andalucía, 2006. _____	18
Gráfico 10. Riesgo de mala salud mental en adultos según nivel de ingresos, edad y sexo. Andalucía, 2006.	19
Gráfico 11. Riesgo de mala salud mental en niños según Comunidad Autónoma, 2006. _____	20
Gráfico 12. Riesgo de mala salud mental en niñas según Comunidad Autónoma, 2006. _____	20
Gráfico 13. Riesgo de mala salud mental en niños según sexo. Andalucía, 2006. _____	21
Gráfico 14. Suicidios según grupo de edad y sexo. Tasas por 100.000 habitantes. Andalucía, 2006. ____	30
Gráfico 15. Evolución de las tasas ajustadas de suicidio por 100.000 habitantes y sexo, 2003-2006. ____	31
Gráfico 16. Diagnóstico psiquiátrico registrado en la historia clínica, 2006. _____	37
Gráfico 17. Personas con trastorno mental atendidas en UGC de Atención Primaria según grupo de edad y sexo, 2004. _____	42
Gráfico 18. Personas de grupos de diagnóstico especiales atendidas en UGC de Atención Primaria según grupo de edad y sexo, 2004. _____	45
Gráfico 19. Índices casuísticos de grupos de diagnóstico especiales atendidos en UGC de Atención Primaria, 2004 _____	48
Gráfico 20. Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo de edad y sexo. SSPA, 2006. _____	49
Gráfico 21. Distribución de personas atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico. SSPA, 2006. _____	50
Gráfico 22. Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2006. _____	51
Gráfico 23. Distribución por sexo según grupo diagnóstico en Unidades de Salud Mental Comunitaria. SSPA, 2006. _____	52
Gráfico 24. Distribución de las personas que acuden por primera vez a las Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico. SSPA, 2006. _____	53
Gráfico 25. Personas con Ansiedad, Depresión y Somatizaciones atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según sexo. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2003-2006. _____	56

Gráfico 26. Personas con Trastorno Mental Grave atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según sexo. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2003-2006. _____	57
Gráfico 27. Personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según sexo. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2003-2006. _____	57
Gráfico 28. Personas con Trastornos de la Infancia y Adolescencia atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según sexo. Tasas por 100.000 habitantes menores de 18 años. SSPA, 2003-2006. _____	58
Gráfico 29. Personas mayores de 64 años atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico. Tasas por 100.000 habitantes mayores de 64 años. SSPA, 2003-2006. _____	59
Gráfico 30. Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, según grupo de edad y sexo. SSPA, 2006. _____	60
Gráfico 31. Distribución de personas atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según grupo diagnóstico. SSPA, 2006. _____	61
Gráfico 32. Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según grupo diagnóstico. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2006. _____	62
Gráfico 33. Distribución por sexo según grupo diagnóstico en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil. SSPA, 2006. _____	63
Gráfico 34. Distribución de personas atendidas por trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia según tipo de trastorno. SSPA, 2006. _____	64
Gráfico 35. Altas hospitalarias por enfermedades y trastornos mentales según grupo de edad y sexo. SSPA, 2006. _____	65
Gráfico 36. Distribución del número de envases según tipo de psicofármacos. SSPA, 2006. _____	72
Gráfico 37. Evolución de las dosis diarias definidas por habitante y día. Tasas por 1.000 habitantes. SSPA, 2003-2006. _____	74
Gráfico 38. Personas inmigrantes que consultan por primera vez en las Unidades de Salud Mental Comunitaria del Poniente de Almería, 2000-2004. _____	76
Gráfico 39. Personas inmigrantes atendidas en las Unidades de Salud Mental Comunitaria del Poniente de Almería según grupo de edad y sexo. 2000-2004. _____	77
Gráfico 40. Pacientes procedentes de Andalucía, internados, nuevos y de alta en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, 2003-2006. _____	79
Gráfico 41. Distribución de los recursos humanos según dispositivo de salud mental. SSPA, 2007. _____	88
Gráfico 42. Distribución de los recursos humanos según categoría profesional. SSPA, 2007. _____	89
Gráfico 43. Recursos de apoyo social para personas con trastorno mental grave por sexo. FAISEM, 2007. _____	97
Gráfico 44. Plazas del programa residencial según provincia. Tasas por 100.000 habitantes. FAISEM, 2007. _____	98
Gráfico 45. Plazas del programa ocupacional-laboral según provincia. Tasas por 100.000 habitantes. FAISEM, 2007. _____	99
Gráfico 46. Distribución de los recursos humanos según clasificación profesional. FAISEM, 2007. _____	102
Gráfico 47. Priorización de las líneas de trabajo propuestas por profesionales del SSPA. _____	126
Gráfico 48. Priorización de las líneas de trabajo propuestas por profesionales intersectoriales. _____	136

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1. Distribución de las Unidades de Gestión Clínica del estudio por Distritos de Atención Primaria, 2004. _____ 41
- Figura 2. Esquema de la atención recibida por los pacientes de esquizofrenia y trastornos afines en los dispositivos de salud mental. _____ 69
- Figura 3. Mapa de los dispositivos de salud mental en el SSPA según Áreas Hospitalarias. Año 2007. ____ 85

ANEXO 1

Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los Servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. (BOJA nº 53 de 17 marzo 2008)

El artículo 43 de la Constitución Española reconoce el derecho a la protección de la salud y establece que los poderes públicos organizarán y tutelarán la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Por su parte, en el artículo 49 del texto constitucional, se establece que los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán para el disfrute de los derechos que el Título I otorga a todos los ciudadanos.

El artículo 149.1.16ª de la Constitución Española atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad y el artículo 55.1 del Estatuto de Autonomía para Andalucía, dispone que corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva sobre organización, funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Asimismo, el artículo 55.2 del citado Estatuto, establece que corresponde a la Comunidad Autónoma de Andalucía la competencia compartida en materia de sanidad interior y, en particular y sin perjuicio de la competencia exclusiva que le atribuye el artículo 61, la ordenación, planificación, determinación, regulación y ejecución de los servicios y prestaciones sanitarias, socio sanitarias y de salud mental de carácter público en todos los niveles y para toda la población, así como la ordenación y la ejecución de las medidas destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos.-Asimismo, en el artículo 22.3 del Estatuto de Autonomía para Andalucía se dispone que las personas con enfermedad mental tendrán derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes.

Por su parte, el artículo 18 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, de conformidad con las previsiones del artículo 20 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, al contemplar las actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria que la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma llevará a cabo, se refiere expresamente a la atención a los problemas de salud mental, preferentemente en el ámbito de la comunidad, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial y la atención domiciliaria; realizándose las hospitalizaciones de pacientes, cuando se requieran, en unidades hospitalarias de salud mental.

El Decreto 338/1988, de 20 de diciembre, de ordenación de los servicios de atención a la salud mental, definió la regulación, composición y funciones de los dispositivos de atención a la salud mental, así como los mecanismos de coordinación entre ellos.

La experiencia acumulada en los años transcurridos desde la aprobación del citado Decreto 338/1988, de 20 de diciembre, permite disponer de datos epidemiológicos y clínicos de los trastornos mentales en nuestra Comunidad Autónoma y apreciar la complejidad de algunos de los trastornos mentales atendidos por el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Esta experiencia pone de manifiesto la necesidad de que las intervenciones se efectúen con un enfoque comunitario y sociosanitario, así como que la asistencia a las personas con trastornos mentales se lleve a cabo, tanto desde los dispositivos especializados creados a tal fin, como mediante programas de actuación horizontales y diferenciados, en los que participen diversos dispositivos y distintos profesionales del conjunto de la red sanitaria pública, que permitan profundizar en la atención comunitaria a la salud mental y garantizar la continuidad de la atención sanitaria, evitando la fragmentación de la atención.

Por tanto, deben desarrollarse estrategias y actividades regladas de colaboración entre atención primaria y atención especializada. Teniendo en cuenta que el primer contacto de los usuarios con el Sistema Sanitario Público de Andalucía se establece, con carácter general, en el ámbito de la atención primaria, los distritos de atención primaria continuarán desarrollando programas que integren actividades de promoción de la salud mental, tanto de carácter preventivo como asistencial y seguirán realizando con carácter intersectorial actividades coordinadas con otras instituciones de carácter social.

Por otro lado, de acuerdo con lo establecido en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, y con el objeto de mejorar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los servicios, se están aplicando, en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, fórmulas innovadoras bajo el marco de la gestión clínica, de modo que se abordan de forma integrada actuaciones de prevención, promoción, asistencia, cuidados y rehabilitación.

En este contexto, es necesario un nuevo marco reglamentario que contemple la orientación comunitaria que el Sistema Sanitario Público de Andalucía debe tener en la atención a la salud mental conforme a lo previsto en el artículo 18.2 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, impulsando, por un lado, la agrupación de profesionales para favorecer la atención integrada y la continuidad asistencial y, por otro, reordenando las estructuras directivas y de apoyo a la gestión, para favorecer la capacidad de decisión de los profesionales y facilitar el desarrollo de la actividad con los criterios que configuran la gestión clínica.

Por tanto, este Decreto regula la ordenación de la atención a la salud mental y contempla la creación de unidades de gestión clínica de salud mental en todas las áreas hospitalarias o áreas de gestión sanitaria del Servicio Andaluz de Salud.

En el procedimiento de elaboración de este Decreto se han cumplido las previsiones sobre la negociación colectiva contenidas en la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público.

En su virtud, de acuerdo con lo previsto en los artículos 21.3 y 27.6 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, a propuesta de la Consejera de Salud, de acuerdo con el Consejo Consultivo de Andalucía y previa deliberación del Consejo de Gobierno, en su reunión del día 4 de marzo de 2008,

DISPONGO

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto.

Constituye el objeto del presente Decreto la ordenación de la atención a la salud mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, que se organiza funcionalmente en los niveles de atención primaria y atención especializada.

Artículo 2. Objetivos generales.

Son objetivos generales de la atención a la salud mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud los siguientes:

- a) Promocionar la salud mental, la prevención de la enfermedad, la asistencia, los cuidados y la rehabilitación de las personas con problemas de salud mental, aplicando el modelo comunitario de atención a la salud mental conforme a lo previsto en el artículo 18.2 de la Ley 2/1998, de 15 de junio y de acuerdo con los principios generales de equidad, eficiencia y calidad.
- b) Desarrollar en todos los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental programas y actividades de rehabilitación.
- c) Garantizar la continuidad de la atención sanitaria, de cuidados y el apoyo a la integración social, mediante programas transversales de coordinación de los dispositivos de atención a la salud mental con otras instituciones y dispositivos no sanitarios implicados en la atención comunitaria a la salud mental.

CAPÍTULO II

Atención primaria

Artículo 3. Atención a la salud mental en los centros de atención primaria.

1. En los centros de atención primaria, la atención a la salud mental se desarrollará por los profesionales adscritos a los mismos.
2. Las funciones de los centros de atención primaria, en relación con las personas con problemas de salud mental, son las siguientes:
 - a) Establecer el primer contacto con las citadas personas.
 - b) Realizar la valoración y definición de las estrategias de intervención, teniendo en cuenta el enfoque de género.
 - c) Prestar atención sanitaria en los casos que no requieran atención especializada.
 - d) Realizar la derivación de las citadas personas al nivel especializado de atención a la salud mental, en los casos que sea necesario.
 - e) Identificar la necesidad de apoyo social, facilitando el acceso a los servicios comunitarios.
 - f) Colaborar con los dispositivos de atención especializada a la salud mental en el seguimiento de personas con trastorno mental grave.

CAPÍTULO III

Atención especializada

Sección 1ª dispositivos asistenciales

Artículo 4. Estructura de la atención especializada a la salud mental.

1. La atención especializada a las personas con problemas de salud mental se organiza, en el Servicio Andaluz de Salud, a través de los siguientes dispositivos asistenciales:
 - a) Unidad de salud mental comunitaria.

- b) Unidad de hospitalización de salud mental.
 - c) Unidad de salud mental infanto-juvenil.
 - d) Unidad de rehabilitación de salud mental.
 - e) Hospital de día de salud mental.
 - f) Comunidad terapéutica de salud mental.
2. Los dispositivos asistenciales relacionados en el apartado anterior estarán integrados en las áreas hospitalarias o áreas de gestión sanitaria correspondientes.

Artículo 5. Unidad de salud mental comunitaria.

1. La unidad de salud mental comunitaria se establece como el dispositivo básico de atención especializada a la salud mental, constituyendo su primer nivel de atención especializada. Su ámbito poblacional estará determinado por la población que tenga asignada en el área hospitalaria o área de gestión sanitaria correspondiente en la que esté adscrita. Dicha unidad constituye el dispositivo con el que se coordinarán el resto de los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental.
2. Las funciones de la unidad de salud mental comunitaria, en relación con las personas con problemas de salud mental, son las siguientes:
- a) Prestar atención integral a pacientes de su ámbito poblacional en régimen ambulatorio o domiciliario.
 - b) Desarrollar programas de atención comunitaria que integren actividades de carácter preventivo y de promoción de la salud, asistenciales, de cuidados y de rehabilitación y de apoyo a la integración social, en coordinación con aquellos recursos que contribuyan a la mejor atención de estos pacientes.
 - c) Garantizar la continuidad asistencial y de cuidados con otros dispositivos asistenciales.
 - d) Apoyar y asesorar a los centros de atención primaria en la atención a los problemas de salud mental de la población asignada, mediante la realización de actividades de formación, interconsultas u otras.
 - e) Coordinar la derivación de pacientes al resto de dispositivos de salud mental, cuando las necesidades de los mismos así lo requieran.
 - f) Proponer la derivación de pacientes a otro centro o servicio vinculado con el Servicio Andaluz de Salud mediante convenio o concierto.

Artículo 6. Unidad de hospitalización de salud mental.

1. La unidad de hospitalización de salud mental es un dispositivo asistencial de salud mental destinado a atender las necesidades de hospitalización en salud mental de la población correspondiente a su área hospitalaria de referencia o área de gestión sanitaria.
2. Las funciones de la unidad de hospitalización de salud mental, en relación con las personas con problemas de salud mental, son las siguientes:
- a) Prestar la atención especializada y el apoyo asistencial necesario, en régimen de hospitalización completa y de corta estancia.
 - b) Dar el alta al paciente en la unidad de hospitalización e informar de la misma a la correspondiente unidad de salud mental comunitaria, al objeto de garantizar la continuidad asistencial y de los cuidados de enfermería. Si se considera conveniente la derivación a otros dispositivos asistenciales de salud mental, se realizará en coordinación con la unidad de salud mental comunitaria.
 - c) Atender a pacientes ingresados en otros servicios del hospital que lo precisen.
 - d) Participar en el desarrollo de programas de atención a pacientes con alto riesgo de hospitalización, coordinándose con las unidades de salud mental comunitaria y otros dispositivos asistenciales de salud mental de su ámbito de influencia.

Artículo 7. Unidad de salud mental infanto-juvenil.

1. La unidad de salud mental infanto-juvenil es un dispositivo asistencial de salud mental destinado a desarrollar programas especializados para la atención a la salud mental de la población infantil y adolescente menor de edad del área hospitalaria de referencia o área de gestión sanitaria correspondiente.
2. Las funciones de la unidad de salud mental infanto-juvenil, en relación con las personas menores de edad con problemas de salud mental, son las siguientes:
- a) Prestar la atención especializada a la salud mental, en régimen ambulatorio y de hospitalización completa o parcial, a la población infantil y adolescente menor de edad con trastorno mental, derivada desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia.
 - b) Prestar apoyo asistencial a requerimiento de otros dispositivos asistenciales de salud mental.
 - c) Desarrollar programas asistenciales específicos para la atención a las necesidades planteadas por las unidades de salud mental comunitaria, o la generada por las instituciones públicas competentes en materia de atención y protección de menores.
 - d) Asegurar la continuidad asistencial y de cuidados, tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario, con independencia de que el ingreso de la persona menor de edad se produzca en la propia unidad, o en otros servicios de hospitalización del área hospitalaria o del área de gestión sanitaria correspondiente.
 - e) Apoyar y asesorar al resto de los dispositivos asistenciales de salud mental en su ámbito de influencia, en el desarrollo de programas de atención a la salud mental de la población infantil y adolescente.

Artículo 8. Unidad de rehabilitación de salud mental.

1. La unidad de rehabilitación de salud mental es el dispositivo asistencial de salud mental que tiene por objeto la recuperación de habilidades sociales y la reinserción social y laboral, en régimen ambulatorio, de pacientes con trastorno mental grave del área hospitalaria de referencia o del área de gestión sanitaria correspondiente.
2. Las funciones de la unidad de rehabilitación de salud mental son las siguientes:
 - a) Prestar atención especializada, mediante el desarrollo de programas específicos de rehabilitación, a pacientes derivados de las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia.
 - b) Dar el alta al paciente de la unidad de rehabilitación de salud mental e informar de la misma a la unidad de salud mental comunitaria de referencia, al objeto de garantizar la continuidad asistencial y de cuidados.
 - c) Apoyar y asesorar al resto de los dispositivos asistenciales de salud mental en su ámbito de influencia, en el desarrollo de programas de rehabilitación para personas con trastornos mentales.
 - d) Colaborar, mediante una actuación coordinada, con los organismos e instituciones públicas con competencia en materia de servicios sociales, para la reinserción social de enfermos mentales.

Artículo 9. Hospital de día de salud mental.

1. El Hospital de día de salud mental es un dispositivo asistencial de salud mental, de hospitalización parcial y se configura como recurso intermedio entre la unidad de salud mental comunitaria y la unidad de hospitalización de salud mental.
2. Las funciones del hospital de día de salud mental, en relación con las personas con problemas de salud mental, son las siguientes:
 - a) Prestar atención especializada, en régimen de hospitalización diurna, a pacientes derivados desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia, mediante el desarrollo de programas individualizados de atención.
 - b) Dar el alta al paciente del hospital de día de salud mental e informar de la misma a la unidad de salud mental comunitaria de referencia, al objeto de garantizar la continuidad asistencial y de cuidados. Si se considera conveniente la derivación a otros dispositivos asistenciales de salud mental, se realizará en coordinación con la unidad de salud mental comunitaria.
 - c) Realizar las correspondientes interconsultas cuando el hospital de día de salud mental se encuentre ubicado en un centro hospitalario que carezca de unidad de hospitalización de salud mental.
 - d) Participar en el desarrollo de programas comunitarios de atención a pacientes de alto riesgo o con trastorno mental grave, que se desarrollen por las unidades de salud mental comunitaria u otros dispositivos asistenciales de salud mental encargados de desarrollar los programas mencionados.

Artículo 10. Comunidad terapéutica de salud mental.

1. La comunidad terapéutica es un dispositivo asistencial de salud mental dirigido al tratamiento intensivo de pacientes que requieren una atención sanitaria especializada de salud mental, de forma permanente, completa y prolongada.
2. Las funciones de la comunidad terapéutica de salud mental, en relación con las personas con problemas de salud mental, son las siguientes:
 - a) Prestar atención especializada a pacientes con trastorno mental grave derivados desde las unidades de salud mental comunitaria.
 - b) Dar el alta al paciente de la comunidad terapéutica e informar de la misma a la unidad de salud mental comunitaria de referencia, al objeto de garantizar la continuidad asistencial y de cuidados. Si se considera conveniente la derivación a otro dispositivo específico de salud mental, se realizará en coordinación con la unidad de salud mental comunitaria.
 - c) Participar en el desarrollo de programas comunitarios de atención a pacientes de alto riesgo o pacientes afectados por trastornos mentales graves, que se desarrollen por las unidades de salud mental comunitaria u otros dispositivos asistenciales de salud mental encargados de desarrollar los programas mencionados.
 - d) Desarrollar programas de atención parcial en aquellos casos que sean precisos.

Artículo 11. Profesionales que integran los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental.

Los dispositivos asistenciales de atención especializada a la salud mental tienen carácter multidisciplinar y podrán estar integrados por personas que desarrollen las siguientes profesiones:

- a) Psiquiatría.
- b) Psicología Clínica
- c) Enfermería
- d) Terapia Ocupacional.
- e) Auxiliar de Enfermería.
- f) Trabajo Social.
- g) Monitor Ocupacional.
- h) Otro personal estatutario de gestión y servicios.

Sección 2ª Unidad de gestión clínica de salud mental

Artículo 12. Concepto y objetivos de la unidad de gestión clínica.

1. La unidad de gestión clínica de salud mental es la estructura organizativa responsable de la atención especializada a la salud mental de la población e incorpora los dispositivos asistenciales de salud mental del área hospitalaria o área de gestión sanitaria correspondiente.
2. Los objetivos de la unidad de gestión clínica de salud mental son el desarrollo de la actividad asistencial, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, los cuidados de enfermería, la rehabilitación y el apoyo a la integración social de las personas con problemas de salud mental, actuando con criterios de autonomía organizativa, de corresponsabilidad en la gestión de los recursos, de buena práctica clínica y de cooperación intersectorial.

Artículo 13. Características y composición.

1. La unidad de gestión clínica de salud mental desarrolla sus actividades de acuerdo con un modelo de práctica clínica integrado, orientado a la obtención de resultados para la mejora de la eficacia, la efectividad y la eficiencia de la atención a la salud mental, articulando la participación de los profesionales, a través de una mayor autonomía y responsabilidad en la gestión.
2. Asimismo, desarrolla sus actuaciones con criterios de gestión clínica, incorporando en la toma de decisiones clínicas el mejor conocimiento disponible, así como los criterios definidos en las guías de procesos asistenciales y guías de práctica clínica de demostrada calidad científica y los criterios de máxima eficiencia en la utilización de los recursos diagnósticos y terapéuticos.
3. La unidad de gestión clínica de salud mental estará integrada por profesionales de diversas categorías y áreas de conocimiento que trabajarán conjuntamente, con arreglo a los principios de autonomía, responsabilidad y participación en la toma de decisiones.

Artículo 14. Funciones.

Las funciones de la unidad de gestión clínica de salud mental son las siguientes:

- a) Prestar asistencia sanitaria individual y colectiva, en régimen ambulatorio, domiciliario, de urgencias y de hospitalización parcial o completa, a la población del área hospitalaria o área de gestión sanitaria a la que se encuentre adscrita la unidad de gestión clínica de salud mental, a través de la coordinación entre los dispositivos asistenciales de salud mental que la integran, con capacidad de organizarse de forma autónoma, descentralizada y expresamente recogida en el acuerdo de gestión clínica, de conformidad con lo establecido en el artículo 19.
- b) Desarrollar la atención especializada a la salud mental en su ámbito territorial, llevando a cabo la implantación de procesos asistenciales y programas de salud, y el desarrollo del plan integral de salud mental, en función de la planificación establecida por la Dirección Gerencia del hospital o Gerencia del área de gestión sanitaria a la que se encuentre adscrita la unidad de gestión clínica de salud mental.
- c) Establecer los mecanismos de coordinación con los demás centros y unidades del Sistema Sanitario Público de Andalucía con los que esté relacionada, a fin de lograr una atención sanitaria integrada, con criterios de continuidad en la asistencia y cohesión de las diferentes actividades.
- d) Desarrollar actuaciones de promoción de la salud, la educación para la salud, la prevención de la enfermedad, los cuidados y la participación en las tareas de rehabilitación y apoyo a la integración social y comunitaria de las personas con problemas de salud mental que reciben atención en alguno de los dispositivos asistenciales de la unidad.
- e) Desarrollar las actividades de coordinación con los servicios sociales comunitarios que sean necesarias para mejorar la atención a las personas con trastorno mental y favorecer su inserción social.
- f) Realizar las actividades necesarias para el desarrollo de planes y programas de promoción del uso racional del medicamento y gestión eficaz y eficiente de la prestación farmacéutica, en el ámbito de la atención a la salud mental.
- g) Evaluar las actuaciones realizadas y los resultados obtenidos, así como la participación en programas generales de evaluación y acreditación establecidos por la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, con criterios de orientación hacia los resultados en salud, la mejora continua y la gestión eficiente de los recursos.
- h) Realizar las actividades de formación continuada necesarias para adecuar los conocimientos, habilidades y actitudes del personal de la unidad a los mapas de competencias establecidos para cada categoría profesional, así como participar en aquellas otras actividades formativas adecuadas a los objetivos de la unidad de gestión clínica.
- i) Realizar las actividades de formación pregraduada y postgraduada correspondientes a las diferentes categorías profesionales y áreas de conocimiento, de acuerdo con los convenios vigentes en cada momento en estas materias.
- j) Participar en el desarrollo de proyectos de investigación y otros estudios científicos y académicos relacionados con los fines de la unidad, de acuerdo con los criterios generales y prioridades establecidas por la Dirección Gerencia del hospital o Gerencia del área de gestión sanitaria.

- k) Aquellas otras que estén fijadas en los acuerdos de gestión clínica u otras de análoga naturaleza que le puedan ser atribuidas por la Dirección Gerencia del hospital o Gerencia del área de gestión sanitaria.

Artículo 15. Personal integrante.

1. Integrarán la unidad de gestión clínica de salud mental todos los profesionales que presten sus servicios en los dispositivos asistenciales de salud mental del área hospitalaria o del área de gestión sanitaria correspondiente.
2. Dichos profesionales dependerán jerárquica y funcionalmente de la dirección de la unidad de gestión clínica de salud mental.
3. Los citados profesionales participarán en el desarrollo de los objetivos de la unidad de gestión clínica de salud mental, según su ámbito de responsabilidad y competencia.

Artículo 16. Dirección de la unidad, funciones y dependencia.

1. En cada unidad de gestión clínica de salud mental existirá el puesto de dirección de la unidad, cuyo titular estará en posesión de una titulación universitaria sanitaria, con rango de cargo intermedio y con dependencia jerárquica y funcional de la Dirección Gerencia del hospital o Gerencia del área de gestión sanitaria.
2. Además de las funciones asistenciales propias de su categoría profesional, la persona titular de la dirección de la unidad de gestión clínica de salud mental tendrá las siguientes funciones:
 - a) Dirigir, gestionar y organizar las actividades, los recursos materiales y económicos asignados a la unidad, en el marco establecido en el acuerdo de gestión clínica, garantizando la adecuada atención sanitaria a la salud mental de la población del área hospitalaria o área de gestión sanitaria a la que se encuentre adscrita la unidad y la eficiente gestión de las prestaciones sanitarias.
 - b) Participar en la toma de decisiones organizativas y de gestión del área hospitalaria o área de gestión sanitaria, a través de los mecanismos que se establezcan por la Dirección Gerencia del hospital o Gerencia del área de gestión sanitaria respectiva.
 - c) Proponer y planificar la consecución de los objetivos asistenciales, docentes y de investigación contenidos en el acuerdo de gestión clínica, así como efectuar la evaluación de las actividades realizadas por todos los profesionales adscritos a la unidad, en aras a lograr los resultados anuales fijados en dicho acuerdo.
 - d) Dirigir a los profesionales adscritos total o parcialmente a la unidad de gestión clínica, mediante la dirección participativa y por objetivos, atendiendo al desarrollo profesional y a la evaluación del desempeño. En este sentido compete a la dirección:
 - 1º Establecer, de acuerdo con la Dirección Gerencia del hospital o Gerencia del área de gestión sanitaria, la organización funcional de la unidad de gestión clínica de salud mental, la organización y distribución de la jornada ordinaria y complementaria de los profesionales, para el cumplimiento de los objetivos previstos en el correspondiente acuerdo de gestión clínica, de acuerdo con la normativa vigente.
 - 2º Proponer a la Dirección Gerencia del hospital o Gerencia del área de gestión sanitaria, en el marco de la normativa vigente y dentro de la asignación presupuestaria de la unidad de gestión clínica, el número y la duración de los nombramientos por sustituciones, ausencias, licencias y permisos reglamentarios, incluido el plan de vacaciones anuales.
 - 3º Establecer un plan de formación personalizado que contemple las demandas y necesidades de los profesionales que integren la unidad, reforzando aquellas competencias que sean necesarias para el desarrollo de los procesos asistenciales de la unidad de gestión clínica de salud mental.
 - e) Proponer a la Dirección Gerencia del hospital o Gerencia del área de gestión sanitaria la contratación de bienes y servicios para el ejercicio de las funciones de la unidad de gestión clínica, de acuerdo con la normativa de aplicación y con la disponibilidad presupuestaria, así como participar en la elaboración de los informes técnicos correspondientes.
 - f) Gestionar los recursos económicos asignados a la unidad en el marco presupuestario establecido en el acuerdo de gestión clínica, con criterios de gestión eficiente de los recursos públicos.
 - g) Evaluar la contribución de cada profesional que integre la unidad al desarrollo de los objetivos de la unidad de gestión clínica y decidir el reparto de los incentivos, de acuerdo con los criterios establecidos por los órganos de dirección del Servicio Andaluz de Salud.
 - h) Suscribir, de acuerdo con la Dirección Gerencia del hospital o Gerencia del área de gestión sanitaria, acuerdos de colaboración con otros servicios o entidades que presten asistencia sanitaria, tanto de atención primaria como especializada, a las personas con enfermedad mental en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
 - i) Formalizar, de acuerdo con la Dirección Gerencia del hospital o Gerencia del área de gestión sanitaria, acuerdos de cooperación con los servicios sociales que contemplen la adecuada coordinación asistencial con la provisión de recursos residenciales y ocupacionales.
 - j) Dirigir y gestionar el conjunto de procesos asistenciales de la unidad de gestión clínica de salud mental.
 - k) Impulsar y coordinar las actuaciones que, en el ámbito de la investigación y la docencia, desarrolle la unidad de gestión clínica de salud mental.
 - l) Ostentar la representación de la unidad de gestión clínica.
 - m) Garantizar la efectividad de la participación ciudadana en el ámbito de la unidad de gestión clínica de salud mental, a través de los mecanismos establecidos por la Consejería competente en materia de salud.
 - n) Atender las reclamaciones que realice la ciudadanía con relación a los dispositivos asistenciales adscritos a la unidad de gestión clínica de salud mental.
 - ñ) Proponer a la Dirección Gerencia del hospital o Gerencia del área de gestión sanitaria cuantas medidas pudieran contribuir al mejor funcionamiento de la unidad de gestión clínica de salud mental.

- o) Cualquier otra que le sea atribuida por la Dirección Gerencia del hospital o Gerencia del área de gestión sanitaria correspondiente.

Artículo 17. Coordinación de los dispositivos asistenciales que integran la unidad de gestión clínica de salud mental.

1. En cada dispositivo asistencial de salud mental que forme parte de la unidad de gestión clínica existirá el puesto de coordinación del dispositivo asistencial de salud mental con rango de cargo intermedio, que dependerá jerárquica y funcionalmente de la dirección de la unidad de gestión clínica de salud mental.
2. Además de las funciones asistenciales propias de su categoría profesional, las personas responsables de la coordinación de los dispositivos asistenciales de salud mental, tendrán las siguientes funciones:
 - a) Coordinar al conjunto de profesionales que integran el correspondiente dispositivo asistencial de salud mental, al objeto de llevar a cabo el cumplimiento de los objetivos y el desarrollo de los programas establecidos en la unidad de gestión clínica de salud mental.
 - b) Proponer a la dirección de la unidad de gestión clínica de salud mental, la distribución de actividades y horarios del correspondiente dispositivo asistencial de salud mental, así como responsabilizarse de su cumplimiento.
 - c) Todas aquellas que le sean delegadas por la dirección de la unidad de gestión clínica de salud mental.

Artículo 18. Coordinación de cuidados de enfermería.

1. En cada unidad de gestión clínica de salud mental existirá el puesto de coordinación de cuidados de enfermería que tendrá rango de cargo intermedio.
2. Además de las funciones asistenciales propias de su categoría profesional, la persona titular de la coordinación de cuidados de enfermería tendrá las siguientes funciones:
 - a) Impulsar la gestión de los cuidados de enfermería, especialmente de los domiciliarios, favoreciendo la personalización de la atención sanitaria en todos los procesos asistenciales, incorporando las actividades de promoción de la salud, de educación para la salud y de prevención de la enfermedad.
 - b) Desarrollar y coordinar la atención a los pacientes en situación de especial vulnerabilidad, con problemas de accesibilidad, que deban ser atendidos en el domicilio o en los dispositivos asistenciales de salud mental de la correspondiente unidad.
 - c) Promover y establecer mecanismos para la atención de cuidados a la persona con problemas de salud mental mediante la coordinación entre el personal de enfermería de atención primaria y el personal de enfermería de atención especializada, así como con otro personal de enfermería que realice atención en cuidados enfermeros, de acuerdo con los criterios establecidos por la Dirección Gerencia del hospital o Gerencia del área de gestión sanitaria y la dirección de la unidad de gestión clínica, en el marco de las estrategias del Servicio Andaluz de Salud, para conseguir una continuidad de cuidados eficaz en todos los procesos asistenciales.
 - d) Evaluar la efectividad, la calidad y la eficiencia de los cuidados de enfermería que se prestan en los distintos dispositivos asistenciales de salud mental adscritos a la unidad de gestión clínica de salud mental.
 - e) Colaborar en las actuaciones que en materia de docencia e investigación desarrolle la unidad de gestión clínica de salud mental, con especial énfasis en la valoración de necesidades de cuidados de enfermería y efectividad de la práctica cuidadora.
 - f) Gestionar, de forma eficaz y eficiente, el material clínico de la unidad de gestión clínica y su mantenimiento, así como los productos sanitarios necesarios para la provisión de los cuidados mas adecuados a la población.
 - g) Proponer a la dirección de la unidad de gestión clínica de salud mental cuantas medidas, iniciativas e innovaciones pudieran contribuir al mejor funcionamiento en el desarrollo de los cuidados de enfermería.
 - h) Otras funciones que en materia de cuidados de enfermería le sean atribuidas por la dirección de la unidad de gestión clínica de salud mental.

Artículo 19. Acuerdo de gestión clínica.

1. El acuerdo de gestión clínica es el documento en el que se fija el marco de gestión de la unidad de gestión clínica, así como los métodos y recursos para conseguir los objetivos definidos en el mismo.
2. Este documento será autorizado por la Dirección General competente en materia de asistencia sanitaria del Servicio Andaluz de Salud.
3. La Dirección Gerencia del hospital o Gerencia del área de gestión sanitaria suscribirá acuerdos de gestión clínica con cada una de las direcciones de las unidades de gestión clínica de salud mental del área correspondiente.
4. El acuerdo de gestión clínica estará orientado a asegurar a la población del área hospitalaria o área de gestión sanitaria a la que se encuentre adscrita la unidad de gestión clínica de salud mental, una atención en materia de salud mental, eficaz, efectiva, orientada a atender las necesidades específicas de la población, asegurando la adecuada accesibilidad a los servicios que presta la unidad en un marco de gestión eficiente de los recursos públicos.
5. El acuerdo de gestión clínica recogerá los objetivos asistenciales, docentes e investigadores de la unidad, así como los correspondientes en materia de promoción de salud, prevención de la enfermedad, protección y

educación para la salud. Igualmente, establecerá los recursos humanos, materiales, tecnológicos y económicos, asignados para el periodo de vigencia del mismo.

6. En el acuerdo de gestión clínica se especificará la metodología de asignación de los incentivos de la unidad de gestión clínica y de los profesionales a ella adscritos, en función del grado de cumplimiento de los objetivos.
7. El acuerdo de gestión clínica tendrá un período de vigencia de cuatro años, si bien podrá ser renovado sucesivamente por iguales periodos.
8. El acuerdo de gestión clínica será objeto de seguimiento anual por la Dirección General competente en materia de asistencia sanitaria del Servicio Andaluz de Salud, para evaluar su evolución y corregir, en su caso, los elementos necesarios para garantizar su cumplimiento.

CAPÍTULO IV

Régimen de personal

Artículo 20. Personal de los dispositivos asistenciales de salud mental.

1. Los dispositivos asistenciales de salud mental regulados en el presente Decreto, estarán integrados por personal sanitario y de gestión y servicios, adscritos al área hospitalaria o área de gestión sanitaria correspondiente, en los términos contemplados en la normativa vigente.
2. El personal de los diferentes dispositivos asistenciales de salud mental, se encuentra sujeto a movilidad dentro de los dispositivos asistenciales de salud mental pertenecientes al ámbito del área hospitalaria o área de gestión sanitaria correspondiente, si las necesidades de organización así lo requieren y de acuerdo con la normativa vigente.
3. Todos los facultativos especialistas en psiquiatría que presten servicios en los diferentes dispositivos asistenciales de salud mental, participarán en la realización de jornada complementaria para la asistencia urgente en los dispositivos asistenciales de salud mental de referencia, de acuerdo con la normativa vigente.

Artículo 21. Provisión de cargos intermedios.

La provisión de los cargos intermedios, previstos en este Decreto, se ajustará a lo establecido en el Decreto 75/2007, de 13 de marzo, por el que se regula el sistema de provisión de puestos directivos y cargos intermedios de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud y demás normativa vigente en la materia.

Artículo 22. Selección de personal y provisión de plazas básicas.

1. Los dispositivos asistenciales de salud mental estarán dotados con las plazas básicas de personal sanitario y de gestión y servicios que se les asignen.
2. La selección de personal y provisión de plazas básicas se efectuará de acuerdo con lo establecido en el Decreto 136/2001, de 12 de junio, por el que se regulan los sistemas de selección del personal estatutario y de provisión de plazas básicas en los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud y demás normativa vigente en la materia.

CAPÍTULO V

Participación profesional

Artículo 23. Participación de los profesionales.

1. Los profesionales que desarrollen su actividad en un dispositivo asistencial de salud mental en la estructura organizativa de la unidad de gestión clínica de salud mental, participarán en su organización y funcionamiento, en los términos que se establezcan por la Consejería competente en materia de salud.
2. La Dirección Gerencia del hospital o Gerencia del área de gestión sanitaria establecerá los mecanismos más adecuados para garantizar la participación de las personas que desempeñen las direcciones de las unidades de gestión clínica y sus correspondientes coordinaciones de cuidados de enfermería en la organización de la actividad asistencial, formación continuada, investigación y gestión de recursos; asegurando la participación de los profesionales en el seno de la unidad de gestión clínica, especialmente en la elaboración de la propuesta de objetivos anuales y consecución de los mismos, además de la transparencia en la evaluación de los resultados.

Disposición adicional primera. Adaptación de los actuales dispositivos asistenciales de salud mental.

1. Las áreas hospitalarias y áreas de gestión sanitaria deberán adaptar la estructura de los dispositivos asistenciales de salud mental existentes en su ámbito de referencia, a lo dispuesto en el Capítulo III del presente Decreto, en el plazo máximo de veinticuatro meses, desde la entrada en vigor del mismo.
2. A estos efectos, la Dirección General competente en materia de asistencia sanitaria del Servicio Andaluz de Salud, de acuerdo con las Direcciones Gerencias de las áreas hospitalarias o Gerencias de áreas de gestión sanitaria, definirá un plan específico de adaptación de los dispositivos asistenciales de salud mental a las unidades de gestión clínica de salud mental.
3. Para la integración de los dispositivos asistenciales de salud mental existentes en las unidades de gestión clínica de salud mental que se constituyan, será necesaria la suscripción de un acuerdo de gestión clínica, según lo establecido en el artículo 19.

Disposición adicional segunda. Homologación administrativa y retributiva.

1. El puesto de dirección de la unidad de gestión clínica de salud mental queda homologado a todos los efectos administrativos y retributivos al puesto de coordinación de área de salud mental.
2. El puesto de coordinación de dispositivo asistencial de salud mental queda homologado a todos los efectos administrativos y retributivos al puesto de coordinación de unidad asistencial de salud mental.
3. El puesto de coordinación de cuidados de enfermería queda homologado a todos los efectos administrativos y retributivos al puesto de enfermera supervisora. No obstante, en aquellas unidades de gestión clínica que cuenten con unidades de hospitalización en salud mental, el puesto de coordinación de cuidados de enfermería se homologará al puesto de jefatura de bloque de enfermería.
4. El personal estatutario incluido en el ámbito de aplicación del presente Decreto, que a su entrada en vigor, continúe ejerciendo las mismas funciones que ya viniese desarrollando, mantendrá el mismo régimen retributivo que le viniese siendo aplicado.
5. Los profesionales de las unidades de salud mental que tengan que desplazarse habitualmente fuera de su centro de trabajo para prestar asistencia sanitaria a su población de referencia, percibirán el complemento de productividad, factor fijo, por dispersión geográfica previsto para los profesionales de los equipos de salud mental de distrito de atención primaria.

Disposición adicional tercera. Nueva adscripción de los profesionales de los equipos de salud mental de distritos.

Mediante Orden de la persona titular de la Consejería competente en materia de Salud se ofertará la adscripción voluntaria al área hospitalaria o área de gestión sanitaria correspondiente, a los profesionales que a la entrada en vigor de este Decreto se encuentren desempeñando su actividad en los actuales equipos de salud mental de distrito. Hasta que se produzca dicha adscripción, los citados profesionales mantendrán la adscripción que tuvieran en ese momento.

Disposición adicional cuarta. Coordinación para la integración social.

Al objeto de garantizar la coordinación entre las distintas unidades de gestión clínica de salud mental y otras instituciones de carácter social, se podrán constituir comisiones de coordinación de ámbito regional o provincial que posibiliten la adecuada integración social de las personas con problemas de salud mental.

Disposición transitoria única. Continuidad en la coordinación y ejercicio de las funciones de los dispositivos asistenciales de salud mental.

1. Para garantizar la coordinación de los recursos disponibles en salud mental, así como la correcta articulación de sus actuaciones, en las áreas hospitalarias o áreas de gestión sanitaria que no hayan constituido la unidad de gestión clínica de salud mental y, en tanto éstas se constituyen, se mantendrá como órgano de coordinación, el coordinador de área de salud mental, que ejercerá sus funciones exclusivamente en los dispositivos asistenciales de salud mental del área hospitalaria o área de gestión sanitaria de referencia, no integrados en unidades de gestión clínica de salud mental.
2. En tanto se constituyan las unidades de gestión clínica de salud mental en las diferentes áreas hospitalarias o áreas de gestión sanitaria, los dispositivos asistenciales de salud mental que no estén constituidos en unidad de gestión clínica de salud mental, realizarán sus funciones de acuerdo a lo establecido en el Capítulo III del presente Decreto.

Disposición derogatoria única. Derogación normativa.

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo establecido en el presente Decreto, y expresamente el Decreto 338/1988, de 20 de diciembre, de ordenación de los servicios de atención a la salud mental y la Orden de la Consejería de Salud y Servicios Sociales de 14 de diciembre de 1989, por la que se desarrolla el Decreto 338/1988, de 20 de diciembre.

Disposición final primera. Desarrollo.

Se faculta a la Consejera de Salud para dictar las disposiciones necesarias para el desarrollo del presente Decreto y a la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud para adoptar cuantas medidas requiera su ejecución.

Disposición final segunda. Entrada en vigor.

El presente Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

Sevilla 4 de marzo de 2008

MANUEL CHAVES GONZÁLEZ
Presidente de la Junta de Andalucía

M^a JESÚS MONTERO CUADRADO
Consejera de Salud

ANEXO 2

Diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento según Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10).

CIE-10	DESCRIPCIÓN	ABREVIATURA
F00 -09	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos: F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer. F01 Demencia vascular. F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar. F03 Demencia sin especificación. F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas. F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas. F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática. F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral. F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación.	T. Orgánicos
F10-19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas: F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol. F11 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides. F12 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides. F13 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos. F14 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína. F15 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína) F16 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos. F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco. F18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles. F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas.	T. Consumo sustancias psicótropas
F20-29	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes: F20 Esquizofrenia. F21 Trastorno esquizotípico. F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes. F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios. F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas. F25 Trastornos esquizoafectivos. F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos. F29 Psicosis no orgánica sin especificación.	T. Esquizofrénicos e ideas delirantes
F30-39	Trastornos de humor (afectivos): F30 Episodio maníaco. F31 Trastorno bipolar. F32 Episodios depresivos. F33 Trastorno depresivo recurrente. F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes. F38 Otros trastornos del humor (afectivos) F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación.	T. Humor
F40-49	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfias: F40 Trastornos de ansiedad fóbica. F41 Otros trastornos de ansiedad. F42 Trastorno obsesivo-compulsivo. F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación. F44 Trastornos disociativos (de conversión)	T. Neuróticos

CIE-10	DESCRIPCIÓN	ABREVIATURA
	F45 Trastornos somatomorfos. F48 Otros trastornos neuróticos.	
F50-59	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos: F50 Trastornos de la conducta alimentaria. F51 Trastornos no orgánicos del sueño. F52 Disfunción sexual no orgánica. F53 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar. F54 Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar. F55 Abuso de sustancias que no producen dependencia. F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación.	Disf. Fisiológicas y F. Somáticos
F60-69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto: F60 Trastornos específicos de la personalidad. F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad. F62 Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral. F63 Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos. F64 Trastornos de la identidad sexual. F65 Trastornos de la inclinación sexual. F66 Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales. F68 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto. F69 Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación.	T. Personalidad
F70-79	Retraso mental: F70 Retraso mental leve. F71 Retraso mental moderado. F72 Retraso mental grave. F73 Retraso mental profundo. F78 Otros retrasos mentales. F79 Retraso mental sin especificación.	Retraso mental
F80-89	Trastornos del desarrollo psicológico: F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje. F81 Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar. F82 Trastorno específico del desarrollo psicomotor. F83 Trastorno específico del desarrollo mixto. F84 Trastornos generalizados del desarrollo. F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico. F89 Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación.	T. Desarrollo
F90-98	Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia: F90 Trastornos hiperkinéticos. F91 Trastornos disociales. F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos. F93 Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia. F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia. F95 Trastornos de tics. F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.	T. Infancia y adolescencia
F99	Trastorno mental sin especificación	T. Mental sin especificación



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD