

LA SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA 2008 - 2013

PROGRAMA DE SALUD MENTAL



Plan Integral
de Salud Mental
de Andalucía



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

DICIEMBRE 2014

LA SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA

2008-2013

Programa de Salud Mental
Dirección General de Asistencia Sanitaria y
Resultados en Salud
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

Edición: Diciembre 2014

AUTORÍA

Carmona Calvo, José (Dirección)
Fornieles García, Yolanda (Coordinación)
García-Cubillana de la Cruz, Pablo (Coordinación)
Millán Carrasco, Almudena
Valcárcel Cabrera, M^a del Carmen
Mendoza García, Óscar Javier
Pérez Corral, Olivia
Bono del Trigo, Águila
Hernán García, Mariano

Colaboraciones

Alaminos Romero, Francisco Jesús	López Pardo, Andrés
Alén Fidalgo, Manuel	Huizing, Evelyn
Ballesta Gómez, Rosario	Luanco Gracia, José Maria
Bilbao Acedos, Izaskun	Maqueda Ruiz, Auxiliadora
Bolívar Muñoz, Julia	Mayoral Cortés, José M ^a
Cervilla Ballesteros, Jorge	Moreno Kustner, Berta
Fernández Regidor, Gonzalo	Pons Tubio, Antonio
Giráldez Ramírez, Inmaculada	Prieto Díaz, Inmaculada
González Aceituno, Pedro	Suess, Amets
López Álvarez, Marcelino	Vázquez Murillo, Josefa
Jiménez González, Soledad	Vázquez Uceda, Manuel

Cubierta

Juan José Pérez Rivas

Asesora Técnica Editorial

Antonia Garrido Gómez



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
[Reconocimiento-NoComercial-Sin obras derivadas 3.0 España](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/)

© 2014 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía.
EDITA: Servicio Andaluz de Salud
Avda. de la Constitución, 18
41001 Sevilla
Tel. 955 01 80 00 Fax. 955 01 80 37
www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	1
SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA	4
1. DEMOGRAFÍA	4
2. ACTIVOS PARA LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR EMOCIONAL	9
3. ESTIGMA, DERECHOS HUMANOS Y RECUPERACIÓN	13
3.1. Imagen social	13
3.2. Estigma social, autoestigma y sus consecuencias en las vulneraciones de derechos humanos	14
3.3. Reacciones contra el estigma, la vulneración de derechos y el fomento de la recuperación	17
4. FACTORES DE RIESGO PARA LA ENFERMEDAD MENTAL	20
5. CRISIS Y SALUD MENTAL	24
6. SALUD MENTAL AUTOPERCIBIDA	27
7. PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN ANDALUCÍA	41
7.1. Prevalencia de la enfermedad mental en Europa	41
7.2. Prevalencia de la enfermedad mental en Andalucía	44
7.2.1. Estudio PISMA-ep	44
7.2.2. Prevalencia-año de esquizofrenia y trastornos afines en Málaga	48
7.3. Suicidios y enfermedad mental	51
7.4. Incapacidad laboral y enfermedad mental	58
7.5. Población penitenciaria y enfermedad mental	62
7.6. Personas sin hogar y enfermedad mental	65
7.7. Personas en situación de dependencia	69
7.7.1. Personas mayores en situación de dependencia	73
7.7.2. Personas con discapacidad en situación de dependencia	75
7.8. Infancia y adolescencia	78
7.8.1. Protección de menores	79
7.8.2. Menores con graves trastornos de conducta en acogimiento residencial	84
7.8.3. Maltrato infantil	85
7.8.4. Pobreza y dificultades económicas	88
7.8.5. Educación y salud mental	92
7.9. Violencia de género y enfermedad mental	99
8. MORBILIDAD ATENDIDA	104
8.1. Atención primaria	104
8.2. Atención especializada de salud mental	107
8.2.1. Unidades de Salud Mental Comunitaria	107
8.2.2. Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil	118

8.2.3. Unidades de Hospitalización de Salud Mental	128
8.2.4. Comunidades Terapéuticas de Salud Mental	134
8.2.5. Hospitales de Día de Salud Mental	134
8.2.6. Unidades de Rehabilitación de Salud Mental	135
8.3. Atención urgente a los problemas de salud mental	135
8.4. Consumo de psicofármacos	139
8.5. Personas atendidas en la red de apoyo social de FAISEM	145
8.6. Trastorno del espectro autista	146
8.7. Inmigración y enfermedad mental	152
8.8. Personas internadas en los hospitales psiquiátricos penitenciarios de Sevilla y Foncalent (Alicante)	154
8.9. Personas con enfermedad mental atendidas en la red de atención a drogodependencias	156
9. SALUD MENTAL E INVESTIGACIÓN	160
 RECURSOS PARA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN ANDALUCÍA	 164
1. RECURSOS SANITARIOS DE SALUD MENTAL	164
1.1. Dispositivos específicos de salud mental	164
1.2. Recursos humanos en salud mental	167
1.3. Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental	170
2. RECURSOS COMUNITARIOS DE APOYO SOCIAL	172
2.1. Recursos generales	172
2.2. Recursos específicos de FAISEM	172
2.3. Redes de asociaciones de apoyo mutuo	185
3. RECURSOS INTERSECTORIALES DESTINADOS A LA SALUD MENTAL DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	188
 ANÁLISIS DE OPINIONES Y EXPECTATIVAS SOBRE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA	 190
1. INTRODUCCIÓN	190
2. OBJETIVOS	190
3. METODOLOGÍA	191
3.1. Instrumento de recogida de datos	191
3.2. Población entrevistada	193
3.3. Análisis de resultados	194
4. PRINCIPALES RESULTADOS DEL ESTUDIO	195
4.1. Tasa de respuesta	195
4.2. Valoración global	196
4.3. Análisis de situación en el Panel de profesionales de la red de salud mental	197
4.4. Análisis de situación de otros agentes de interés para la atención a la salud mental	199
4.5. Principales expectativas expresadas	204

4.5.1. Promoción de la salud y el bienestar emocional _____	204
4.5.2. Prevención de los problemas de salud mental _____	204
4.5.3. Detección precoz de los trastornos mentales e intervención temprana ante los primeros síntomas _____	205
4.5.4. Detección y actuación inmediata ante la vulneración de derechos de las personas con trastorno mental ____	206
4.5.5. Calidad de la atención prestada por los servicios sanitarios _____	206
4.5.6. Calidad de la atención prestada por los servicios sociales _____	207
4.5.7. Erradicación del estigma y vulneración de derechos de las personas con enfermedad mental _____	208
4.5.8. Lucha contra las desigualdades en salud _____	209
4.5.9. Participación de la ciudadanía en todo lo relacionado con su salud mental y bienestar emocional _____	210
 ANEXO I: Índice de figuras y gráficos _____	 211
ANEXO II: Índice de tablas _____	216
ANEXO III: Diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento según Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10) _____	219
ABREVIATURAS _____	222
REFERENCIAS _____	225

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 2016-2020**, junto a la evaluación del anterior Plan, disponible en el Informe de Evaluación Interna publicado conjuntamente junto a este documento, se ha realizado un análisis exhaustivo de la situación de la salud mental en nuestra Comunidad Autónoma, siendo el periodo de estudio los años 2008 a 2013, ambos inclusive.

Para elaborar y priorizar objetivos y líneas de acción en el Plan Integral 2016-2020, se han tenido en cuenta datos demográficos; información sobre activos en salud mental; estigma y vulneración de derechos; factores de riesgo; salud mental autopercebida; datos epidemiológicos y de morbilidad atendida, tanto en el sistema sanitario como en otros sectores; de investigación en salud mental; e información sobre la situación actual de los recursos destinados a la salud mental en Andalucía incluyendo la red de apoyo mutuo que proveen los movimientos asociativos. Como principal novedad respecto al análisis realizado para la elaboración del segundo Plan, destacar los apartados de crisis y salud mental, personas en situación de dependencia y los destinados a la infancia y la 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, de varias entidades ciudadanas, 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 tercer 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 Almudena Millán, en el estudio de expectativas de las personas relacionadas con la salud mental. Y de Pablo García-Cubillana del Programa de Salud Mental, por su constante impulso y coordinación en la elaboración de este documento y su permanente dedicación.

JOSÉ CARMONA CALVO

Director del Plan Integral
de Salud Mental de Andalucía



SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA

SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA

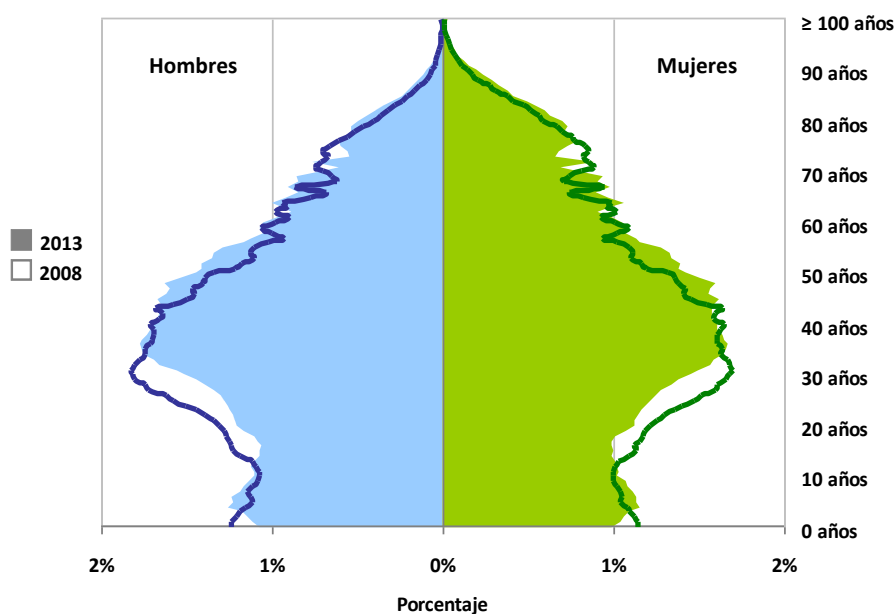
1. DEMOGRAFÍA

La población de la Comunidad Autónoma de Andalucía a 1 de enero del año 2013 era de 8.393.159 habitantes, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), de los cuales el 49,5% eran hombres (4.156.114) y el 50,5% mujeres (4.237.045). Esta población se incrementó un 3,4% con respecto al 1 de enero del año 2008, cuando la población de Andalucía era de 8.118.578 habitantes.

Al comparar las pirámides de población del 2008 y 2013 (Gráfico 4), no se encuentran diferencias significativas, si bien el balance poblacional era favorable con un incremento del 3,4%.

Se observa una disminución de la base en las cohortes más jóvenes de la población, de 15 a 30 años (similar en ambos sexos) 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 la población andaluza, 2008-2013.



Fuente: Cifras de población a 1 de enero. Instituto Nacional de Estadística.

El crecimiento global de la población tiene su reflejo en la población de referencia de las diferentes Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental (UGC-SM). En concreto, la población de la Base de Datos de Usuarios (BDU) del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) se incrementó en un 2,4% entre diciembre de 2008 y el mismo mes del año 2013, aunque no todas las unidades se comportaron de igual forma (Tabla 1).

Así, las UGC-SM que experimentaron un mayor crecimiento poblacional en este periodo fueron las unidades del Área de Gestión Sanitaria (AGS) Nordeste de Granada (+14,7%) y el AGS de Osuna (+14,2%). En el extremo opuesto se encontrarían las unidades del AGS Norte de Almería (con un descenso del 4,0%), Hospital San Juan de la Cruz del AGS Norte de Jaén (-3,1%) y AGS Norte de Córdoba (-3,0%).

Tabla 1. Evolución de la población por UGC-SM. SSPA, 2008-2013.

UGC-SM	Población año 2008	Población año 2013	% Variación 08-13
H. Torrecárdenas	540.629	554.132	2,5%
AGS Norte de Almería (Huércal-Overa)	141.897	136.208	-4,0%
H. Puerto Real	275.500	284.200	3,2%
H. Puerta del Mar	212.958	210.686	-1,1%
AGS Campo de Gibraltar	249.328	259.309	4,0%
AGS Norte de Cádiz (Jerez)	439.288	448.519	2,1%
H. Reina Sofía	521.086	528.867	1,5%
AGS Sur de Córdoba (Cabra)	185.650	184.823	-0,4%
AGS Norte de Córdoba (Pozoblanco)	81.833	79.343	-3,0%
Intercentros Granada (H. Virgen de las Nieves)	337.600	336.891	-0,2%
AGS Nordeste de Granada (Baza)	100.970	115.858	14,7%
Intercentros Granada (H. San Cecilio)	333.802	343.492	2,9%
AGS Sur de Granada (Motril)	139.250	139.775	0,4%
Intercentros Huelva	498.101	520.786	4,6%
Complejo Hospitalario Jaén	356.354	357.671	0,4%
AGS Norte de Jaén (H. San Juan de la Cruz)	169.434	164.172	-3,1%
AGS Norte de Jaén (H. San Agustín)	131.490	130.554	-0,7%
H. Regional de Málaga	317.660	320.470	0,9%
AGS Este de Málaga-Axarquía	136.048	139.817	2,8%
AGS Norte de Málaga (Antequera)	110.516	111.285	0,7%
H. Virgen de la Victoria	862.853	906.882	5,1%
AGS Serranía de Málaga (Ronda)	55.227	54.741	-0,9%
H. Virgen del Rocío	766.399	792.522	3,4%
H. Virgen Macarena	558.390	576.773	3,3%
AGS Sur de Sevilla (H. Valme)	373.408	369.919	-0,9%
AGS Osuna	149.774	171.109	14,2%
TOTAL	8.045.445	8.238.804	2,4%

Fuente: Programa de Salud Mental a partir de la Base de Datos de Usuarios (BDU) a diciembre de 2008 y 2013.

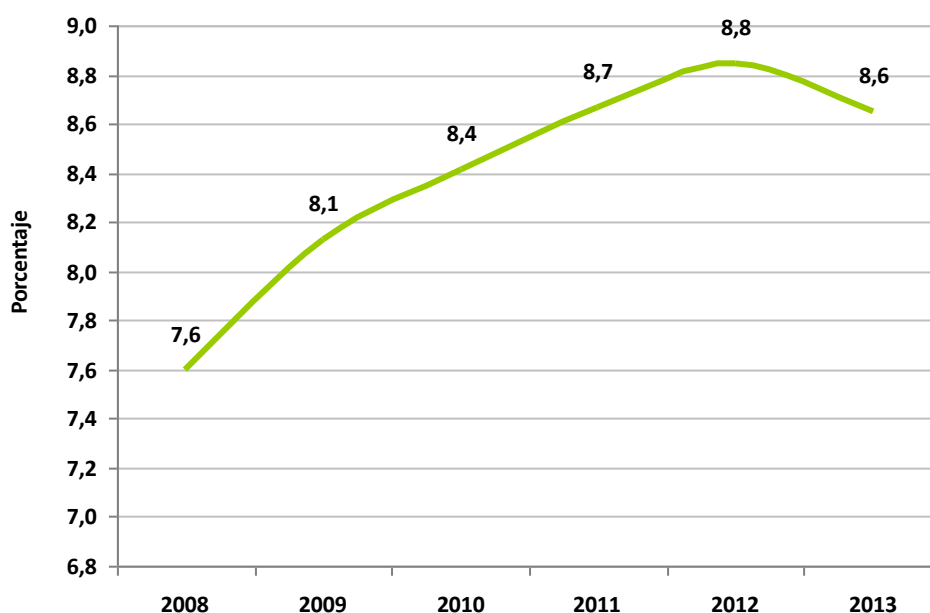
POBLACIÓN INMIGRANTE

En el año 2013, el 8,65% de la población de Andalucía corresponde a personas extranjeras (729.725 personas), de las cuales 374.765 son hombres y 354.960 mujeres. La mitad de esta población extranjera pertenece a la Unión Europea UE-27 (el 51,0%)¹.

Las provincias andaluzas con mayor porcentaje de extranjeros, tanto de la Unión Europea como del resto de nacionalidades, son Almería (21,0%) y Málaga (17,9%). En el extremo contrario se sitúan Córdoba y Jaén con el 3,2% y 3,4%, respectivamente.

En cuanto a la evolución del número de extranjeros en Andalucía, ha experimentado un constante incremento en los últimos años, exceptuando el año 2013 en el que disminuyó casi a niveles del 2011².

Gráfico 2. Evolución del porcentaje de población extranjera respecto al global de Andalucía, 2008-2013.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Padrón Municipal de Habitantes

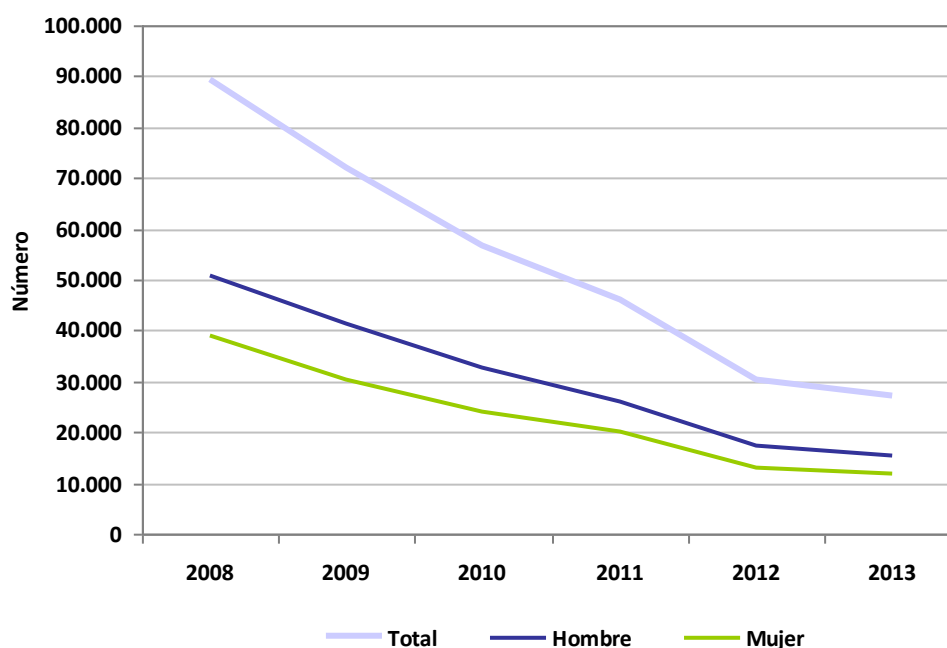
Según el informe del año 2012 del Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones (OPAM)³, el peso de la población extranjera sobre el conjunto de la población empadronada aumentó en prácticamente todas las comunidades autónomas desde el año 2000 al 2008 y se estabiliza en los siguientes cinco años. En Andalucía se ve una evolución algo a contracorriente, ya que el porcentaje

que representa la población extranjera continuó creciendo hasta 2012 para decrecer ligeramente en 2013.

También según este informe, la crisis afecta a la llegada de nuevos inmigrantes, que aunque sigue manteniendo un saldo positivo, descendió entre 2007 y 2012 en un 83% en Andalucía, mientras que en el conjunto de España el descenso fue del 71%.

El gráfico siguiente muestra la evolución del número de personas inmigrantes inscritas en la BDU, que descendió en números absolutos de las 94.156 registradas en el año 2007 a las 27.215 del año 2013. Al considerar el porcentaje que representa esta población sobre el total de personas usuarias, el descenso es aún mayor, pasando de representar el 1,1% del total de población usuaria en 2008 a tan sólo el 0,3% en el año 2013.

Gráfico 3. Evolución de personas inmigrantes por sexo, según la BDU, 2007-2013.



Fuente: Base de Datos de Usuarios (BDU) del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Este descenso puede deberse a diversos factores: que parte de esta población inmigrante en situación de irregularidad haya ido abandonando el país a lo largo de estos años por la crisis económica sufrida; que otras personas hayan consolidado su residencia en España y por tanto, regularizado su situación; y que las nuevas personas que llegan a Andalucía en situación de irregularidad no hayan contactado con los servicios sanitarios por temor a no ser atendidos o empeorar su situación.

2. ACTIVOS PARA LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR EMOCIONAL

Un funcionamiento positivo en la vida (pensamiento creativo, buenas relaciones interpersonales y capacidad de afrontamiento ante la adversidad) se asocia con el bienestar. En cambio, las personas con un nivel bajo de bienestar mental tienen una peor respuesta a los retos de la vida cotidiana y su percepción de salud y de calidad de vida suele ser más baja^{4,5,6}.

Los recursos personales y comunitarios con los que una persona cuenta, pueden convertirse en Activos para la Salud Mental (ASM). Los seres humanos disponemos de talento, competencias sociales, autoestima, compromiso con el aprendizaje o el trabajo y capacidad para la cooperación con otras personas de nuestro entorno^{7,8}; también necesitamos contar con redes de apoyo familiar, capital social y espacios de vida, juego, ocio y trabajo favorables. Todo ello puede operar como el patrimonio con el que contamos; son los ASM en un contexto determinado⁹. Por eso, la capacidad individual o de las familias, los grupos o las comunidades puede servir para promover y proteger la salud mental¹⁰.

Si un activo para la salud se define como un factor o recurso que aumenta la capacidad de las personas, grupos o comunidades para mantener y potenciar la salud y el bienestar¹¹ un ASM se podría identificar con los recursos y habilidades mentales o emocionales que potencian la capacidad del individuo, del grupo y del entorno, para promover su bienestar. Una base segura para crecer emocionalmente y de manera coherente, en los primeros años de vida, es crucial para potenciar la salud y el bienestar a lo largo del curso vital^{12,13}.

Algunas personas permanecen sanas a pesar de haber atravesado situaciones difíciles y estresantes. Esto ya lo puso de manifiesto la teoría de la Salutogénesis de Antonovsky que destacó la importancia de algunos recursos de resistencia individual, social y material para el mantenimiento de la salud y el bienestar, y también su utilidad para construir factores de protección o mantener una percepción de la propia salud y de calidad de vida adecuadas¹⁴. El sentido de la coherencia, también explicado desde esta teoría, nos permite comprender el mundo cercano en el que vivimos, manejarlo según nuestros propios recursos y encontrar sentido, significado y motivación para la vida¹³.

Este asunto es vital para la salud mental positiva, ya que aquí se involucra la capacidad para responder flexiblemente a los retos del ambiente y al estrés¹⁵. Lo anterior se relaciona con el concepto de

resiliencia, o resistencia ante la adversidad, que explica por qué algunas personas muestran una buena adaptación, a pesar de haber estado expuestas a una adversidad severa¹⁶.

La psicología positiva y el enfoque del desarrollo positivo¹⁷ abogan por la búsqueda de las fortalezas de la persona de cara a la promoción de su bienestar y felicidad. Parece existir una fuerte conexión entre esta visión y los modelos centrados en competencias y otras visiones sobre el desarrollo de la capacidad^{18,19}.

Los activos recuerdan en buena medida a los factores protectores de la salud mental que son los que desde el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía²⁰, basándose en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se pretenden potenciar en las distintas etapas del ciclo vital^{21,22}:

- a) Estilos de vida saludables.
- b) Autoestima.
- c) Sentimientos de dominio y control.
- d) Sentimientos de seguridad.
- e) Destrezas sociales y de manejo de conflictos.
- f) Capacidad para afrontar el estrés.
- g) Capacidad para enfrentar la adversidad.
- h) Habilidades de resolución de problemas.
- i) Adaptabilidad.
- j) Apego positivo y lazos afectivos tempranos.
- k) Apoyo social de la familia y amistades.
- l) Roles igualitarios.

La promoción de las capacidades individuales o activos personales para proteger, mantener o mejorar la salud mental, deben ser una orientación clave en cualquier estrategia de promoción de la salud y el bienestar emocional; pero conviene ajustar las acciones a los contextos de intervención y buscar el equilibrio entre las propuestas destinadas al individuo y las dirigidas al entorno o contexto en el que vive cada persona, familia o grupo⁵.

La propuesta del Foresight Mental Capital and Wellbeing Project⁵, es un buen ejemplo que propone cinco sugerencias para la acción individual, identificadas en base a una revisión de la evidencia

disponible. Estos cinco elementos de la Figura 1, contribuyen al bienestar de la población y a incrementar su capital mental:

1. CONECTAR, relacionarse con los demás;
2. SER ACTIVO, hacer deporte o actividad física;
3. PRESTAR ATENCIÓN A LAS COSAS, fijarse en cosas agradables, saborear el momento presente;
4. CONTINUAR APRENDIENDO, intentar algo nuevo, marcarse una nueva meta; y
5. DAR, hacer algo agradable por los demás

Figura 1. Cinco caminos hacia el bienestar mental



Figura adaptada y traducida por el Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud, 2012.

El paradigma de la Promoción de la Salud y el enfoque de la recuperación en salud mental^{23,24} comparten principios, orientaciones y modelo de abordaje de la realidad social en la que viven las personas^{25,26}. Ambas perspectivas se enmarcan sobre la base de la justicia social, en la medida en que reclaman la capacidad que tenemos de empoderarnos y tener una vida plena, en ausencia o presencia de problemas de salud²⁷.

Desde el marco de la salud pública comunitaria esta mirada se amplía a los grupos poblacionales y a las comunidades. No hay que olvidar que el modelo de activos es inabordable sin un posicionamiento claro sobre la reducción de las desigualdades injustas y sin el sustento del modelo de determinantes sociales de la salud, que precisa adecuar las acciones desde el macro sistema de las políticas hasta el micro sistema familiar o tribal²⁸.

Los activos para la salud mental y emocional se van a poder potenciar en un clima que respete y proteja los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales básicos; y eso es fundamental para la promoción de la salud mental de las personas con menos recursos, que se pueden estar viendo más amenazadas, bajo la justificación de la carencia de recursos para todos y la austeridad desmedida. Sin la garantía de los derechos básicos, el estrés derivado de la diferencia de renta puede impedir que los más pobres mantengan un nivel de salud emocional adecuado y, por eso, desde el nuevo Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, es muy importante que se desarrolle una estrategia que potencie la visión positiva, basada en los ASM con una perspectiva de equidad. Es recomendable que las acciones de promoción de la salud y el bienestar emocional de la población se realicen en el marco de las estrategias intersectoriales de salud pública, fortaleciendo el papel de los individuos y de las comunidades, reduciendo las barreras estructurales, disminuyendo las desigualdades en salud, garantizando los derechos humanos y mejorando la calidad del entorno físico.

El modelo de los activos para la salud ha sido adoptado por la Junta de Andalucía, como así se refleja en el IV Plan Andaluz de Salud²⁹; en su desarrollo y en especial en la línea 3 se plantea el reto de promover los activos para la salud en los programas y planes, con importante énfasis en los contextos en los que viven las personas, la investigación y la formación.

El nuevo Plan Integral de Salud Mental ha de contribuir a reforzar los ASM para impulsar una vida más agradable, productiva y satisfactoria, en la que un buen estado de salud mental permita producir, relacionarse, adaptarse, hacer frente a la adversidad y contribuir a la construcción de la comunidad^{30,31}.

3. ESTIGMA, DERECHOS HUMANOS Y RECUPERACIÓN

3.1. IMAGEN SOCIAL

A pesar de los avances en la integración de las personas con problemas de salud mental logrados con el modelo de atención comunitario, y con las diversas estrategias autonómicas, nacionales e internacionales para incrementar la sensibilización social sobre las enfermedades mentales y para reducir el estigma y la exclusión³², persiste una imagen social negativa de estas personas, favorecida por los prejuicios y falsas creencias.

Aspectos como que la enfermedad mental “no tiene remedio”, ni posibilidades de recuperación, cuando la evidencia muestra la gran variabilidad que existe en el pronóstico y la recuperación de una vida plena y con significado para la persona, o que el diagnóstico caracteriza completamente a la persona con un problema de salud mental, eliminando cualquier otro aspecto personal e individual, siguen formando parte de las creencias colectivas erróneas en torno a la enfermedad, que contribuyen muy negativamente a su imagen social, y a la esperanza en la recuperación que puedan tener las personas afectadas y sus familias.

Falsas creencias como que la enfermedad mental es “poco frecuente”, cuando 1 de cada 4 personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida³³, o que la propia persona “es culpable” de su enfermedad y “no hace nada por remediarla”, o que es el “ambiente familiar y la educación recibida” los que ha propiciado que aparezca la enfermedad, con el enorme sufrimiento que ello conlleva, son entre otras, falsas creencias que aún persisten, a las que las personas con problemas de salud mental tienen que enfrentarse.

Pero la mayor parte del rechazo emocional y la distancia social que la ciudadanía sigue mostrando hacia estas personas, se explica por la falsa creencia que asocia enfermedad mental y peligrosidad^{34,35}. A pesar de la existencia de estudios que demuestran que no son más peligrosas que el resto de las personas, y que la gran mayoría no comete ni cometerá nunca actos violentos, equiparando las cifras de violencia entre la personas con enfermedad mental, a las que se dan en el resto de ciudadanos/as³⁶ y a pesar de las iniciativas enfocadas a mejorar un tratamiento más justo de la información por parte

de los medios de comunicación^{32,33,37}, la enfermedad mental sigue siendo la “presunta culpable” de la criminalidad existente en nuestra sociedad³⁸.

La imagen social, configurada por las falsas creencias y estereotipos, hace que la sociedad sienta y actúe de forma discriminatoria hacia las personas con problemas de salud mental, lo que supone una situación de exclusión en muchas esferas de sus vidas, que les impide participar de forma efectiva en la sociedad, sin discriminación, en igualdad de condiciones que todas las demás, tal como expresa la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad³⁹.

La sociedad percibe esta situación de exclusión como derivada de su diagnóstico, y no de las barreras sociales que existen para su participación real y efectiva⁴⁰, y esta situación de exclusión, refuerza aún más las falsas creencias, configurando un círculo vicioso que resulta en extremo difícil de romper: el estigma⁴¹.

3.2. ESTIGMA SOCIAL, AUTOESTIGMA Y SUS CONSECUENCIAS EN LAS VULNERACIONES DE DERECHOS HUMANOS

En la actualidad, el estigma es considerado el mayor inconveniente para la recuperación de las personas con enfermedad mental; las personas no sólo tienen que afrontar los problemas derivados de los síntomas de su enfermedad, sino los derivados del rechazo, la marginación y el desprecio social, que a menudo, llegan a causar más sufrimiento que la propia enfermedad^{42,43}.

La importancia creciente otorgada al estigma ha derivado en avances en la investigación, ha mejorado el conocimiento no sólo de la percepción social existente en torno a las personas que sufren problemas de salud mental, sino también en las experiencias de discriminación que sufren las personas y en qué ámbitos de sus vidas tiene consecuencias negativas.

El estigma afecta a múltiples aspectos de la vida de las personas, incluida la atención sanitaria; en ocasiones, debido a no querer ser etiquetadas con un diagnóstico, las personas buscan ayuda de forma tardía, lo que supone un retraso en el diagnóstico y tratamiento, y abandonos de tratamiento cuando perciben mejoría.

También tiene implicaciones en que las personas no sean adecuadamente atendidas por problemas físicos en los centros de salud por tener problemas de salud mental. La formación en materia de salud mental en atención primaria es más bien escasa, cuando la mayoría de los problemas de salud mental de la población se atienden en este nivel asistencial^{33,44}.

Debido al estigma, la atención a la salud física de las personas con problemas de salud mental, no siempre es adecuada; a menudo se produce una atribución inadecuada de los síntomas físicos que comunica el paciente, como manifestación de su trastorno mental, impidiendo el diagnóstico y tratamiento del problema físico. Otras deficiencias en la atención a la salud integral, derivadas del estigma, son no confiar en las posibilidades de autocuidado y adopción de hábitos de vida saludables e infravalorar el problema físico, respecto al problema mental, y no atender el primero adecuadamente^{44,45,46}. Junto a los hábitos de vida poco saludables y a los efectos secundarios de la medicación, las consecuencias del estigma se traducen en que las personas con trastorno mental presentan muy pobres resultados en términos de morbilidad y mortalidad^{47,48,49}.

Todas las consecuencias negativas del estigma, se incrementan cuando se ve afectada la percepción que tiene la persona de sí misma; cuando la persona asume como verdadera la imagen social que existe sobre las personas que padecen enfermedades mentales y vuelve las actitudes negativas hacia ella misma, las asume como legítimas, lo que da lugar al autoestigma; la pérdida de confianza y estima y el acusado sentimiento de inutilidad causado por el autoestigma afectan gravemente a la vida de las personas y a sus procesos de recuperación^{50,51}. El autoestigma se ve agravado por la imagen que proyectan los medios de comunicación, por el trato recibido en las intervenciones policiales y judiciales, incluso por el trato ofrecido por los profesionales de atención socio-sanitaria, etc.

El autoestigma, conduce a que las personas se anticipen a una situación en la que puedan verse discriminadas, y decidan por sí mismas no participar de las posibles oportunidades que tengan para mejorar su inclusión social; no acudir a una selección para obtener un empleo, no intentar relacionarse con amigos/as o formar una familia, no intentar realizar estudios, no buscar ayuda o apoyo cuando lo necesitan, en su ámbito familiar, o en los servicios de atención sanitaria y social, son aspectos en los que la discriminación *anticipada* adquiere “fuerza” por la experiencia de discriminación real⁵².

El efecto de autoestigma es mayor cuanto mayor es el grado de acuerdo de la persona con el estereotipo, socavando la propia valoración, afectando a la percepción de autoeficacia, e impidiendo

que la persona se plantee por sí misma conductas relacionadas con sus objetivos vitales⁵³, lo que afectará muy hondamente a su proceso de recuperación. El autoestigma influye en la decisión individual de “no participar” en las oportunidades que se le puedan brindar o a las que pueda acceder, impactando también en las aspiraciones u objetivos personales.

La familia también se ve frecuentemente afectada por el estigma social; el sentimiento de vergüenza, de culpa, conlleva sufrimiento y ocultación⁵⁴ lo que dificulta, también las posibilidades de integración y recuperación de las personas, y de sus cuidadores/as y familiares.

El estigma supone múltiples formas de discriminación que afectan al ámbito público y privado de la vida de las personas, que de forma voluntaria e involuntaria, se manifiestan no sólo en comportamientos individuales, sino también en acciones legislativas, políticas, estratégicas, programáticas, etc. que suponen vulneraciones de derechos en diversas esferas de la vida de las personas⁵⁵.

Quienes legislan, programan y proyectan sobre asuntos que afectan a las personas con problemas de salud mental forman parte de la sociedad y cómo tales comparten muchas de las actitudes estigmatizantes existentes. A pesar de los avances legislativos en contra de la discriminación a nivel internacional, que son legalmente vinculantes para España⁵⁶, aún es necesario un esfuerzo legislativo a nivel estatal y autonómico de adaptación a esta normativa internacional, para que la vulneración de derechos que sufren las personas con enfermedad mental, derivada del estigma social, sea perseguida legalmente como un acto discriminatorio.

Andalucía está tratando de avanzar legislativamente en este sentido con la preparación de una ley sobre los derechos de las personas con discapacidad, en la que se harán referencias explícitas a la atención del colectivo de personas con problemas de salud mental⁵⁷.

En el ámbito específico de la atención sanitaria y social a las personas con problemas de salud mental, debido al estigma, también ocurren situaciones discriminatorias, que suponen que las personas con problemas de salud mental no son tratadas como el resto de las personas. El Grupo de Derechos Humanos y Salud Mental, vinculado al II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, partiendo de los derechos contemplados en la Convención sobre los Derechos de la Personas con Discapacidad⁵⁶ considera que es necesario *reemplazar los procedimientos basados en la identificación de la*

incapacidad y en la sustitución de la voluntad de la persona, por sistemas que en su lugar potencien la voluntad y establezcan la provisión de apoyos, flexibles y adecuados a cada persona, a cada decisión concreta y a cada momento. También identifica la necesidad de hacer conscientes a los servicios y a los propios profesionales de que se vulneran derechos con ciertas prácticas en la atención sanitaria y social, de forma especial en todo lo relacionado con los ingresos involuntarios y el uso de las contenciones mecánicas, poniendo de manifiesto la gran variabilidad y en cierto modo arbitrariedad en su uso⁵⁸.

3.3. REACCIONES CONTRA EL ESTIGMA, LA VULNERACIÓN DE DERECHOS Y EL FOMENTO DE LA RECUPERACIÓN

El efecto del estigma social no es el mismo en todas las personas; si bien algunas personas internalizan el mensaje estigmatizador, sufren una clara disminución de la autoestima y bajan su percepción de autoeficacia, esta realidad es extrapolable a la mayor parte de las personas con problemas de salud mental, la investigación muestra, sin embargo, que cada vez hay más personas que tienen un efecto reactivo a los estereotipos, mostrando indiferencia o indignación y que reaccionan empoderándose, afectando positivamente a su recuperación.

Este efecto reactivo contra el estigma, está relacionado con el fortalecimiento o empoderamiento de los movimientos asociativos de usuarios/as de los servicios, a nivel mundial⁵⁹. Las personas al interactuar con los miembros de su propio grupo, a través de las actividades ofertadas por las asociaciones, desarrollan percepciones más positivas de sí mismos, y ello favorece su recuperación.

El papel de los servicios de atención sanitaria y social a la salud mental, y de las prácticas profesionales en potenciar el aspecto defensivo o reactivo del estigma, también desempeñan un papel clave. Favorecer espacios de participación de las personas en las relaciones con los servicios, a nivel individual y colectivo, facilita que las personas se empoderen, asuman su propio rumbo y participen de forma activa de las decisiones que les afectan.

En todos los países occidentales se está promoviendo una reorientación de los servicios y las prácticas profesionales hacia la recuperación; que haya una mayor atención a las posibilidades y las fortalezas de las personas, y no sólo a los déficits y reducción de los síntomas. Este enfoque favorece relaciones

alejadas de la dependencia del/la usuario/a de los/as profesionales y los servicios; pone en valor el conocimiento de las personas, basado en sus experiencias en primera persona, y no sólo las decisiones en función de lo que la evidencia recomienda para eliminar los síntomas de la enfermedad. Se trata de favorecer que las personas estén más empoderadas, reaccionen mejor al estigma, con más confianza en la consecución de sus objetivos individuales, defendiendo mejor sus derechos, en definitiva con un papel más activo en la mejora de su calidad de vida según sus deseos, expectativas y necesidades, y no sólo desde la perspectiva del tratamiento de la patología mental^{60,61,62}.

En Andalucía, y vinculado al Plan Integral de Salud Mental, a través de las actividades formativas, así como actividades de difusión y sensibilización se ha potenciado no sólo que la sociedad y algunos colectivos concretos sean sensibles a la discriminación que causa el estigma, sino también que los profesionales y los servicios de salud mental, sean conscientes de que el estigma es el caldo de cultivo para que existan vulneraciones de derechos en la atención sociosanitaria, y que es importante llevar a cabo prácticas más garantistas en derechos, porque ello potencia los procesos de recuperación⁶³.

El enfoque de derechos humanos en la atención, que supone tener una mirada activa dirigida a garantizar los derechos en la práctica profesional, en la planificación y gestión de los servicios, resulta muy útil para potenciar el enfoque de la recuperación en los servicios; no sólo se trata de trabajar para que los/as usuarios/as de los servicios estén empoderados, a través de la promoción de sus capacidades y fortalezas; se trata también de exigir que las instituciones cumplan con su deber de respetar, proteger y hacer cumplir los derechos⁶⁴. Esto supone un valor añadido el enfoque de la recuperación; la asimetría de poder existente entre profesionales y usuarios/as, determina que la persona, a pesar de estar empoderada, no consiga reclamar sus derechos, y es la institución quién debe velar porque le sean garantizados, lo que en definitiva fomentaría un reequilibrio de poder⁶⁵. En este sentido, la Convención⁵⁶ proporciona un instrumento útil para orientar las prácticas hacia la recuperación, velando por los derechos humanos en la atención a las personas con enfermedad mental.

El conocimiento de todas las partes afectadas (usuarios/as, familias, profesionales de la atención sociosanitaria, políticos y gestores de la salud mental, etc.) en torno a las consecuencias del estigma y la vulneración de derechos que puede suponer, y las posibilidades que ofrece el enfoque de la recuperación, ha servido para que se incrementen el número de iniciativas enfocadas a la lucha contra

el estigma y la defensa de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental, en todos los países occidentales^{32,33,41,42}.

Institucionalmente se ha producido una atención creciente a la lucha contra el estigma en todos los países occidentales, y lo que promovió que en el año 2012 se creara la *Global Alliance Against Stigma*, una red de iniciativas mundiales para compartir el conocimiento sobre métodos y actividades en la eliminación del estigma³² de la que forma parte la estrategia andaluza contra el estigma 1decada⁴². Organismos internacionales como la OMS⁴¹ y la Unión Europea han promovido el intercambio de experiencias entre países⁴² y a nivel autonómico y local en nuestro entorno, también se ha avanzado en compartir recursos, proyectos, estrategias y buenas prácticas contra el estigma. La creación en el año 2006 del Grupo de Sensibilización sobre la Enfermedad Mental, vinculado al Plan Integral de Salud Mental es una prueba de ello, lo que ha permitido la realización de actividades conjuntas, compartiendo enfoques y recursos, como por ejemplo las convocatorias de premios contra el estigma de Andalucía⁶⁶. Forman de este grupo el Servicio Andaluz de Salud (SAS), la Fundación Pública para la Integración Social de las Personas con Enfermedad Mental (FAISEM), la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), En Primera Persona y la Federación Andaluza de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) Andalucía.

Sin duda, el papel de los movimientos asociativos de personas afectadas y sus familias son claves en la lucha contra el estigma, la defensa de los derechos y el fomento de la recuperación. En un apartado posterior, se describen las redes de apoyo mutuo existentes en Andalucía, así como los avances que se han producido en este campo en los últimos años.

4. FACTORES DE RIESGO PARA LA ENFERMEDAD MENTAL

La relación entre factores de riesgo y trastornos mentales cuenta con una extensa evidencia. 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 o de activos para la salud mental 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 sus características⁶⁷.

Los trastornos mentales que sufren las personas y las familias, están inseparablemente vinculados al estigma, la discriminación y las violaciones de los derechos humanos, como ya se ha comentado en el apartado anterior. Por lo menos en parte, estos fenómenos son consecuencias de una creencia general de que no existen modalidades efectivas de prevención o tratamiento contra estos trastornos. La prevención efectiva puede influir mucho en el cambio de estas percepciones y así cambiar la forma en que la sociedad concibe los trastornos mentales.

Sin embargo, los problemas de los derechos humanos van más allá de las violaciones específicas a las que están expuestas las personas con trastornos mentales. En efecto, las limitaciones en los derechos humanos básicos de individuos y comunidades vulnerables, pueden actuar como poderosos determinantes de los trastornos mentales. Por lo tanto, no es de sorprender que muchas de las medidas de prevención efectivas estén en armonía con los principios de igualdad social, igualdad de oportunidades e igualdad de atención de los grupos más vulnerables en la sociedad.

La alta frecuencia de trastornos mentales comunes y fallecimientos por suicidio está asociada con la pobreza, bajos niveles educativos, fragmentación social, privación y desempleo^{68,69,70}. Las políticas intersectoriales deben priorizar actuaciones que aborden estos factores, eliminando la discriminación por etnia y género, a pesar de que la evidencia para su propia efectividad no sea, en ocasiones, suficiente para la prevención de trastornos mentales específicos. Y más aun en los momentos actuales, que como veremos en el siguiente apartado, la crisis ha incrementado las desigualdades y deteriorado aún más las condiciones de vida de las poblaciones vulnerables.

Centrándonos en los niveles de ingresos económicos, *la pobreza* es, además de un problema de justicia social de primer orden, un factor de riesgo que aumenta la probabilidad de padecer problemas de salud mental, como también ocurre con otras formas de exclusión social, como las que padecen determinados colectivos (p.e. población penitenciaria, personas sin hogar, población inmigrante en situación de irregularidad, etc.)⁶⁷.

Un colectivo claramente afectado por la pobreza es la infancia y la adolescencia, en la medida que impacta directamente en las familias. La tensión en el entorno familiar puede conducir, en ocasiones, a aumento en la violencia y el abandono infantil. Los niños pueden verse en la situación de tener que prestar apoyo y cuidados a otros miembros de la familia. El impacto de la pobreza extrema en los niños puede incluir déficits en el desarrollo cognitivo, emocional y físico, y las consecuencias sobre la salud y el bienestar pueden durar toda la vida⁷¹. Así mismo, el estrés económico, a través de su influencia en la salud mental de los padres, la interacción de la pareja y la parentalidad, impactan en la salud mental de los niños y adolescentes^{72,73}.

En relación a la *situación laboral*, las personas de baja laboral 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 estable⁷⁴. En este ámbito, el desempleo de larga duración tiene una enorme repercusión en el bienestar subjetivo y es el colectivo donde se observa los mayores niveles de exclusión social⁷⁵.

Además, 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 padecen⁷⁶.

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 ansiedad⁶⁷.

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 soportan⁷⁴. 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 suicidio⁷⁷.

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 la tarea de atender el cuidado del hogar y de la familia (trabajo reproductivo), 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). 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 está influyendo de forma decisiva en la disponibilidad de tiempo de reposición (de descanso y de ocio), con las consiguientes repercusiones en la salud física y mental de quienes asumen esa doble carga.

La salud mental también interrelaciona con la *salud física*. Por ejemplo, la enfermedad cardiovascular puede producir depresión y viceversa, sin olvidar que ambas pueden estar relacionadas a través de factores comunes de riesgo como podrían ser los estilos de vida poco saludables. Esta interrelación (salud física/mental) tiene especial relevancia en la etapa de envejecimiento, 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 sociales⁷⁸.

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 mayores, 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 inactividad⁷⁹.

Y para terminar, en Andalucía contamos con los resultados de un estudio de prevalencia de trastorno mental y sus factores asociados (PISMA-ep) cuyos datos pueden consultarse en el apartado de “Prevalencia de enfermedad mental en Andalucía” de este mismo documento. En concreto, en la Tabla **5** se muestran los factores de riesgo de los trastornos mentales de dicho estudio.

5. CRISIS Y SALUD MENTAL

Aunque no existe consenso sobre la fecha de comienzo de la actual crisis financiera, lo cierto es que la mayoría de los países europeos están sufriendo en los últimos 5 años y en mayor o menor medida consecuencias derivadas de una crisis que además de su vertiente económica se ha convertido en una auténtica crisis social.

Posiblemente sea demasiado pronto para percibir grandes efectos en la salud general de la población, no obstante, ya existen algunos estudios que apuntan a los efectos negativos de la crisis sobre la salud de las personas, y en particular en lo relativo a la salud mental. Un indicador especialmente sensible parece ser el del número de suicidios, habiéndose ya observado un aumento en la tasa de suicidios consumados en países como Irlanda⁸⁰ y Reino Unido⁸¹ o un incremento en el número de intentos en Grecia⁸², uno de los países europeos más afectados por la crisis económica.

Las actuales políticas de restricción del gasto público en la mayoría de los países no sólo inciden directamente en la salud a través de la rebaja de los presupuestos en sanidad, sino que además provocan efectos colaterales debidos a una disminución de la cobertura social consecuencia de los recortes en educación y sistemas de protección social. Unas decisiones, tal vez excesivamente economicistas, que pueden poner en riesgo a personas especialmente vulnerables y deteriorar a largo plazo su salud, especialmente la salud mental, y con ella la de sus familias y entorno.

La relación entre crisis y salud mental es especialmente importante debido a los múltiples factores de carácter socioeconómico que se asocian con una peor salud mental de las personas, tales como la pobreza, bajos niveles educativos, fragmentación y desigualdad social, desempleo, etc. Por ejemplo personas en situación de desempleo o pobreza presentan un riesgo significativamente mayor que la población general de padecer depresión, alcoholismo o suicidio^{83, 84}. O el caso de las deudas y problemas de pago de la vivienda, que conducen a un mayor riesgo de padecer trastornos mentales comunes^{85, 86}.

Además, la crisis incide sustancialmente en las personas más pobres y con menos recursos, lo que hace que se afecten en mayor medida los grupos especialmente vulnerables y esto aumente las desigualdades y la brecha social ya existente entre clases.

Según resultados de la Encuesta Europea sobre Calidad de Vida del año 2011⁸⁷, las personas con bajo nivel de ingresos manifestaron haber tenido más problemas con su salud y con el acceso a los servicios sanitarios. Y también se percibió una peor salud subjetiva por parte de colectivos afectados de forma importante por la crisis como las personas desempleadas, con bajo nivel de ingresos o de mayor edad, al menos en ciertos países europeos.

En el caso de España existe amplia bibliografía anterior a la crisis apoyando que las dificultades económicas afectan negativamente a la salud mental de las personas. Y ya centrándose en el periodo de crisis, el Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria SESPAS de 2014⁸⁸ recoge varias informaciones al respecto, empezando por el consenso existente en cuanto a la asociación entre la mala salud mental y los periodos de recesión económica.

El mismo informe plantea que según el estudio IMPACT los trastornos mentales más comunes se han incrementado significativamente en las consultas de atención primaria entre 2006 y 2010. Por ejemplo se observa un incremento de en torno al 19,4% en trastornos depresivos mayores, un 8,4% en trastornos de ansiedad generalizada o un 7,0% que suman los trastornos de dependencia o abuso del alcohol. Y también se observa un aumento considerable en el consumo de psicofármacos, especialmente en el caso de los antidepresivos, cuyo consumo se incrementó alrededor del 10% en cuatro años, entre 2009 y 2012.

Sin embargo en dicho informe no se aprecia un aumento significativo en el número de suicidios en España, existiendo una importante controversia en torno a este tema con artículos publicados en ambos sentidos, aquellos que no observan un incremento en la mortalidad por suicidio o no lo consideran significativo y aquellos que sí asumen dicho incremento y lo estiman de manera significativa. Lo curioso es que en ocasiones se utiliza incluso la misma fuente de datos para terminar en conclusiones diferentes.

En el caso de Andalucía, un estudio que analiza la evolución del número de suicidios entre 1975 y 2012⁸⁹ concluye que se han incrementado tanto las tasas brutas como las ajustadas para todos los grupos de edad y sexo, salvo para el de mujeres mayores de 65 años. El comportamiento de los diferentes grupos ha sido distinto a lo largo del periodo, destacando el porcentaje de cambio anual del 1,2% que se ha estimado para los hombres de entre 15 y 44 años.

Como se puede observar en el apartado dedicado a suicidio y enfermedad mental, las tasas ajustadas de suicidio obtenidas de las estadísticas de Defunciones según causa de muerte del Instituto Nacional de Estadística han variado entre 2002 y 2012 sin apreciarse un incremento significativo, aunque especialmente en hombres los valores de la serie andaluza son considerablemente mayores a la española. En el caso de las mujeres las fluctuaciones y las diferencias son menores, aunque también las tasas de Andalucía se mantienen por encima de las calculadas para España en su conjunto.

6. SALUD MENTAL AUTOPERCIBIDA

En el documento sobre Indicadores de Salud Mental⁹⁰ publicado recientemente por el Servicio de Epidemiología y Salud Laboral de la Consejería de Salud se destaca que según la **Encuesta Andaluza de Salud (EAS) de 2011**, el porcentaje de personas en Andalucía que manifestaron padecer problemas de nervios, depresión u otros trastornos mentales fue del 2,7%, lo que supone un incremento respecto al 2,3% observado en la encuesta del año 2007 y el 1,5% del año 2003. Además se observa una importante brecha entre ambos sexos ya que las mujeres casi triplican el porcentaje de los hombres con este tipo de problemas (3,9% frente al 1,4%).

Además de esta diferencia por sexo, hay diferencias en cuanto a otras variables sociodemográficas, siendo mayor la prevalencia de estos problemas de ansiedad y depresión en el grupo de edad de entre 45 y 75 años, cuanto menor en la renta familiar o el nivel de estudios y también en los grupos de personas jubiladas, personas que mantienen el hogar sin remuneración y personas con algún tipo de incapacidad o invalidez permanente.

En cuanto al porcentaje de personas que tuvieron algún problema emocional^A en las últimas 4 semanas que afectara a su trabajo o a sus actividades cotidianas, dicho porcentaje fue de 14,0% en mujeres y de un 6,5% en hombres. Para todos los grupos de edad, el porcentaje en mujeres es superior siendo de un 18,5% en el grupo de 51-64 años y de un 26,9% en el grupo de las mayores.

Respecto a la depresión y ansiedad, de las personas encuestadas un 7,8% dijeron que un médico les había diagnosticado de estas patologías lo que supone un 2,4% más que el valor observado en la encuesta realizada el año 2007. También habría un 0,7% de la población a la que un médico le dijo que padecía otro tipo de trastornos mentales.

No obstante, la distribución de estos problemas de ansiedad y depresión es bastante desigual según edad y sexo, siendo el porcentaje de personas que dicen haber sido diagnosticadas del 11,6% en mujeres frente al 4,0% en hombres e incrementándose con la edad desde el 1,7% en el grupo de población menor de 30 años hasta el 13,7% en mayores de 60 años para ambos sexos. La mayor

^A Problema emocional como estar triste, deprimido o nervioso.

frecuencia de estos diagnósticos se concentra en el grupo de edad entre los 55 y los 75 años o más y tiene su pico máximo entre los 55 y los 64 años.

Estos diagnósticos de ansiedad y depresión también son más frecuentes cuanto menor es la renta familiar o el nivel de estudios de las personas, y al igual que ocurría con los problemas autorreportados, se dan más en el caso de personas jubiladas, personas que mantienen el hogar sin remuneración y personas con incapacidad permanente de ambos sexos.

Respecto al componente mental del cuestionario SF-12 (Short Form 12 Health Survey) incluido en la misma encuesta, se observa una media de 50,6 (desviación típica 9,2) para el conjunto de la población andaluza, mientras que los valores son diferentes para hombres (51,8 de media) y para mujeres (49,1 de media). Teniendo en cuenta que la escala se mueve entre 0 (peor estado de salud) y 100 (estado mejor), estos valores indicarían que las mujeres andaluzas perciben que tienen una peor salud mental que los hombres.

Estas puntuaciones medias del SF-12 disminuyen conforme aumenta la edad, con un valor máximo de 53,3 en el grupo de personas de entre 16 y 24 años, llegando a bajar del valor 50 sólo a partir de los 55 años.

La tendencia es la contraria al centrarse en el nivel de estudios, de forma que cuanto mayor es el nivel de estudios alcanzado por la persona, mejor es la percepción de la salud mental, moviéndose la media entre el 49,5 del grupo de personas con sólo estudios primarios y el 52,9 de las personas con estudios universitarios. Algo parecido ocurre con el nivel de ingresos: a mayor nivel de ingresos mejor salud mental percibida.

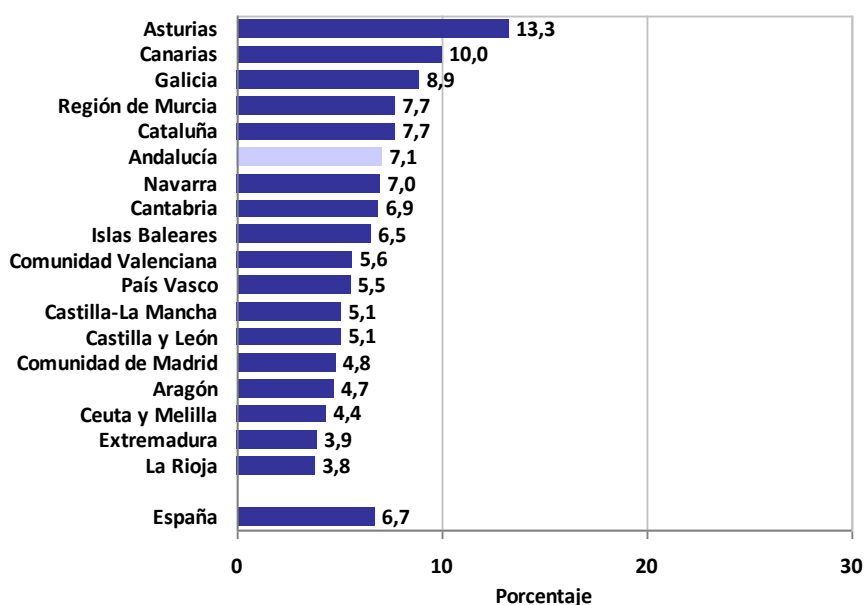
Al analizar la **Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2012**, las personas mayores de 15 años que declararon haber padecido de “ansiedad, depresión u otro trastorno mental” en los últimos 12 meses supusieron en Andalucía un 11,3% de la población, porcentaje muy similar al 10,8% observado en el conjunto de España. Además existen diferencias importantes según sexo, ya que el porcentaje en hombres fue del 7,1% (6,7% para el conjunto del país), menos de la mitad del porcentaje en mujeres (15,4% en Andalucía y 14,7% en España).

Estos porcentajes se incrementan hasta el 13,6% de la población andaluza (9,0% en hombres y 18,0% en mujeres) al considerar las personas que dijeron haber padecido trastornos mentales alguna vez en la vida. En el conjunto de España el porcentaje es del 13,0% (8,2% en hombres y 17,5% en mujeres). Si se tiene en cuenta la gente que dijo haber sido diagnosticada por un médico de algunos de estos problemas de salud mental, los porcentajes son similares a los de los trastornos percibidos en los últimos 12 meses: 11,6% en Andalucía (7,4% en hombres y 15,6% en mujeres) y 11,5% en el conjunto del país (7,0% en hombres y 15,9% en mujeres).

Además, el 4,0% de la población andaluza habría consumido antidepresivos o estimulantes, no necesariamente prescritos por personal facultativo, en las 4 semanas previas a la realización de la encuesta (frente al 4,3% en el conjunto de España) y el 12,0% dijo haber consumido tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir (10,9% para la población española).

Por sexo, se observa que el 7,1% de los hombres andaluces declararon haber padecido depresión, ansiedad u otros trastornos mentales en los últimos 12 meses (Gráfico 4), valor por encima de la media española (6,7%). En comparación con el resto de las Comunidades Autónomas (CCAA), Andalucía ocupa el sexto puesto. Asturias es la comunidad que presenta el valor máximo con un porcentaje del 13,3%, mientras que La Rioja tendría el porcentaje más bajo (3,8%).

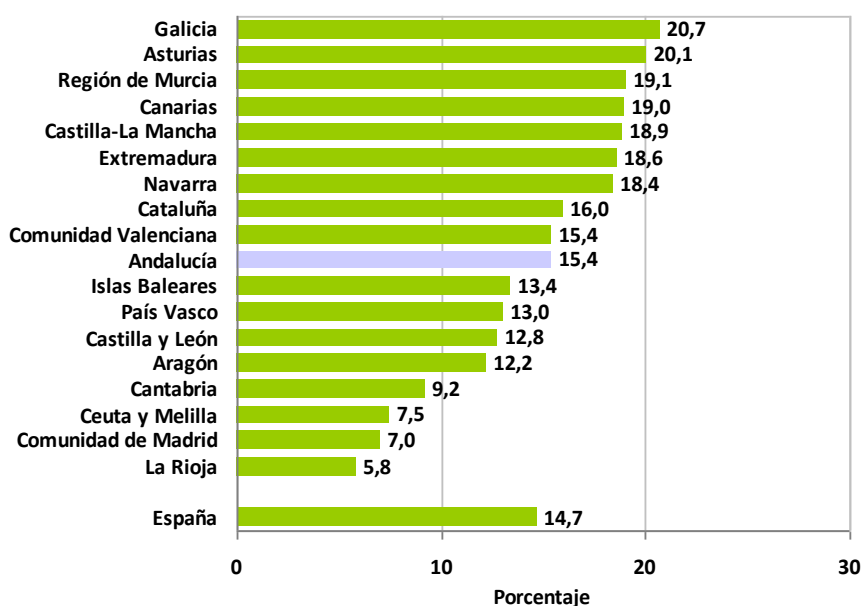
Gráfico 4. Hombres con depresión, ansiedad u otros trastornos mentales en los últimos 12 meses según CCAA. España, 2012.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En el caso de las mujeres que declararon padecer en el último año alguno de estos problemas (Gráfico 5), Andalucía ocupa la novena posición, con un porcentaje del 15,4%, por encima también de la media española que se sitúa en el 14,7%. Galicia (20,7%) sería la comunidad con mayor porcentaje y La Rioja (5,8%) volvería a ocupar el último lugar, al igual que ocurría con los hombres.

Gráfico 5. Mujeres con depresión, ansiedad u otros trastornos mentales en los últimos 12 meses según CCAA. España, 2012.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

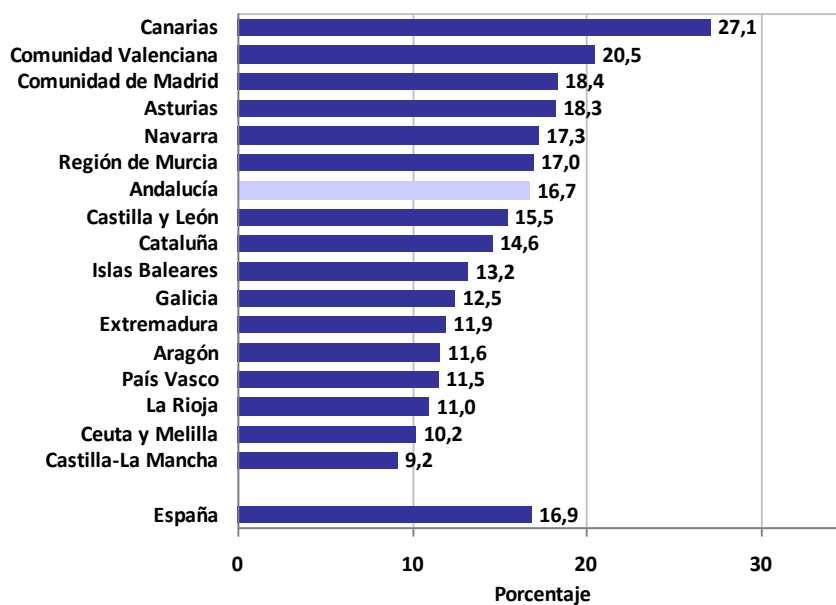
La Encuesta Nacional de Salud también permite medir la prevalencia de casos probables de morbilidad psiquiátrica o padecimiento psicológico en la población, en términos de riesgo de mala salud mental valorado mediante el cuestionario GHQ-12 (General Health Questionnaire).

En Andalucía se estima que el 21,1% de la población con 16 años o más presenta riesgo de padecer alguna patología mental, con porcentajes diferentes en hombres (16,7%) y mujeres (25,4%). Estos valores son similares a los obtenidos para el conjunto de España: 20,5% en global, 16,9% en hombres y 23,9% en mujeres.

Al comparar por sexo los datos obtenidos para las diferentes comunidades autónomas, Andalucía ocupa el octavo lugar en el caso de los hombres. El valor máximo corresponde a Cantabria, que presenta un porcentaje del 65,3%, muy por encima del resto y posiblemente influenciado por el escaso

tamaño de la muestra. Le sigue Canarias, con un porcentaje de riesgo de mala salud mental del 27,1%. El mínimo se observa para la comunidad de Castilla-La Mancha (9,2%).

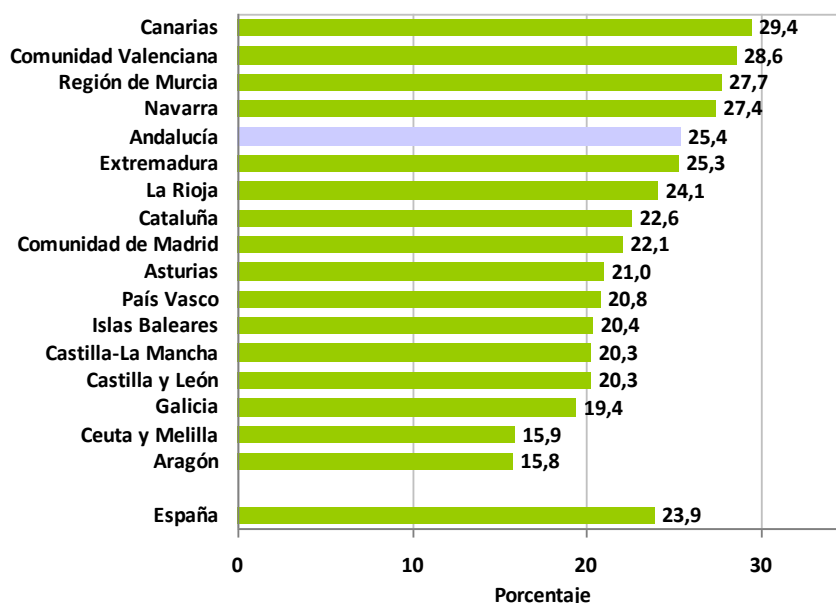
Gráfico 6. Hombres en riesgo de mala salud mental según CCAA. España, 2012.



*Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
Nota: no se muestra el valor de la CCAA de Cantabria por considerarse un valor extremo.*

En el caso de las mujeres (Gráfico 7), Andalucía ocupa la quinta posición, sin tener en cuenta nuevamente el valor extremo de Cantabria (59,1%). Con esta excepción, la comunidad donde el porcentaje es mayor es Canarias (29,4%), y Aragón (15,8%) es la que presenta menor porcentaje.

Gráfico 7. Mujeres en riesgo de mala salud mental según CCAA. España, 2012.



*Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
Nota: no se muestra el valor de la CCAA de Cantabria por considerarse un valor extremo.*

A comparar los datos obtenidos en la encuesta 2012 con los del año 2006, se observa un incremento en el porcentaje de hombres andaluces en riesgo de mala salud mental, que pasa de 14,6% al 16,6%. Dicho porcentaje en mujeres no varía, manteniéndose en el 25,4%.

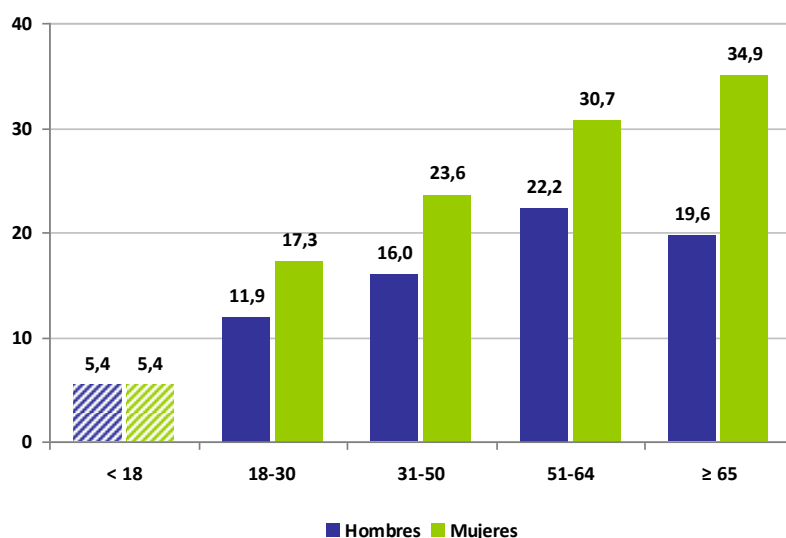
Estos datos son similares a los obtenidos para el conjunto de España. En población de entre 16 y 64 años⁹¹ se observa un incremento en el caso de los hombres (con una ratio entre la prevalencia de ambos años de 1,15 con IC al 95% de 1,04-1,26), mientras que el porcentaje en mujeres disminuiría ligeramente (ratio de 0,92 con IC al 95% de 0,87-0,98).

Ya se ha visto como el riesgo de padecer alguna patología mental varía en función del sexo. A continuación se analiza este riesgo en la población andaluza según otras variables sociodemográficas que pueden influir en la salud mental de las personas. No obstante, el pequeño tamaño de las muestras puede inducir porcentajes no representativos; por este motivo se mostrarán rayados en los gráficos los valores correspondientes a grupos con menos de 50 casos.

En el Gráfico 8 se observa como el porcentaje de personas en riesgo de mala salud mental va aumentando con la edad y es mayor en mujeres que en hombres.

Además también se incrementan las diferencias entre ambos sexos, de modo que en el grupo de menores de 18 años tanto hombres como mujeres presentan el mismo riesgo (5,4%) mientras que en el grupo de mayores de 65 años el porcentaje de personas con riesgo de mala salud es casi el doble para las mujeres (34,9%) que para los hombres (19,6%).

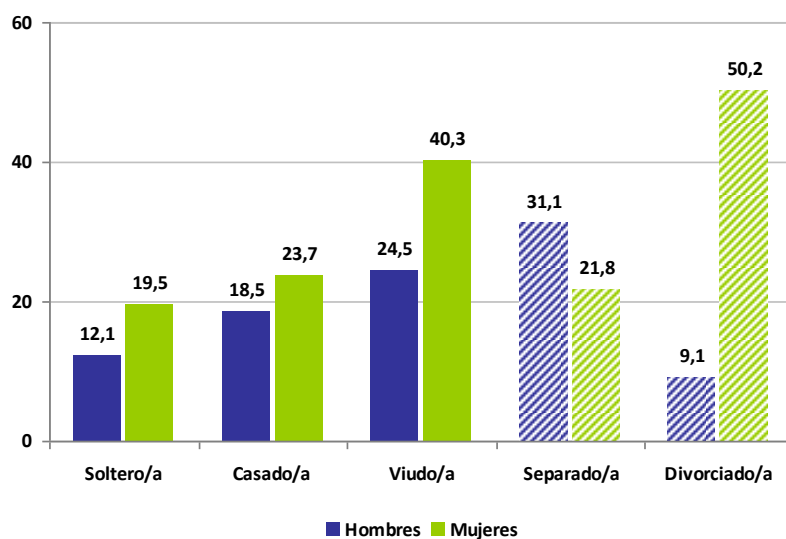
Gráfico 8. Riesgo de mala salud mental en personas adultas según grupos de edad y sexo. Andalucía, 2012.



*Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
Nota: los valores rayados correspondientes a grupos con menos de 50 casos.*

Al analizar el **estado civil** (Gráfico 9), el porcentaje de personas casadas o solteras con riesgo de padecer algún trastorno mental es menor que para personas viudas, separadas o divorciadas. Esta tendencia se observa en ambos sexos, salvo en mujeres separadas y hombres divorciados, aunque en ambos casos el escaso tamaño de la muestra puede estar influenciando el valor obtenido.

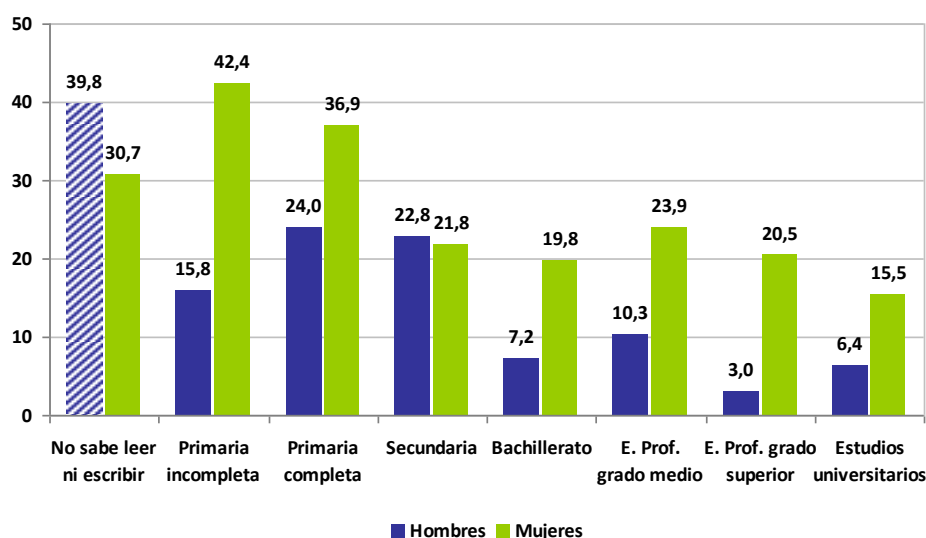
Gráfico 9. Riesgo de mala salud mental en personas adultas según estado civil y sexo. Andalucía, 2012.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
Nota: los valores rayados correspondientes a grupos con menos de 50 casos.

Al analizar el **nivel de estudios** de las personas encuestadas (Gráfico 10), se observa que existe relación entre poseer un menor nivel de estudios y presentar una mayor probabilidad de tener mala salud mental en ambos sexos en general. En el caso de los hombres, presenta mayor porcentaje de población en riesgo de mala salud mental el grupo de los que no saben leer ni escribir (39,8%), mientras que en las mujeres sería el de Educación Primaria incompleta (42,4%).

Gráfico 10. Riesgo de mala salud mental en personas adultas según nivel de estudios y sexo. Andalucía, 2012.

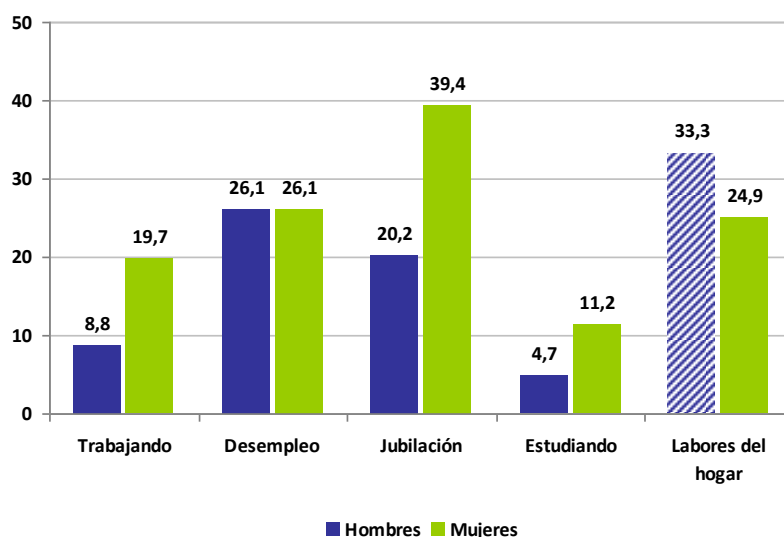


Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
Nota: los valores rayados correspondientes a grupos con menos de 50 casos.

Respecto a la **situación laboral** (Gráfico 11), las personas que están estudiando son las que presentan menor riesgo de padecer trastornos mentales, seguidas del grupo de población trabajadora, con valores más altos en las mujeres que en los hombres.

El porcentaje de personas desempleadas en riesgo de mala salud mental es mayor que la media e igual para ambos sexos (26,1%), y destaca el porcentaje del grupo de mujeres jubiladas (39,4%). También es alto el porcentaje en el grupo de mujeres dedicadas a las labores del hogar (24,9%), aunque en el caso de los hombres el tamaño de la muestra es muy pequeño.

Gráfico 11. Riesgo de mala salud mental en personas adultas según situación laboral y sexo. Andalucía, 2012.

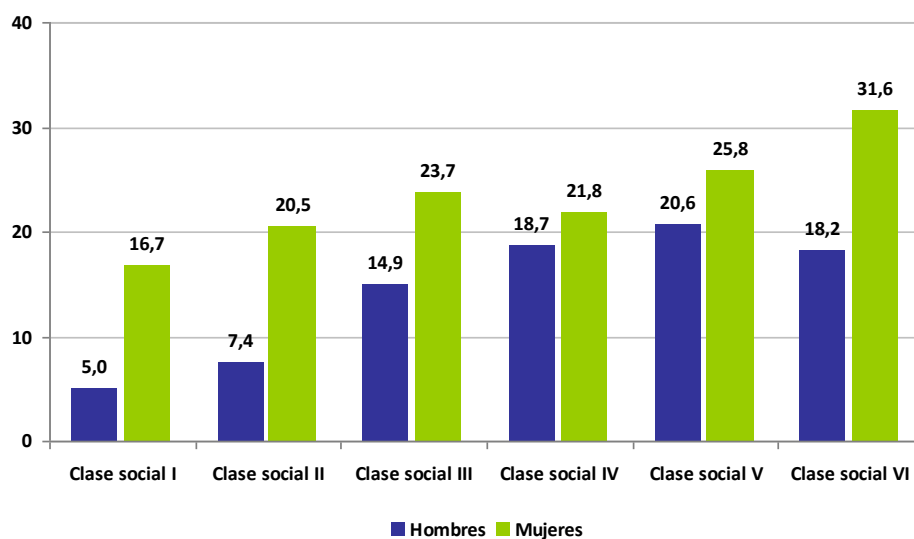


*Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
Nota: los valores rayados correspondientes a grupos con menos de 50 casos.*

En relación a la **clase social** de la persona (Gráfico 12), variable relacionada con el nivel de ingresos, la probabilidad de padecer alguna patología mental aumenta a medida que la clase social es más baja, tanto en hombres como en mujeres.

Así en la clase social I (que corresponde a directivos/as y gerentes en empresas de más de 10 trabajadores y profesiones tradicionalmente asociadas a licenciaturas universitarias) el riesgo de padecer trastornos mentales sería del 5,0% en los hombres y del 16,7% en las mujeres, mientras que en la clase social VI (trabajadores y trabajadoras sin cualificación) los porcentajes serían del 18,2% en hombres y 31,6% en mujeres.

Gráfico 12. Riesgo de mala salud mental en personas adultas según clase social y sexo. Andalucía, 2012.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

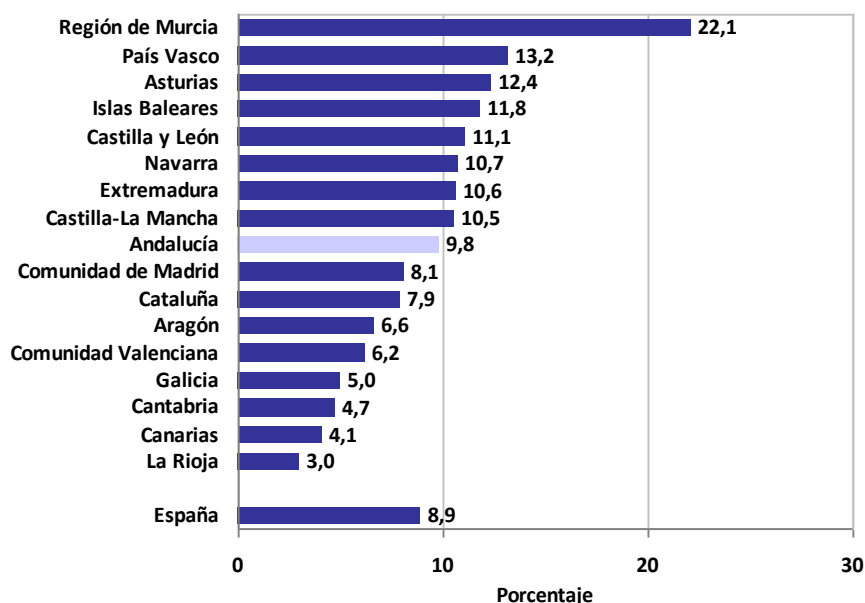
Al menos en parte, la explicación para esas diferencias encontradas, en las que en general, se aprecia un peor estado de salud mental autopercibido en el colectivo de mujeres (en igualdad de otras variables sociodemográficas), habría que buscarla incluyendo, entre las variables a analizar, qué papel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

La Encuesta Nacional de Salud del año 2012 también analiza el riesgo de mala salud mental en población menor de 15 años^B, obteniéndose tanto para Andalucía como para el conjunto de España un porcentaje del 8,2%. Diferenciando por sexo, en Andalucía el 9,8% de los niños presentan riesgo de mala salud mental, porcentaje 2 puntos mayor al observado en niñas (6,7%). En el conjunto del país se observa la misma diferencia en función del sexo, pero con una distancia menor entre ambos grupos: 8,9% en niños y 7,4% en niñas.

Andalucía es la novena comunidad con mayor porcentaje de niños en riesgo de padecer mala salud mental. La Región de Murcia (22,1%) ocupa la primera posición y La Rioja (3,0%) el último puesto (Gráfico 13), por lo que la variabilidad observada es muy importante.

^B 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.

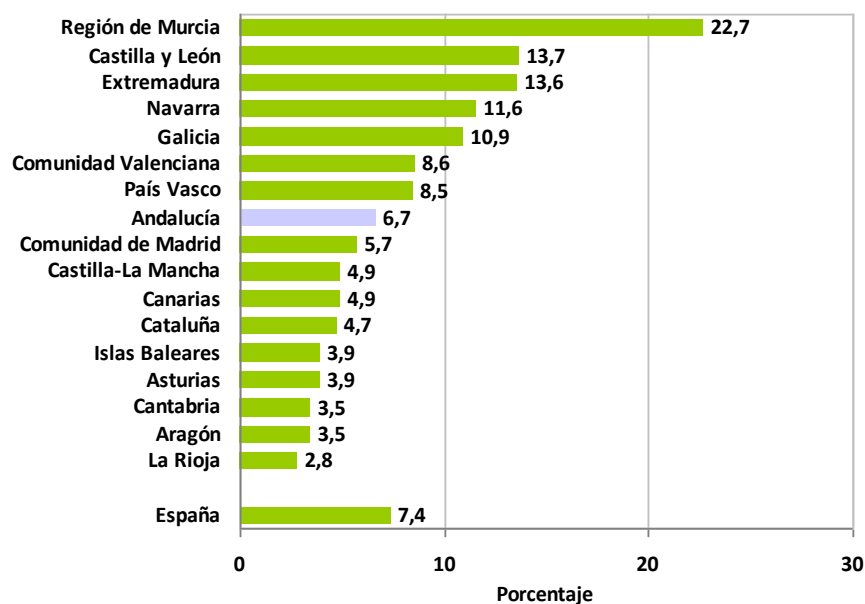
Gráfico 13. Niños en riesgo de mala salud mental según CCAA. España, 2012.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En el caso de las niñas, Andalucía ocupa el octavo puesto en cuanto a la probabilidad de padecer algún trastorno mental. La Región de Murcia vuelve a ocupar la primera posición (22,7%), mientras que en el La Rioja el porcentaje es de sólo 2,8% (Gráfico 14).

Gráfico 14. Niñas en riesgo de mala salud mental según CCAA. España, 2012.

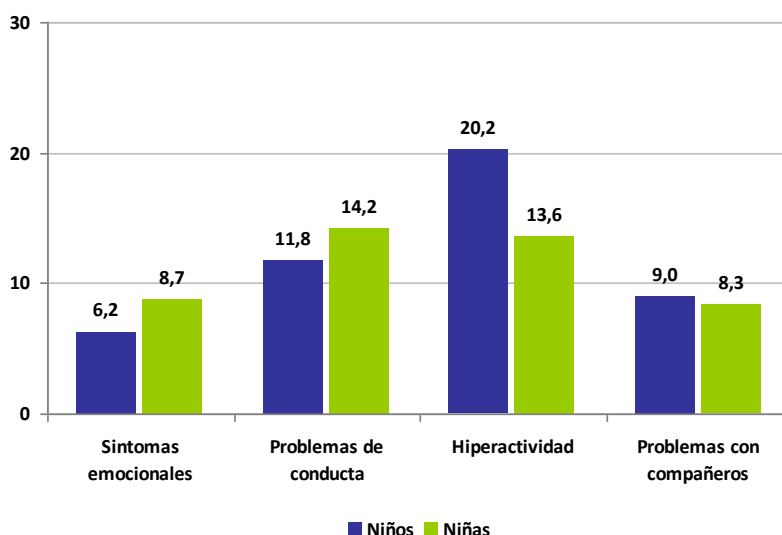


Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

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

Como puede observarse en el Gráfico 15, los niños tienen un mayor riesgo que las niñas de padecer hiperactividad (20,2% en niños frente al 13,6% en niñas) y problemas con los compañeros, mientras que en el resto de problemas de salud mental la probabilidad de aparición es mayor en niñas.

Gráfico 15. Menores en riesgo de mala salud mental según sexo y tipo de problema. Andalucía, 2012.



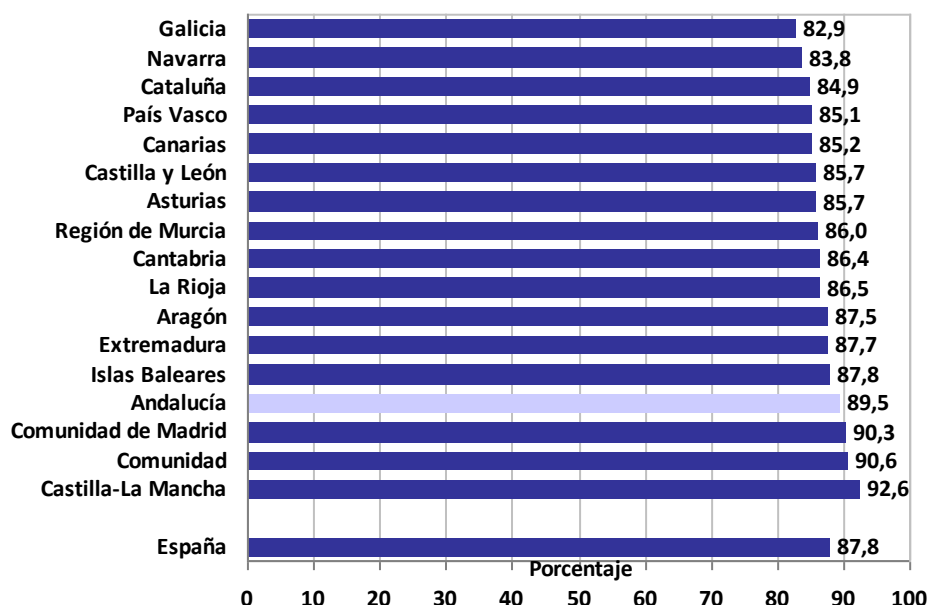
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En la ENS se analiza además, la **calidad de vida relacionada con la salud en población infantil** que comprende 10 ítems: nueve preguntas con 5 categorías de respuesta en escala likert, y una décima pregunta sobre salud general percibida. Las puntuaciones se transforman en escala de 0-100, de peor a mejor calidad de vida.

En los siguientes gráficos se muestra para cada CCAA la calidad de vida relacionada con la salud tanto para chicos como para chicas de 8 a 14 años.

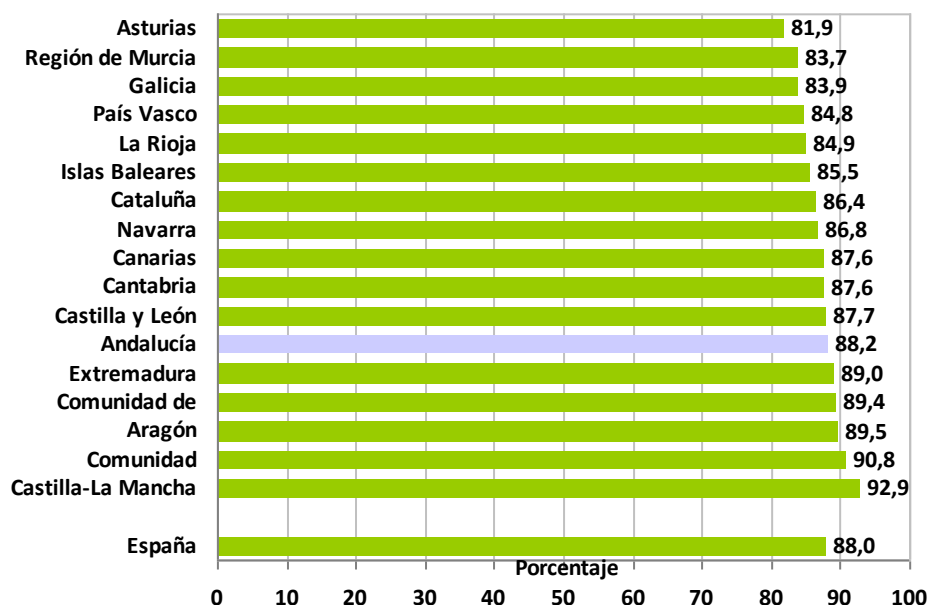
En Andalucía la calidad de vida en chicos es de 89,5 superior al valor de España (87,8) situándose en en cuarto lugar en relación al resto de CCAA. En chicas, la calidad de vida es algo peor que en chicos (88,2) pero sin embargo sigue siendo superior a España (88,0) ocupando la sexta posición entre CCAA.

Gráfico 16. Calidad de vida relacionada con la salud en chicos de 8 a 14 años según CCAA. España, 2012.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

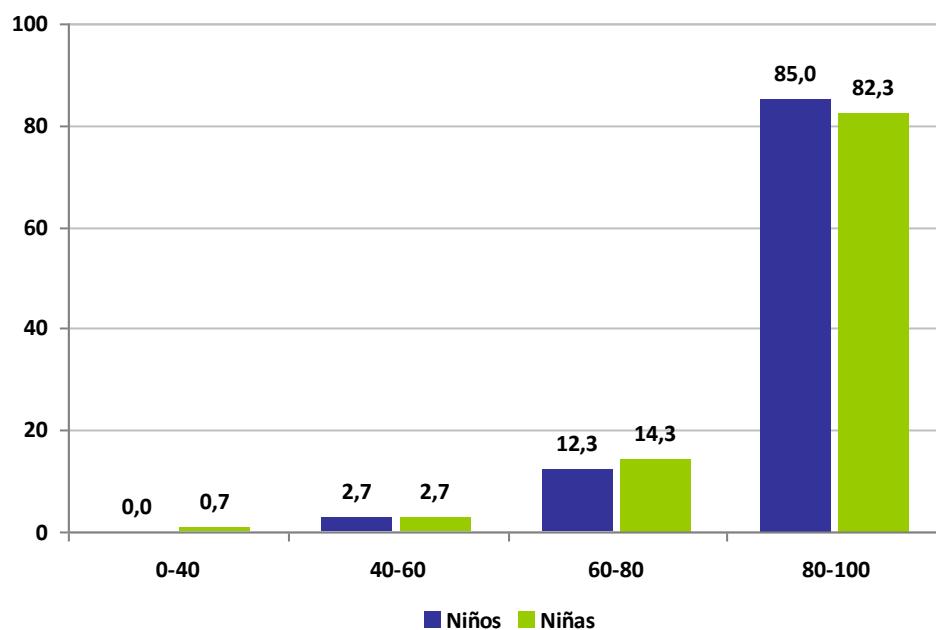
Gráfico 17. Calidad de vida relacionada con la salud en chicas de 8 a 14 años según CCAA. España, 2012.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En el Gráfico 18 se observa como en Andalucía entre un 85% de los chicos y un 82% de las chicas tienen una calidad de vida relacionada con la salud con valores entre 80 y 100.

Gráfico 18. Calidad de vida relacionada con la salud. Porcentaje de niños y niñas de 8-14 años según rango de valoración. Andalucía, 2012.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

7. PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN ANDALUCÍA

7.1. PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN EUROPA

A pesar de las dificultades asociadas con la recogida de datos epidemiológicos sobre la salud mental de la población, se han realizado varios intentos de estimar la prevalencia de enfermedades mentales en Europa⁹². El proyecto EPREMED (European Policy Information Research for Mental Disorders), con más de 76 artículos y capítulos de libros generados, en su mayor parte utilizando datos derivados del proyecto ESEMeD es una buena síntesis de ello. Según este último estudio, el 25,9% de los participantes dijeron haber padecido algún trastorno mental a lo largo de su vida y el 11,5% manifestó haberlo sufrido en el último año.

Una de las estimaciones más reciente es la realizada por Wittchen et al. en 2011⁹³, que trata de establecer el volumen y la carga de los trastornos mentales en Europa a partir de los resultados de varios estudios de prevalencia realizados en distintos países. Los autores estimaron que el porcentaje de población en la Unión Europea que había sufrido algún trastorno mental en los últimos 12 meses fue del 38,2%, casi 165 millones de personas, valores muy superiores a los obtenidos en el proyecto ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Disorders)⁹⁴.

Los trastornos más frecuentes fueron ansiedad (14,0%), insomnio (7,0%), depresión (6,9%), trastornos somáticos (6,3%), dependencia de alcohol y drogas (más del 4%), hiperactividad y trastornos de déficit de atención (5% en menores) y demencia (1% en personas entre 60 y 65 años y 30% en mayores de 85 años). En total se estima que los trastornos mentales junto con otros trastornos neurológicos suman el 26,6% del total de la carga por enfermedad en Europa.

Tener trastornos mentales estuvo asociado con un riesgo tres veces mayor de faltar al trabajo en comparación con las personas que no tuvieron problemas en los últimos 12 meses.

También se estimó que sólo un 26% de las personas con trastorno mental habían consultado a un profesional asistencial, lo que indica que existe una clara distancia entre las necesidades de tratamiento y la provisión de servicios, especialmente en población mayor.

Se estima que los problemas de salud mental suponen alrededor del 20% de la carga de enfermedad en Europa, con el suicidio como una de las 10 causas más frecuentes de muerte prematura y estimándose que el 90% de los suicidios estarían ligados a trastornos mentales (Comisión Europea, 2010). Las tasas de suicidio son mucho más altas en hombres que en mujeres y supusieron la principal causa de muerte en hombres entre 15 y 35 años en la región europea de la OMS.

Obtener datos comparables sobre prevalencia de trastornos mentales en la población general es difícil, por lo que los datos mostrados en la siguiente tabla deben tratarse con cautela, ya que provienen de estudios y encuestas con diferentes metodologías y definiciones. Muchos países europeos ni siquiera tienen información epidemiológica sobre salud mental.

Con todas las precauciones metodológicas en mente, se puede observar que la prevalencia de enfermedad mental entre los países que aportan datos varía entre el 8% y el 26%, bastante lejos del 38,2% estimado por Wittchen et al. en 2011, aunque más cercano al 27,4% obtenido por Wittchen y Jacobi en un estudio similar en 2005.

Tabla 2. Prevalencia de enfermedad mental en la población general entre 15 y 65 años según países y tipo de estudio.
Europa.

País	Cualquier trastorno mental	Enfermedad mental severa	Depresión	Año
Bélgica	26,0% (Afección psicológica)	14,2% (Enf. mental probable)	9,5%	2008
Bulgaria	19,5%	-	20,0% (Enf. mental común)	2002-2006
Dinamarca	-	-	1,4%	2004
Estonia	8,4%	-	-	2008
Finlandia	-	-	16,0% (Síntomas depresión)	2009
Francia	-	2,8% (Síndromes psicóticos)	-	2003/1999
Alemania	-	-	10,7% (Cualquier trast. humor)	2008
Grecia	14,0%	7,0% (Necesita tratamiento)	-	2009
Hungría	15,0%	-	6,0% (Depresión crónica)	2002/2009
Irlanda	14,0%	-	-	2007
Italia	8,0%	-	9,4% (Síntomas depresión)	2009/2007
Malta	15,0%	-	6,6% (En algún momento de la vida)	2008

País	Cualquier trastorno mental	Enfermedad mental severa	Depresión	Año
Países Bajos	18,0%	-	5,2% (Trastornos depresivos)	2010
Portugal	22,9% (Prevalencia anual)	-	7,9% (Prevalencia anual)	2010
Rumanía	13,4% (Estimado)	-	-	2007
Eslovaquia	-	-	12,8% (Prevalencia 6 meses de depresión mayor)	2006/2003
Eslovenia	-	-	5,0%	2005
España	13,8%	-	-	2006
Reino Unido	23,0%	0,4%	17,6% (Cualquier trast. común)	2007

Fuente: European profile of prevention and promotion of mental health (EuroPoPP-MH).

7.2. PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN ANDALUCÍA

7.2.1. Estudio PISMA-ep

El proyecto PISMA-ep Andalucía es un estudio epidemiológico de corte transversal sobre una muestra representativa de la población andaluza para evaluar prevalencias y posibles factores de riesgo de los principales trastornos mentales en Andalucía. Se trata del primer estudio de estas características y envergadura que se realiza en nuestra comunidad autónoma. Este proyecto surge de las líneas de Epidemiología e Investigación del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA), de ahí su nombre PISMA-ep⁹⁵.

El trabajo de campo se ha desarrollado en el año 2013, siendo la cohorte una muestra representativa de la población andaluza de 4.507 participantes. El muestreo ha sido polietápico con distintos niveles de estratificación:

- 1) Estratificación proporcional según zonas geográficas (Andalucía Oriental y Occidental);
- 2) Dentro de cada zona geográfica, estratificación proporcional según tamaños de población urbana;
- 3) En cada zona poblacional se ha segmentado por cada una de las 8 provincias andaluzas;
- 4) Por último y dentro de cada provincia se ha seleccionado, al azar, mediante un muestreo aleatorio simple, entre 1 y 5 municipios dentro de cada zona poblacional (urbana, intermedia y rural) de cada una de las provincias andaluzas, estratificando por secciones censales elegidas por el mismo método aleatorio y según cuotas de sexo y edad, de manera proporcional a la población existente.

La entrevista fue realizada por un total de 20 entrevistadores específicamente formados por miembros del grupo de investigación CIBERSAM-UGR. El pilotaje del estudio se realizó en la provincia de Granada (Estudio GRANADΣP) con una muestra representativa de 809 participantes entre octubre 2011 y septiembre 2012^{96,97}.

La prevalencia de trastorno mental se estableció según los diagnósticos generados a partir de la entrevista diagnóstica semi-estructurada MINI Neuropsychiatric International Interview en su versión

española validada, la cual determina diagnósticos para los principales trastornos mentales compatibles con criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión (CIE-10).

Además se utilizaron diferentes instrumentos para evaluaciones más específicas en determinadas circunstancias y patologías:

- Psicosis: entrevista SCID-1 y la escala Green de Pensamiento Paranoide (GPTS).
- Trastornos de la personalidad: escala de Valoración Breve de la Personalidad (SAPAS) y cuestionario exploratorio de trastorno límite de la personalidad (CEPER III).
- Abuso de sustancias: índice de dependencia nicotínica de Fagerstrom y el cuestionario CAGE de dependencia alcohólica.
- Dependencia de sustancias: Subescalas de alcohol y drogas de la MINI.
- Función cognitiva: Escala de Despijaje de Función Cognitiva (SCIP).
- Funcionalidad global: escala Personal and Social Performance (PSP).
- Ajuste social: Objective Social Outcomesindex (SIX).
- Evaluación de factores de riesgo psico-sociales.
- Salud general: medida de salud física SF-12 de la OMS en su versión española.

Los factores de riesgo examinados incluyen variables sociodemográficas (género, edad, nivel educativo, estado civil y nivel laboral), variables de adversidad social (maltrato o acontecimientos vitales estresantes), variables psicológicas (funcionamiento cognitivo, nivel de funcionalidad global y personalidad previa) y variables biológicas (genotipos de riesgo). En concreto se utilizaron las siguientes medidas de factores de riesgo psicosocial:

- Acontecimiento Vital Estresante (AVE): escala de acontecimientos vitales de Brugha.
- Maltrato infantil (psicológico, físico o sexual) instrumento de Fink y cols.
- Rasgos de personalidad: subescalas de impulsividad y neuroticismo del cuestionario de personalidad de Zuckermann-Khulman.
- Apoyo Social: medida de apoyo social de Blaxter.
- Riesgo de Suicidio: subescala incluida en la MINI para riesgo de suicidio.
- Factores de riesgo genéticos: muestra biológica de saliva mediante metodología Oragene para posterior extracción de ADN y determinación de genes candidatos para estudios de asociación y de interacción genético-ambiental.

La muestra final fueron 4.507 participantes representando una tasa de respuesta del 74% de las personas inicialmente invitadas a participar. La Tabla 3 muestra algunas de las características sociodemográficas y psicosociales de la muestra.

Tabla 3. Características generales de la muestra. Estudio PISMA-ep. Andalucía.

Característica	Valor	Desviación estándar
Sexo (Mujer)	50,9%	
Edad media	42,7	15,2
Estado Civil (Casado/Pareja)	60,9%	
Nivel educativo		
Primaria	52,5%	
Secundaria	29,6%	
Universitaria	18,0%	
Zona de residencia		
Rural	3,5%	
Intermedia	16,8%	
Urbana	79,7%	
Desempleo	27,1%	
Historia familiar de trastorno mental	16,7%	
Acontecimientos vitales estresantes		
0	46,8%	
1	24,7%	
+2	28,5%	
Media	1,35	1,6
Maltrato en la Infancia	9,4%	
Funcionalidad PSP	93	12,2
Salud General SF-12	27,7	2,9

Fuente: Estudio PISMA-ep.

La Tabla 4 muestra las prevalencias punto (en el momento de la evaluación y durante el mes previo). El cálculo de la variable cualquier trastorno mental es del 14,8% excluyendo las adicciones y posibles trastornos de personalidad al no ser diagnósticos de forma definitiva por las dos escalas de screening usadas. Básicamente, este resultado es el obtenido tras tener en cuenta cualquier trastorno diagnosticado por el instrumento diagnóstico principal del estudio: la entrevista MINI. Conviene aclarar que las cifras dadas para Trastorno de la Personalidad (TP) y para Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) deben ser matizadas y contextualizadas con la siguiente aclaración. Así, el valor de Trastorno de la Personalidad corresponde a una puntuación mayor de 4 puntos en la escala SAPAS que está diseñada sólo para hacer un despistaje (no un diagnóstico formal) que detecta una alta probabilidad de tener un Trastorno de la Personalidad. Por su parte, la escala CEPER-III-TLP se ha usado, según normativa recomendada por sus autores, de considerar un posible caso de Trastorno

Límite de la Personalidad a aquellos que puntúan 2 desviaciones estándar por encima de la puntuación media.

Tabla 4. Prevalencia punto estimada de trastornos mentales. Estudio PISMA-ep. Andalucía.

Trastorno	Prevalencia punto (1 mes)	Casos
Cualquier trastorno mental	14,8	666
Episodio depresivo	6,4	289
Episodio depresivo recurrente	4,8	215
Depresión melancólica (DSM-IV)	3,0	136
Trastorno distímico	0,9	39
Episodio maniaco	0,2	9
Trastorno de angustia	2,0	88
Agorafobia	0,6	26
Trastorno obsesivo-compulsivo	1,0	47
Trastorno de estrés postraumático	1,2	54
Trastorno de ansiedad generalizada	2,2	91
Trastorno de la personalidad	10,8	487
Trastorno límite de la personalidad	2,5	114
Trastorno psicótico (Punto)	1,6	73
Trastorno psicótico (Vida)	2,8	127
Trastorno déficit atención/hiperactividad (Adulto)	0,4	19
Dependencia alcohol	2,8	127
Dependencia a otros tóxicos	2,2	99

Fuente: Estudio PISMA-ep.

Finalmente, la Tabla 5 muestra los posibles factores de riesgo con asociación estadísticamente significativa a padecer un trastorno mental. En resumen, tener antecedentes familiares de trastorno mental, una historia de adversidad socio-ambiental, estar en paro, tener peor salud general, ser mujer, tener problemas de pareja o con los amigos y abusar de sustancias adictivas aumenta significativamente el riesgo de tener cualquier trastorno mental.

Tabla 5. Factores de riesgo. Estudio PISMA-ep. Andalucía.

Factor de riesgo	ODD ratio univariante	p
Ser mujer	1,54	0,0001
Menor nivel educativo	1,2	0,3800
Estar desempleado	1,35	0,0001
Estado civil casado/pareja	1,42	0,0001
Haber tenido AVE (en los últimos 6 meses)	2,8	0,0001
Haber tenido maltrato en la infancia	1,44	0,0001
Ser o haber sido fumador	1,45	0,0001
Dependencia sustancias	2,2	0,0001
Historia familiar de trastorno mental	2,5	0,0001
Historia familiar de suicidio	3,0	0,0010
Historia de maltrato sexual infancia	7,1	0,0001
Peor salud general (SF12)*	1,2	0,0001
Menor apoyo social*	1,25	0,0001
Menor satisfacción pareja*	1,17	0,0001
Neuroticismo*	1,34	0,0001
Menor funcionalidad global (PSP)*	1,15	0,0001
Menor autonomía social (SIX)*	1,8	0,0001
Probable trastorno de la personalidad	3,2	0,0001

*Incremento de riesgo por cada punto de incremento en la escala

Fuente: Estudio PISMA-ep.

Estos primeros hallazgos son coherentes con otros encontrados en estudios del entorno español y europeo, si bien son la primera constatación de estos datos epidemiológicos en una muestra andaluza. En ausencia de replicación por parte de otros estudios se puede afirmar que la prevalencia de trastornos mentales es semejante a la de estudios similares y que casi 15 de cada 100 andaluces cumplen criterios de algún trastorno mental en el momento del estudio. Asimismo, los correlatos y factores de riesgo constatados son similares a los de estudios epidemiológicos de nuestro entorno y se conforman de elementos biológicos, psicológicos y sociales.

7.2.2. Prevalencia-año de esquizofrenia y trastornos afines en Málaga

En este apartado se presentan los datos del estudio de la prevalencia-año de esquizofrenia y trastornos afines realizado en el área de influencia del Hospital Regional de Málaga con una población de 265.229 personas de 14 años o más⁹⁸.

Los dispositivos de salud mental que componen esta área son 2 Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC), 1 Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ), 1 Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (URSM), 1 Unidad de Hospitalización de Salud Mental (UHSM) y 1 Comunidad terapéutica de Salud Mental (CTSM). Además la información también incluye a los pacientes atendidos en los centros de atención primaria, servicio de urgencias y emergencias (061), 1 equipo para asistir a personas sin hogar y plazas de media estancia concertadas con un hospital psiquiátrico privado.

Para determinar la prevalencia-año se ha partido de la información procedente del Registro de Casos de Esquizofrenia y Trastornos Afines de Málaga (RESMA) que basa su información en las bases de datos rutinarias de los dispositivos de salud mental de esta área. Además se intentaron identificar todos los posibles casos lo que implicó generar un censo de personas atendidas en cualquier dispositivo sanitario durante el año 2008. Se contrastaron estos posibles casos con el RESMA y con el resto de casos se hizo una búsqueda activa de información sobre diagnósticos con el objetivo de confirmar los casos.

Según este estudio durante el año 2008 fueron atendidos 1.663 personas con 14 años o más por esquizofrenia y trastornos afines en el área de referencia del Hospital Regional de Málaga, lo que supone una tasa de prevalencia-año de 6,27 por 1.000 habitantes.

Las características demográficas de los 1.663 pacientes con esquizofrenia o trastornos relacionados fueron: edad media 45,5 años (desviación estándar 13,5; rango 15 a 88); 64,7% hombres y 35,3% mujeres; 64,3% personas solteras, 25,34% casados / parejas de hecho, y el 10,4% separadas, divorciadas o viudas. La mayoría de los pacientes (51,4%) vivían con sus padres u otros familiares, el 23,4% con su propia familia, el 23,4% en viviendas tuteladas, 8,8% viven solas, y el 1,2% eran personas sin hogar. En cuanto a la educación, el 47,9% no había completado la educación secundaria y el 19,6% no había alcanzado ninguna calificación escolar. Sin embargo, el 22,1% había realizado la educación secundaria y el 10,4% tienen un título de educación terciaria. En cuanto a la situación laboral, el 38,5% reciben una pensión por incapacidad, el 16,7% estaban trabajando, el 14,2% en paro, el 9,2% estudia, y el 6,1% se dedica a los cuidados de la familia y el hogar; otras categorías comprendían el 15,3% restante.

En cuanto al diagnóstico, 1.052 personas padecían esquizofrenia (63,3%), 268 (16,1%) tenían diagnóstico de trastorno delirante persistente, 155 (9,3%) trastorno psicótico agudo o transitorio, 108

(6,5%) trastorno esquizoafectivo y el resto, 80 personas (4,8%), tenían otro trastorno psicótico no orgánico o no especificado.

En la Tabla 6 se muestra el análisis realizado para la esquizofrenia y trastornos afines en su conjunto y solo para los casos de esquizofrenia según sexo, según residan en área urbana o rural y en Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS)⁹⁹.

Las estimaciones para la esquizofrenia y trastornos relacionados fueron mayores para los hombres (8,45 por 1.000 habitantes) que para las mujeres (4,26 por 1.000) con una proporción 1,98. Para el subgrupo de esquizofrenia, las tasas fueron de 5,88 por 1.000 y 2,20 por 1.000, respectivamente con una razón hombre-mujer de 2,67. La tasa de prevalencia en los varones fue significativamente mayor que en las mujeres, tanto para la esquizofrenia y trastornos relacionados ($p < 0,0001$) y para la esquizofrenia único subgrupo ($p < 0,0001$).

Según el lugar de residencia, en el área urbana la prevalencia-año de la esquizofrenia y los trastornos relacionados fue 6,64 por 1.000, mientras que en el área rural la cifra fue de casi la mitad (3,95 por 1.000). En el subgrupo de esquizofrenia el patrón es similar, con una prevalencia de 4,20 por 1.000 en el área urbana y 2,49 por 1.000 en el área rural.

La prevalencia de la esquizofrenia y los trastornos relacionados fue mayor en las ZNTS, 7,56 por 1.000, en comparación con las áreas no ZNTS, 6,12 por 1.000. Para el subgrupo de esquizofrenia las cifras fueron 3,9 por 1.000 y 4,49, respectivamente aunque las diferencias no eran estadísticamente significativas.

Tabla 6. Prevalencia-año de esquizofrenia y trastornos afines del área de referencia del Hospital Regional de Málaga según sexo, área urbana o rural y zona socioeconómica deprimida, 2008.

	Número	Tasa x 1000 hab.	IC 95%	X2	P
SEXO					
Esquizofrenia y T. afines				186,4	<0,0001
Hombre	1.076	8,45	8,53-8,85		
Mujer	587	4,26	3,92-4,61		
Total	1.663	6,27	5,97-6,57		
Esquizofrenia				226,7	<0,0001
Hombre	749	5,88	5,46-6,31		
Mujer	303	2,20	1,95-2,24		
Total	1.052	3,97	3,73-4,21		
ÁREA URBANA O RURAL					
Esquizofrenia y T. afines				36,75	<0,0001

	Número	Tasa x 1000 hab.	IC 95%	X2	P
Urbana	1.518	6,64	6,31-6,98		
Rural	145	3,95	3,33-4,65		
Esquizofrenia				23,8	<0,0001
Urbana	959	4,20	3,94-4,48		
Rural	93	2,49	2,01-3,05		
ZONAS DE NECESIDADES DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL					
Esquizofrenia y T. afines				7,83	0,005
No deprimida	1.466	6,12	5,81-6,45		
Deprimida	197	7,56	6,54-8,70		
Esquizofrenia				2,08	0,149
No deprimida	935	3,90	3,66-4,16		
Deprimida	117	4,49	3,71-5,38		

Fuente: Moreno-Küstner B, Mayoral F, Navas-Campaña D, García-Herrera JM, Angona P, Martín C, Rivas F. Prevalence of schizophrenia and related disorders in Malaga (Spain): results using multiple clinical databases. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2014 October 15; : 1-11

Nota: F20-F29: Esquizofrenia y trastornos afines. F20: Esquizofrenia.

7.3. SUICIDIOS Y ENFERMEDAD MENTAL

Se estima que los problemas de salud mental suponen alrededor del 20% de la carga de enfermedad en Europa, con el suicidio como una de las 10 causas más frecuentes de muerte prematura y estimándose que el 90% de los suicidios estarían ligados a trastornos mentales según un informe de la Comisión Europea de 2010⁹².

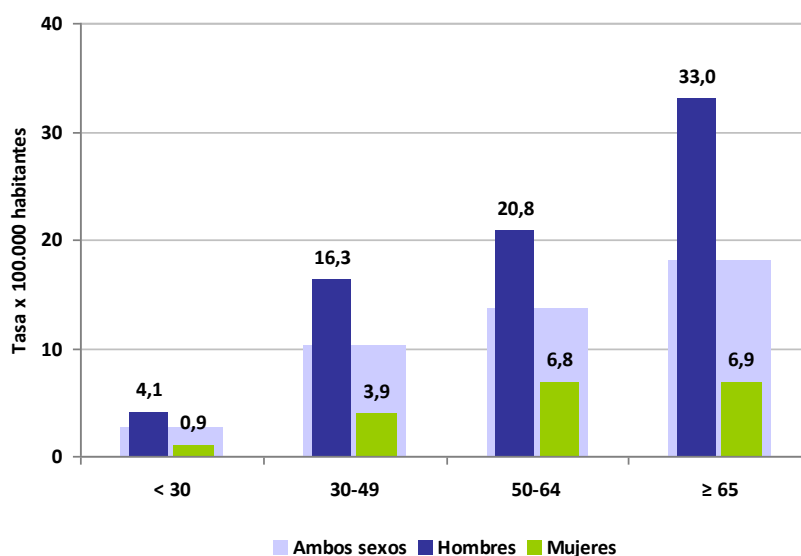
Los indicadores de suicidio tienen muchas limitaciones respecto a su fiabilidad, dado que, por razones culturales, legales y económicas, están presumiblemente infrarregistrados. Además, en algunos casos, determinados accidentes registrados como tales, pueden responder a una conducta suicida.

En Andalucía en el año 2012 los hombres presentaron una tasa ajustada por edad y sexo de 13,4 suicidios por cada 100.000 habitantes, valor considerablemente mayor a la tasa de 3,4 obtenida para las mujeres. En ambos sexos las tasas andaluzas son mayores a la media española, que se sitúa en 10,1 suicidios por 100.000 hombres y 2,9 en el caso de las mujeres.

En el Gráfico 19 se muestran las **tasas de suicidio** específicas por grupo de edad y sexo en Andalucía. Se observa claramente cómo se incrementan los valores conforme aumenta la edad para ambos sexos, y también como las tasas son mucho mayores en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad. La tasa más alta se registra en hombres de 65 años o más (33,0 suicidios por cada 100.000

habitantes), franja de edad en la que la diferencia entre sexos es también máxima, con un valor cinco veces mayor en hombres que el observado en mujeres.

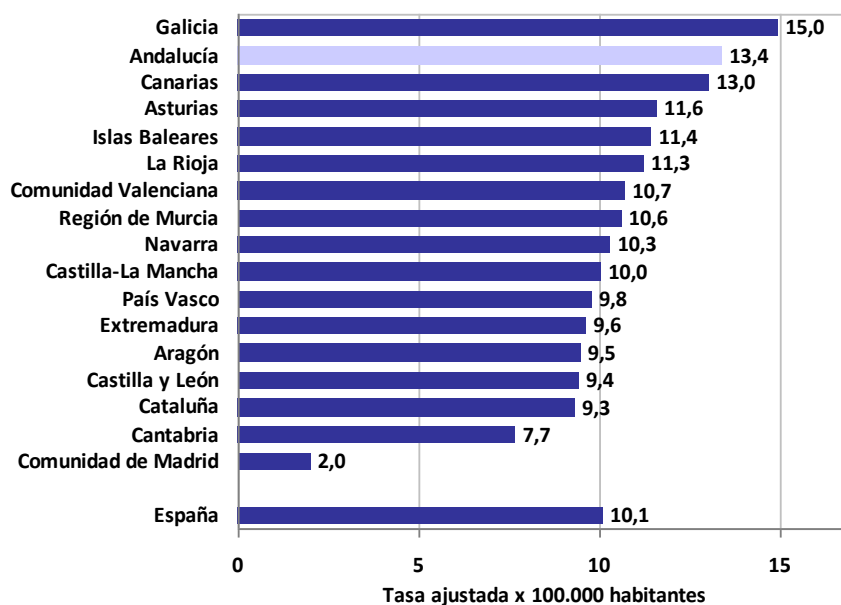
Gráfico 19. Suicidios según grupo de edad y sexo. Tasas por 100.000 habitantes. Andalucía, 2012.



Fuente: Defunciones según causa de muerte y Cifras de población. Instituto Nacional de Estadística.

Al comparar las tasas estandarizadas por suicidio de Andalucía con el resto de comunidades autónomas se observa como los hombres andaluces se sitúan en la segunda posición, sólo por detrás de Galicia, que presenta una tasa de 15,0 suicidios por cada 100.000 hombres (Gráfico 20). El valor mínimo corresponde a la Comunidad de Madrid, con una tasa de 2,0, muy por debajo de la media española que se sitúa en 10,1.

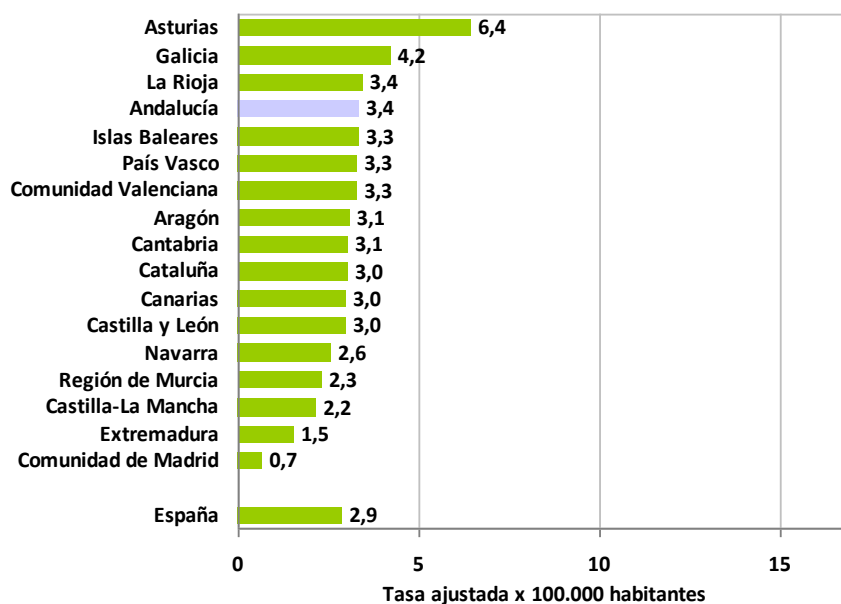
Gráfico 20. Suicidios en hombres. Tasa ajustada por 100.000 habitantes según CCAA. España, 2012.



Fuente: Defunciones según causa de muerte y Cifras de población. Instituto Nacional de Estadística.

En el caso de las mujeres, Andalucía es la cuarta comunidad con mayor tasa de suicidios, por detrás de Asturias (con una tasa destacada de 6,4), Galicia y La Rioja. La Comunidad de Madrid es la que presenta menor tasa con apenas 0,7 suicidios por cada 100.000 mujeres.

Gráfico 21. Suicidios en mujeres. Tasa ajustada por 100.000 habitantes según CCAA. España, 2012.



Fuente: Defunciones según causa de muerte y Cifras de población. Instituto Nacional de Estadística.

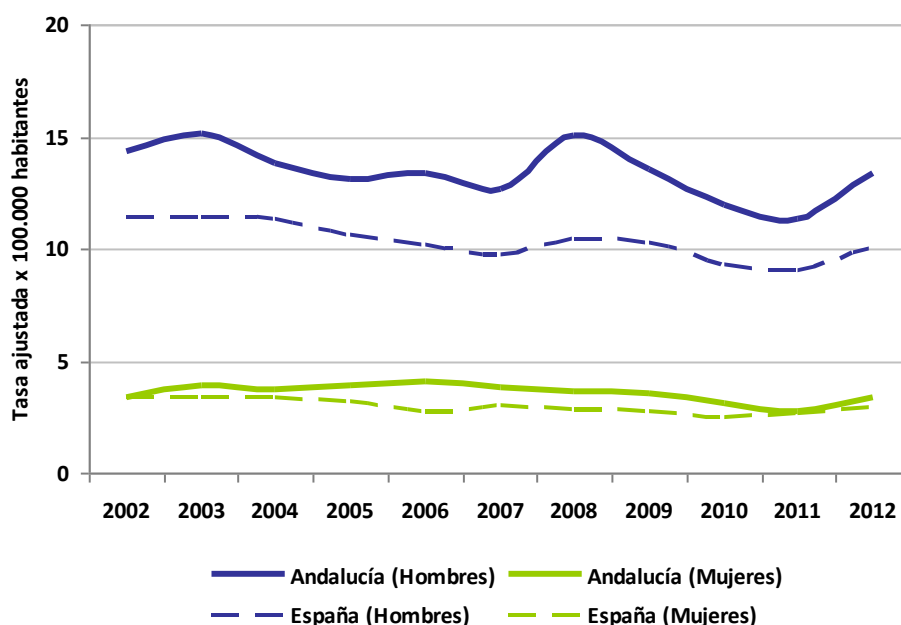
Al analizar la evolución histórica de los suicidios en Andalucía se observa como tanto las tasas brutas como las ajustadas se han incrementado desde 1975 para todos los grupos de edad y sexo, salvo en mujeres de 65 años o más, aunque han seguido patrones diferentes⁸⁹. El grupo de los hombres entre 15 y 44 años es el que mayor incremento ha presentado, con un porcentaje de cambio anual del 1,2%, siendo dicho porcentaje de cambio en mujeres del 0,9% anual.

Según el mismo estudio, no se encontró correlación directa entre las tasas ajustadas de suicidio y el aumento en el desempleo de la población, aunque bien podría ser un factor de riesgo para explicar el aumento de la mortalidad por suicidio en época de crisis económica.

En los últimos años (Gráfico 22) se puede observar como la tasa ajustada de mortalidad por suicidio en hombres en Andalucía se mantiene claramente por encima de la media nacional. Aunque los valores iniciales y finales del tramo estudiado han disminuido (14,3 en 2002 y 13,4 en 2012), a lo largo de todo el periodo se observan cambios en la tendencia, tanto en la serie andaluza como en la española, destacando cambios de tendencia ascendentes en 2008 y 2012.

En el caso de las mujeres las fluctuaciones son menores y también es más pequeña la diferencia entre las tasas de Andalucía y de España, aunque los valores andaluces siempre se mantienen por encima de la media del país.

Gráfico 22. Evolución de las tasas ajustadas de suicidios por 100.000 habitantes y sexo. Andalucía y España, 2002-2012.

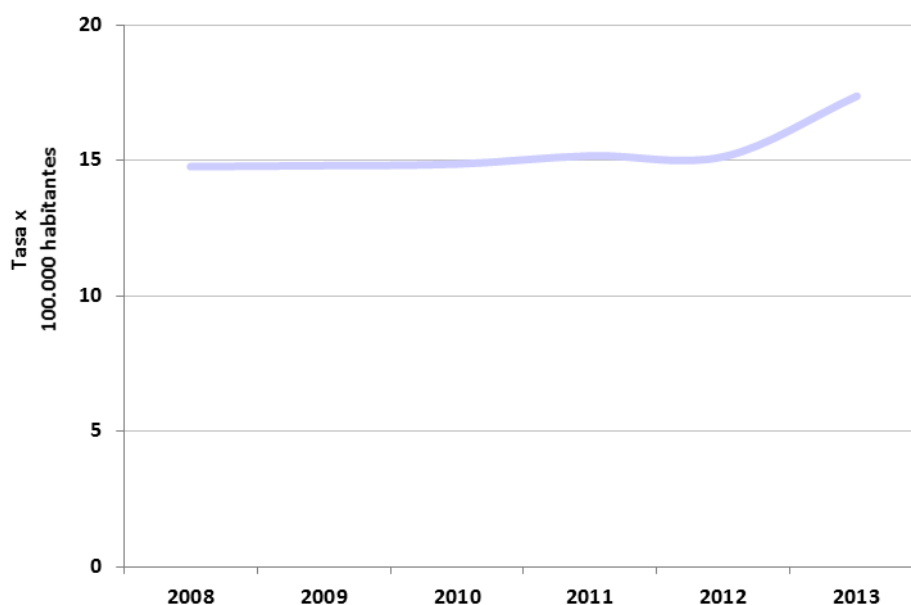


Fuente: Defunciones según causa de muerte y Cifras de población. Instituto Nacional de Estadística.

Además de las estadísticas de defunción del Instituto Nacional de Estadística, pueden analizarse las **altas hospitalarias por intento de suicidio** registrados en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del SSPA. El porcentaje que suponen los intentos de suicidio en relación al total de altas varía del 0,21% en 2008 al 0,28% en 2013.

En el Gráfico 23 puede observarse como la tasa se mantiene estable desde el año 2008, con valores próximos a los 15 ingresos por cada 100.000 habitantes, elevándose en el año 2013 con una tasa de 17,4 ingresos registrados. Deberán observarse los datos de los próximos años para confirmar si se mantiene o no esa tendencia.

Gráfico 23. Altas hospitalarias por intento de suicidio por 100.000 habitantes. SSPA, 2008-2013.

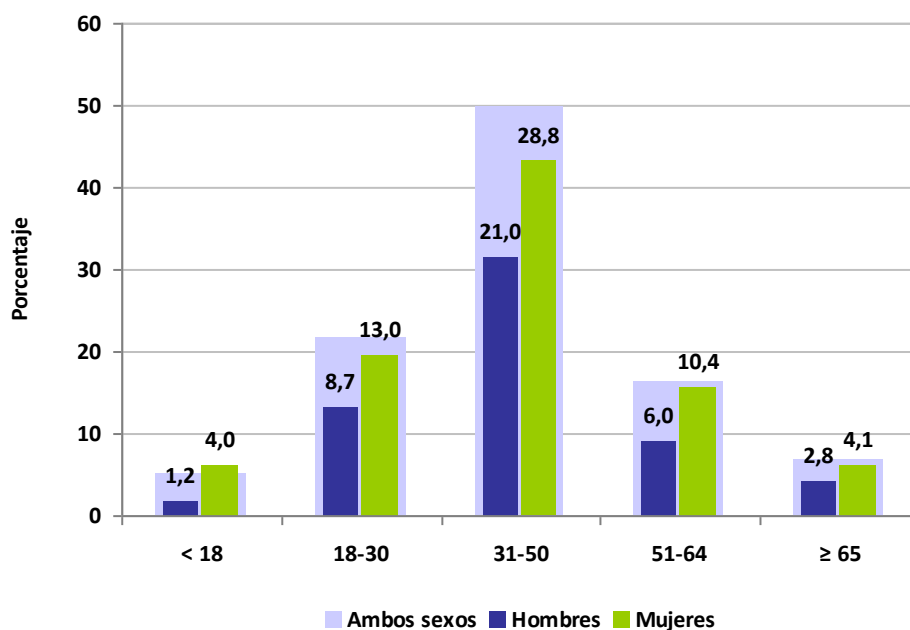


Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria.

Según la información contenida en el **CMBD de Urgencias^c**, en el año 2013 se atendieron un total 3.273.428 urgencias en los hospitales públicos del Servicio Andaluz de Salud de las cuales 5.634 (0,17%) fue por intento de suicidio.

^c Actualmente en esta fuente de información, CMBD-urgencias, no están incluidas las urgencias atendidas en las empresas públicas hospitalarias del SSPA.

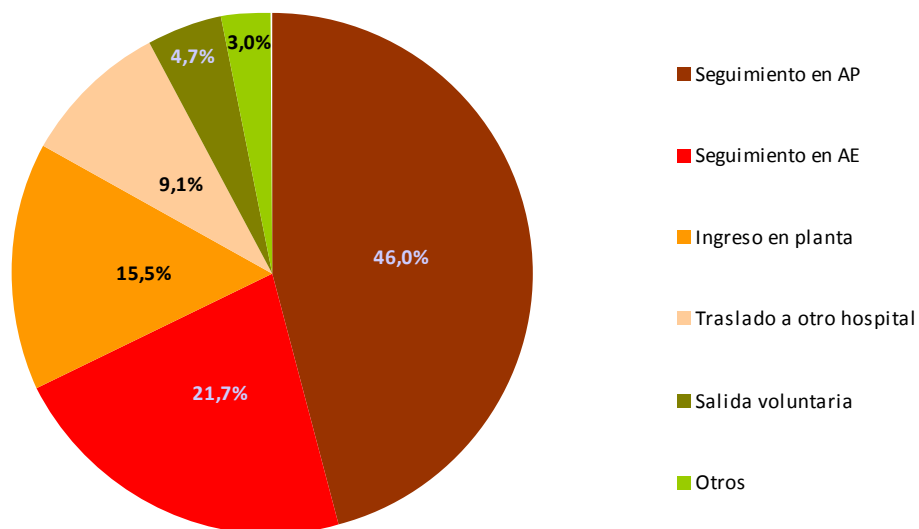
Gráfico 24. Urgencias hospitalarias por intento de suicidio según edad y sexo. SAS, 2013.



Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Urgencias.

Como se puede observar la distribución de las urgencias atendidas por intento de suicidio según edad y sexo sigue un patrón muy diferente a la mortalidad. El 60,3% corresponde a mujeres siendo el porcentaje mayor en todos los grupos de edad (este mismo patrón se observa en el resto de España y Europa). El grupo de edad con mayor número de urgencias atendidas es el de 31-50 años, representando casi la mitad de los intentos de suicidio (49,8%).

Gráfico 25. Urgencias hospitalarias por intento de suicidio según tipo de alta. SAS, 2013.



Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Urgencias.

Al analizar el tipo de alta que han recibido las personas atendidas en el servicio de urgencias por intento de suicidio observamos que un 15,5% de estas urgencias son ingresadas en planta y un 9,1% se trasladan a otro hospital. Para seguimiento en consulta se derivan un 67,6%, un 46,0% en atención primaria y un 21,7% en atención especializada. Un 4,7% son salidas voluntarias de las personas atendidas.

7.4. INCAPACIDAD LABORAL Y ENFERMEDAD MENTAL

Los resultados de un estudio¹⁰⁰ sobre la incapacidad laboral permanente (IP) a nivel nacional publicado en el año 2014 afirman que según la Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL), 163.135 personas sufrieron una incapacidad temporal en 2009 (13,6%), de las cuales 4.738 (0,39%) se le reconoció una incapacidad laboral permanente (IP) entre 2009 y 2012. Las causas más frecuentes de IP fueron los trastornos musculo-esqueléticos (27,4%) junto a los trastornos mentales (11,6%) que, así mismo produjeron mayor cantidad de años potenciales de vida laboral perdidos por IP 1.086 (26,5%) y 7.052 (16,9%) , respectivamente. Los trastornos mentales destacaron por producir IP a edades más jóvenes (mediana=49años).

Los datos de la Encuesta Andaluza de Salud del 2011 muestran que las personas en situación de incapacidad e invalidez conforman un grupo de mayor riesgo de padecimiento de trastornos mentales. De hecho el 26,7% de este grupo declara haber sido diagnosticados por personal médico de depresión o ansiedad (23,5% hombres y 32,8% mujeres). Además, un 24,8% declara haber consumido medicamentos antidepresivos, el 7,8% antidepresivos o estimulantes y el 17,6% algún tipo de somnífero.

En Andalucía, según el Sistema de Información SIGILUM de la Consejería de Salud que recoge los episodios de incapacidad laboral en los Distritos Sanitarios de Atención Primaria (DSAP), en el año 2013 se produjo un total de 473.154 bajas laborales de las cuales 25.178 corresponden a bajas por trastornos mentales lo que supone un 5,32%.

La tasa de bajas por trastorno mental se sitúa en Andalucía en un 6,8 por 1.000 habitantes en activo, con una duración media de 82,2 días, siendo muy superior a la media de días de baja por cualquier causa (49,5).

En la siguiente tabla se desagregan los datos por distrito sanitario de atención primaria de las bajas por trastorno mental, así como la tasa por 1.000 habitantes en activo y la duración media de la misma.

Se observa que el distrito con una mayor tasa de bajas es el Distrito Sevilla (10,1) y por el contrario el de menor tasa es el Distrito Sierra de Cádiz (2,9).

En cuanto a la duración, el Distrito de Osuna junto al AGS Norte de Almería, alcanzan las bajas de mayor duración media con 126 y 125 días respectivamente. Destacan los 4 distritos sanitarios de Cádiz donde la duración de sus bajas por trastorno mental es inferior al resto de distritos situándose en torno a los 50 días.

Tabla 7. Bajas por trastorno mental, duración media y tasas por 1.000 habitantes activos según Distrito. SSPA, 2013.

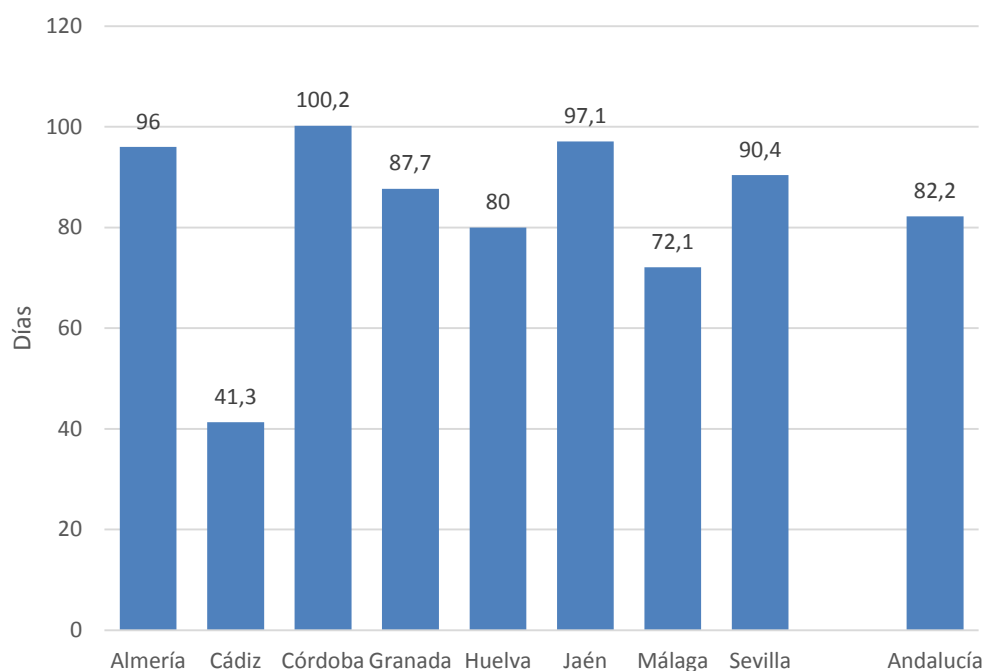
DSAP		Bajas	Tasas por 1000 habitantes activos	Duración media (días)
ALMERÍA	Almería	1.096	8,1	87,4
	A.G.S. Norte de Almería	306	4,8	125,1
	Poniente de Almería	866	6,7	96,7
CÁDIZ	A.G.S. Campo de Gibraltar	927	8,9	40,8
	Bahía de Cádiz-La Janda	1.558	7,5	41,1
	Jerez-Costa Noroeste	888	6,4	40,4
	Sierra de Cádiz	155	2,9	54,7
CÓRDOBA	Córdoba	1.319	9,2	90,9
	A.G.S. Córdoba Sur	590	4,8	117,2
	Guadalquivir	208	3,4	123,3
	A.G.S. Norte de Córdoba	138	4,2	85,6
GRANADA	A.G.S. Sur de Granada	265	4,4	78,8
	Granada Nordeste	174	4,0	99,2
	Granada	829	6,5	83,9
	Metropolitano de Granada	855	4,9	92,2
HUELVA	A.G.S. Norte de Huelva	141	4,9	92,9
	Condado-Campiña	349	4,0	88,8
	Huelva-Costa	906	6,8	74,6
JAÉN	Jaén Sur	206	4,9	97,2
	Jaén	620	6,7	94,8
	Jaén Norte	464	5,6	106,4
	Jaén Nordeste	219	2,9	83,1
MÁLAGA	A.G.S. Norte de Málaga	228	4,4	81,1
	A.G.S. Este de Málaga-Axarquía	330	5,1	91,9
	Valle del Guadalhorce	369	6,5	83,4
	Costa del Sol	1.399	6,5	72,6
	Málaga	2.724	9,8	66,3
	A.G.S. Serranía	109	4,6	88,7

	DSAP	Bajas	Tasas por 1000 habitantes activos	Duración media (días)
SEVILLA	Sevilla Sur	1.278	7,0	103,8
	Aljarafe	1.465	8,9	86,2
	A.G.S. Osuna	374	4,6	126,3
	Sevilla Norte	644	5,2	98,6
	Sevilla	3.179	10,1	81,1
	TOTAL	25.178	6,8	82,2

Fuente: SIGILUM XXI. Consejería de Salud.

Analizando la duración media de las bajas según provincia, muestra que Córdoba es la provincia que alcanza la mayor duración media de días de baja con 100 días y Cádiz por el contrario la que menor duración media tiene de sus bajas por trastorno mental (41,3 días).

Gráfico 26. Duración media de las bajas por trastorno mental según provincia. SSPA, 2013.



El 62,5% de las incapacidades laborales por trastorno mental de este periodo se debe a *Trastornos de Ansiedad, Depresión y Somatizaciones* (ADS)^D alcanzando un total de 15.745 bajas con una tasa por 1.000 habitantes en activo de 3,8 y una duración media de 79 días. A continuación se detalla la tasa y duración media de las bajas para este grupo de patologías por distrito de atención primaria donde puede observarse que la mayor tasa la alcanza el Distrito Sevilla (6,4) y por el contrario en el Distrito Sierra de Cádiz la tasa por 1.000 habitantes en activo es de 0,9. En cuanto a la duración media, el Distrito Guadalquivir alcanza los 125 días de baja frente a los 38 días del Distrito de Bahía de Cádiz- La Janda.

Tabla 8. Bajas por Ansiedad, Depresión y Somatizaciones, duración media y tasas por 1.000 habitantes activos según Distrito. SSPA, 2013.

DSAP		Bajas	Tasas por 1000 habitantes activos	Duración media (días)
ALMERÍA	Almería	669	4,6	89,7
	A.G.S. Norte de Almería	196	2,7	101,0
	Poniente de Almería	557	4,1	91,5
CÁDIZ	A.G.S. Campo de Gibraltar	541	4,2	43,3
	Bahía de Cádiz-La Janda	979	3,3	37,3
	Jerez-Costa Noroeste	560	2,7	40,1
	Sierra de Cádiz	77	0,9	48,0
CÓRDOBA	Córdoba	733	4,8	93,0
	A.G.S. Córdoba Sur	321	2,2	118,4
	Guadalquivir	113	1,6	125,5
	A.G.S. Norte de Córdoba	79	1,9	69,4
GRANADA	A.G.S. Sur de Granada	175	2,5	65,5
	Granada Nordeste	120	2,2	86,6
	Granada	529	3,9	80,6
	Metropolitano de Granada	520	2,8	88,9
HUELVA	A.G.S. Norte de Huelva	100	3,1	81,3
	Condado-Campiña	229	2,2	80,6
	Huelva-Costa	628	4,4	68,0
JAÉN	Jaén Sur	114	2,5	87,6
	Jaén	393	4,1	93,9
	Jaén Norte	269	2,9	105,2
	Jaén Nordeste	124	1,3	87,6
MÁLAGA	A.G.S. Norte de Málaga	139	2,3	77,5
	A.G.S. Este de Málaga-Axarquía	176	2,7	86,6
	Valle del Guadalhorce	207	3,3	77,7
	Costa del Sol	914	4,0	72,7
	Málaga	1.762	6,0	62,9
	A.G.S. Serranía	46	1,7	83,1

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

DSAP		Bajas	Tasas por 1000 habitantes activos	Duración media (días)
SEVILLA	Sevilla Sur	834	4,3	104,1
	Aljarafe	879	5,0	82,3
	A.G.S. Osuna	225	2,5	124,3
	Sevilla Norte	388	2,9	96,2
	Sevilla	2.149	6,4	80,4
TOTAL		15.745	3,8	79,2

Fuente: SIGILUM XXI. Consejería de Salud.

7.5. POBLACIÓN PENITENCIARIA Y ENFERMEDAD MENTAL

Según el último informe general de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias¹⁰¹, la media de la población reclusa en los centros penitenciarios dependientes de la Administración General del Estado durante el año 2012 fue de 59.779 personas, un 3,3% menor que en el ejercicio anterior (2011). Por sexo, aproximadamente 9 de cada 10 internos son hombres (92,2%); por grupos de edad y sexo el 31,8% de las mujeres y el 48,7% de los hombres tienen edades comprendidas entre los 26 y 40 años.

En cuanto a la **actividad asistencial** originada en los centros penitenciarios, durante el 2012, el 34,4% de los **ingresos en las camas de enfermería** de los centros penitenciarios fueron motivados por patologías psiquiátricas. Del global de **los ingresos de esta población en hospitales públicos** (4.030), el 3,6% fue ocasionado por enfermedades mentales con una estancia media de 13,6 días¹⁰¹.

El total de **consultas de atención especializada** realizadas desde los centros penitenciarios fueron 143.589, de las cuales el 68,3% se atendieron dentro del centro penitenciario. La de psiquiatría es de las consultas más demandadas, junto a la de odontología y estomatología (26,4% y 33,5% respectivamente). El 97,6% de las consultas de psiquiatría se atienden dentro del mismo centro penitenciario¹⁰¹.

En Andalucía, a finales del 2010 finalizó la fase de recogida de información del estudio de prevalencia¹⁰² de los problemas de salud mental en las instituciones penitenciarias llevado a cabo por FAISEM, en el marco de colaboración entre el Ministerio del Interior y la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, en materia de servicios sociales para las personas con discapacidad internadas en

establecimientos penitenciarios de Andalucía. Este proyecto se basa en la metodología del estudio PRECA¹⁰³ realizado unos años antes en prisiones de otras comunidades autónomas, lo que permite la comparabilidad de los resultados.

La muestra incluida en el estudio fue un total de 472 reclusos varones, seleccionados de forma aleatoria de cada uno de los módulos de los centros penitenciarios de Morón en Sevilla y de Albolote en Granada. La media de edad de la muestra fue de 37 años, situándose el 65% entre los 18 y 40 años. Más del 80% de la muestra era de nacionalidad española (casi el 70% de Andalucía) y respecto al nivel educativo, más del 80% tiene como máximo estudios primarios.

Los principales resultados muestran que 8 de cada 10 internos han padecido algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida, y 1 de cada 4 en el último mes. En concreto, la prevalencia-vida de presentar cualquier trastorno mental, según criterios Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV), es del 82,6%, siendo el trastorno por uso de sustancias el más frecuente (65,9%), seguido del trastorno afectivo (33,7%), trastorno de ansiedad (30,9%), y del trastorno psicótico (9,5%). En cuanto la prevalencia-mes, los resultados apuntan a un 25,8%, siendo el más habitual el trastorno de ansiedad (10,4%), seguido de los trastornos afectivos (9,7%) y trastornos psicóticos (3,4%).

Asimismo cabe destacar que este estudio diferencia entre los trastornos mentales funcionales, es decir, enfermedades mentales “puras”, de las derivadas por el abuso o dependencia de sustancias psicoativas.

En la siguiente tabla se muestra la comparación de los resultados de los principales estudios a nivel nacional e internacional relacionados con la prevalencia de los trastornos mentales en prisiones.

Tabla 9. Principales estudios a nivel nacional e internacional sobre la prevalencia de los trastornos mentales en prisiones en los últimos años.

Tipo de trastornos	Estudio Inst. Penitenciarias 2006 (DGIP, 2007)	Revisión estudios internacionales (Fazel y cols.)		Estudio PRECA 2008 (vicens y cols. 2011)		Estudio de Andalucía 2010	
		2003	2012	P.P	P.V	P.P	P.V
Trastornos Eje I							
T. psicóticos	3,4%	3,7%	3,6%	4,2%*	10,7%*	3,4%	9,5%
T. afectivos	12,8%	10,0%	10,2%	14,9%*	41,0%*	9,7%	33,7%
T. ansiedad	-	-	-	23,3%*	45,3%*	10,4%	30,9%
Total T. funcionales	-	-	-	-	-	20,3%	55,3%
Abuso o dependencia	36,1%			17,5%	76,2%	6,6%	65,9%
Trastornos inducidos	-	-	-	-	-	7,0%	19,5%
Total T. Eje I	49,6%			41,2%	84,4%	25,8%	82,6%
Trastornos de personalidad							
Esquizoide	-	-	-		-		20,0%
Paranoide	-	-	-		37,2%		23,6%
Antisocial	-	47%	-		23,3%		26,8%
Límite	-	-	-		44,0%		35,7%
Narcisista	-	-	-		32,8%		35,1%
Al menos uno	9,4%	65%	-		82,3%		79,7%

*Incluye trastornos funcionales e inducidos por enfermedad o consumo de sustancias.

PP: Prevalencia puntual. PV: Prevalencia vida.

Fuente: Prevalencia de problemas de salud mental en centros penitenciarios andaluces. FAISEM, agosto 2012.

Pese a la especificidad de cada estudio, los datos muestran un perfil bastante coincidente de los problemas de salud mental en las prisiones.

La cormobilidad de trastorno mental y consumo de sustancias se pone de manifiesto en estos estudios de prevalencia. En el caso del estudio PRECA¹⁰³ del año 2008, sólo el 8% de los reclusos que presentaron algún tipo de trastorno mental no tenían en su historial trastorno por consumo de sustancias.

En relación con el suicidio en las prisiones españolas, se estima que su incidencia es 8 veces superior a la incidencia en la población general, lo que hace cuestionarse si la prisión constituye un factor de riesgo de suicidio, si las personas con factores de riesgo de suicidio están sobrerrepresentadas en prisión, o una combinación de ambas¹⁰⁴.

La alta incidencia de los problemas de salud mental en las prisiones ha llevado a que desde la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias se haya puesto en marcha “el Protocolo de Actuación del

PAIEM”¹⁰⁵, programa de atención integral a los problemas de salud mental en prisión que se está implementando progresivamente en los centros penitenciarios. El principal objetivo de este programa es establecer pautas en la atención especializada para las personas con algún tipo de trastorno o patología mental dentro de las prisiones¹⁰⁶.

7.6. PERSONAS SIN HOGAR Y ENFERMEDAD MENTAL

Es difícil estimar el número de Personas Sin Hogar (PSH) que hay actualmente en España. Los datos publicados por el INE no contabilizan a las personas sin hogar que no acuden a los centros de alojamiento y/o manutención. Aún así, se estima que en los últimos años (2005-2012) la población sin hogar se ha incrementado en un 132%¹⁰⁷.

Las personas sin hogar constituyen uno de los colectivos más vulnerables de la sociedad, donde la incidencia de los problemas de salud mental es muy alta. Se estima que entre el 20% y el 35%¹⁰⁸ de las personas sin hogar sufren enfermedades mentales graves, existiendo además un riesgo de comorbilidad de diferentes trastornos mentales muy alto¹⁰⁹.

A finales del 2008 se publican los resultados obtenidos por Fazel y colaboradores¹¹⁰ de una revisión sistemática sobre la prevalencia de los trastornos mentales entre las personas sin hogar, en la que se incluyeron 29 estudios de 7 países diferentes. Los principales resultados de la revisión apuntan a que los trastornos mentales más comunes de este colectivo fueron la dependencia del alcohol (entre 8,1% y el 58,5%), la dependencia de drogas (entre el 4,5% y el 54,2%). La prevalencia psicótica varió entre el 2,8% y el 42,3% con resultados similares en la depresión mayor.

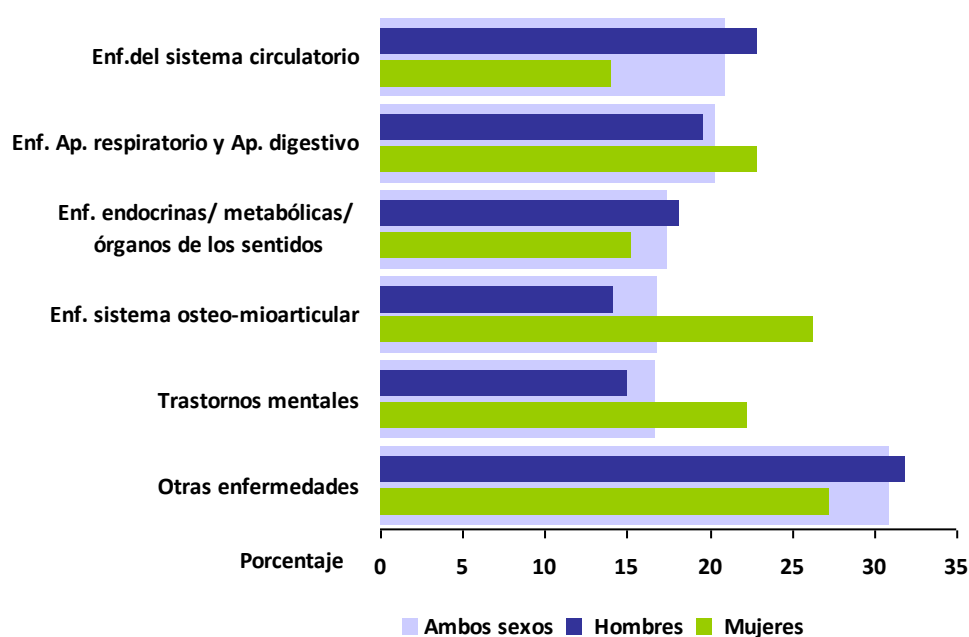
En España, según la Encuesta a las Personas sin Hogar¹¹¹ realizada por el INE en el año 2012, un total de 22.938 personas han sido usuarias de los centros asistenciales de alojamiento y/o restauración ubicados en los municipios de más de 200.000 habitantes. La distribución por sexo muestra que 8 de cada 10 personas que acuden a estos centros son hombres (80,3%), y respecto a la edad, el 57,7% tiene menos de 45 años, el 38,4% entre 45 y 64 años y el 3,8% más de 64 años.

En cuanto a la nacionalidad, más de la mitad de esta población es de procedencia española (54,2%), y del total de los extranjeros, el 56,6% son del continente africano, seguido del 22,3% del europeo.

El 14,2% de las personas sin hogar entrevistadas afirma tener un **estado de salud** malo o muy malo, alcanzando el 26,1% en el grupo de más de 64 años.

Entre las enfermedades crónicas más usuales en la población descrita, destacan las enfermedades del sistema circulatorio (20,9%) y enfermedades del aparato respiratorio y digestivo (20,9%). Un 16,6% de las personas entrevistadas afirma tener un trastorno mental, siendo este porcentaje mayor en el caso de las mujeres (22,3%).

Gráfico 27. Personas sin hogar con alguna enfermedad grave o crónica por tipo de enfermedad y sexo. España, 2012.



Fuente: Encuesta de personas sin hogar 2012. Instituto Nacional de Estadística.

En cuanto al consumo de sustancias, el 41,1% afirma consumir alcohol (un 30,5% de forma ligera, un 9,5% de forma moderada y 1,1% tiene un alto consumo), y un 37,3% manifiesta consumir algún tipo de droga.

Según esta encuesta, el 20% de las personas sin hogar no tiene tarjeta sanitaria, por lo que se les dificulta el acceso a los servicios de atención de salud mental y complica a la adherencia terapéutica.

En Andalucía, y concretamente en Málaga se inicia el **Programa de Intervención en Salud Mental y Exclusión Social (PISMES)**^E que tiene como objetivo mejorar la atención a personas sin hogar que tienen un trastorno mental grave.

Las personas en situación de sin hogar no son un colectivo homogéneo. Los estudios con mayor fiabilidad establecen que un tercio de estos presentan asociado un Trastorno Mental Grave (TMG) encontrándose doblemente estigmatizadas, lo que supone una enorme dificultad de acceso a los recursos y servicios de salud mental, y a los recursos dirigidos a las personas en situación de exclusión social, son los excluidos de los excluidos, las “personas sin lugar”.

La actuación del PISMES se fundamenta en los siguientes planteamientos:

- Abordar la problemática de las personas en situación de sin hogar y que presentan asociado un TMG, requiere una decidida apuesta conjunta por parte de los servicios de salud mental, servicios sociales comunitarios y FAISEM.
- La elaboración de planes de intervención han de ser consensuados, no puede ser una simple suma de objetivos.
- No es suficiente compartir objetivos. Hay que superar la fase de coordinación y trabajar en red, de lo contrario pueden aparecer actuaciones contradictorias. Hay que avanzar también en la metodología de cómo alcanzar los objetivos.
- La persona debe ser la protagonista de su proceso de recuperación/inclusión social, son inútiles los proyectos bienintencionados, realizados por profesionales al margen de los deseos de la persona que se pretende ayudar.

Las actuaciones llevadas a cabo por el PISMES desde su puesta en marcha en 2006 hasta finales de 2012 concluyen en 477 personas valoradas, 50 derivadas desde las UHSM y el resto de los centros que atienden a personas en situación de exclusión social.

Del total de personas valoradas, 161 presentaban un trastorno mental grave incluyéndose en el programa. A 31 de diciembre de 2012 la situación de estas personas se describe en la Tabla 10:

^E Proyecto conjunto con FAISEM y el Ayuntamiento de Málaga, como las instituciones públicas con responsabilidad en la atención a estas personas. Posteriormente se inicia el trabajo con diferentes asociaciones sin ánimo de lucro: Cáritas, Orden San Juan de Dios, Comedores Sociales, Cruz Roja, Arrabal, Adoratrices, Centro Español de Ayuda al Refugiado, etc.

Tabla 10. Personas sin hogar con trastorno mental grave el Programa de Intervención en Salud Mental y Exclusión Social. Málaga, 2012.

PISMES: 161 personas
- 49 abandonaron tras los contactos iniciales.
- 3 fallecidas.
- 1 en la cárcel en el extranjero.
- 1 en comunidad terapéutica de toxicomanía.
- 6 han ingresado en residencias para personas mayores.
- 17 han sido dadas de alta y están en seguimiento por USMC, según su domicilio actual.
- 37 vuelven al domicilio de la familia de origen (11 de ellos, en el extranjero, después de contactar con la familia a través de los consulados).
- 47 está actualmente en seguimiento por el PISMES: 1 en Comunidad Terapéutica de Salud Mental. 17 en recursos residenciales de FAISEM. 7 en diferentes habitaciones de alquiler. 6 en pisos de alquiler. 1 en centro de Acogida de CEAR. 3 en Centro de Acogida Municipal. 4 en Casa Hogar de Cáritas. 2 en Centro de Transeúntes de S. Juan de Dios. 6 permanecen en situación de calle.

7.7. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

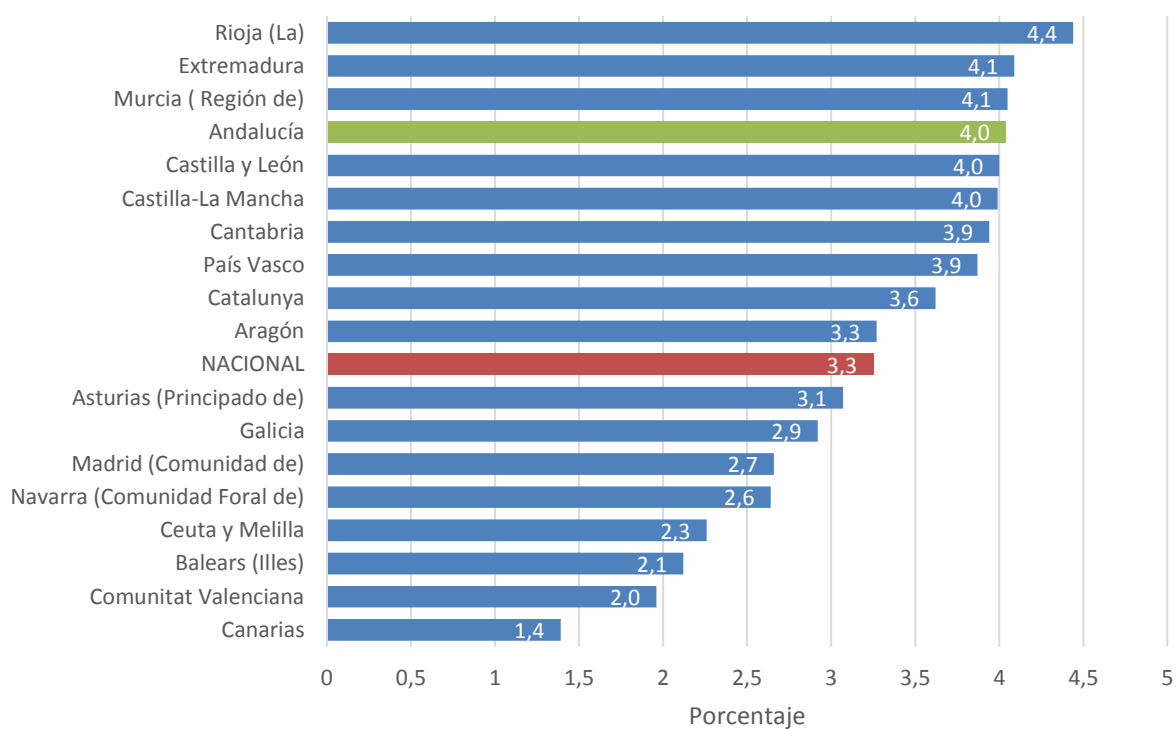
La dependencia¹¹² es un estado derivado de la edad, la enfermedad, la discapacidad física, intelectual o mental que se puede producir en cualquier etapa de la vida de una persona.

Una persona está en situación de dependencia cuando necesita la atención de una o varias personas para realizar actividades básicas de la vida diaria, como el cuidado personal, actividades domésticas; así como apoyo para su autonomía personal (capacidad de controlar, afrontar y tomar decisiones personales).

En el año 2013, según el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)¹¹³, en Andalucía se tramitaron 391.018 solicitudes de dependencia de las cuales obtuvieron el dictamen de valoración 340.553, lo que supone el 87,1%. La dependencia es mayoritariamente femenina, los dictámenes de valoración muestran que el 65,8% pertenecen a mujeres y el 34,2% a hombres.

En relación con el resto de comunidades autónomas, Andalucía tiene una tasa de dictámenes de valoración por cada 100 habitantes de 4,05%, siendo superada por La Rioja (4,44%), Extremadura (4,09%) y Murcia (4,05%). A nivel nacional, este porcentaje es de 3,25% (Gráfico 28).

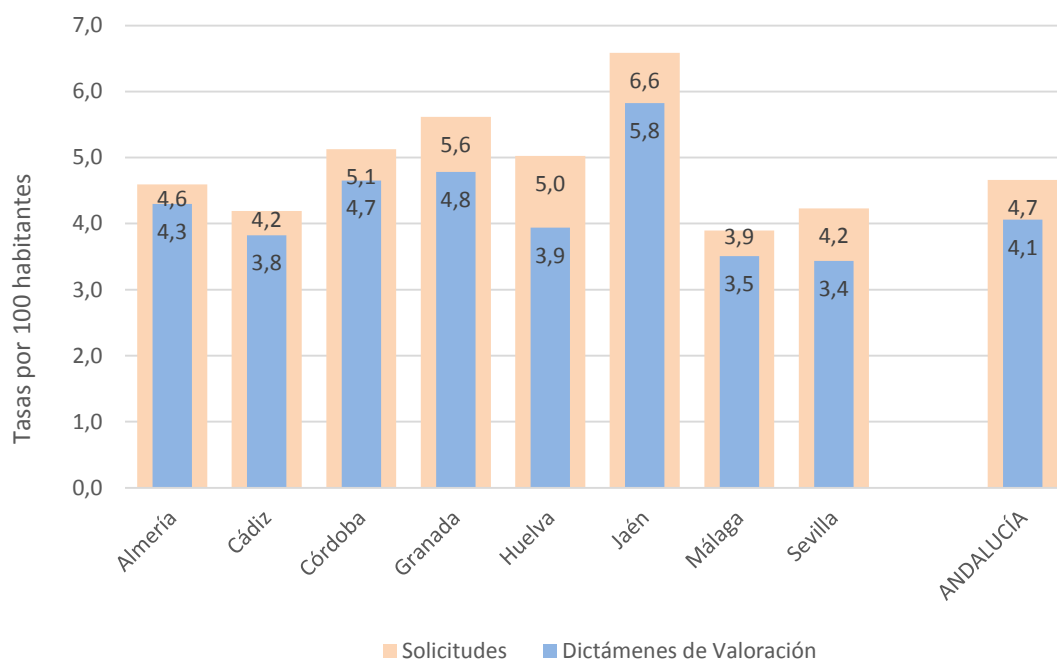
Gráfico 28. Distribución de los dictámenes de valoración. Tasa por 100 habitantes según CCAA, 2013.



Fuente: Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. IMSERSO. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En el gráfico siguiente se presentan los datos de las tasas por 100 habitantes de las solicitudes y dictámenes de valoración por provincias en Andalucía.

Gráfico 29. Distribución de las solicitudes y de dictámenes de valoración. Tasa por 100 habitantes. Provincias de Andalucía, 2013.

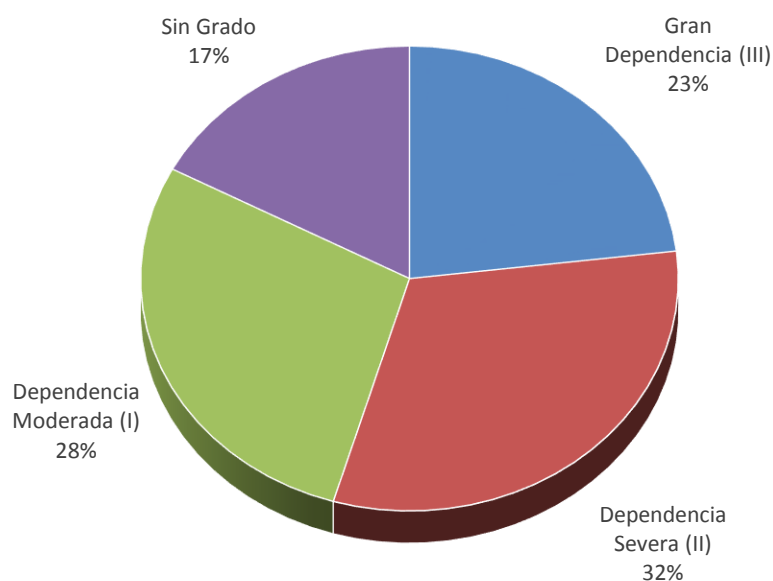


Fuente: Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Existen tres grados de dependencia, I (moderada), II (severa), III (gran dependencia) y dentro de cada grado se pueden distinguir dos niveles, I y II, menor y mayor dependencia, respectivamente.

De las 340.553 valoraciones, el 23,1% fueron de gran dependencia (III) y el 31,5% de dependencia severa (II) según se muestra en el Gráfico 30 .

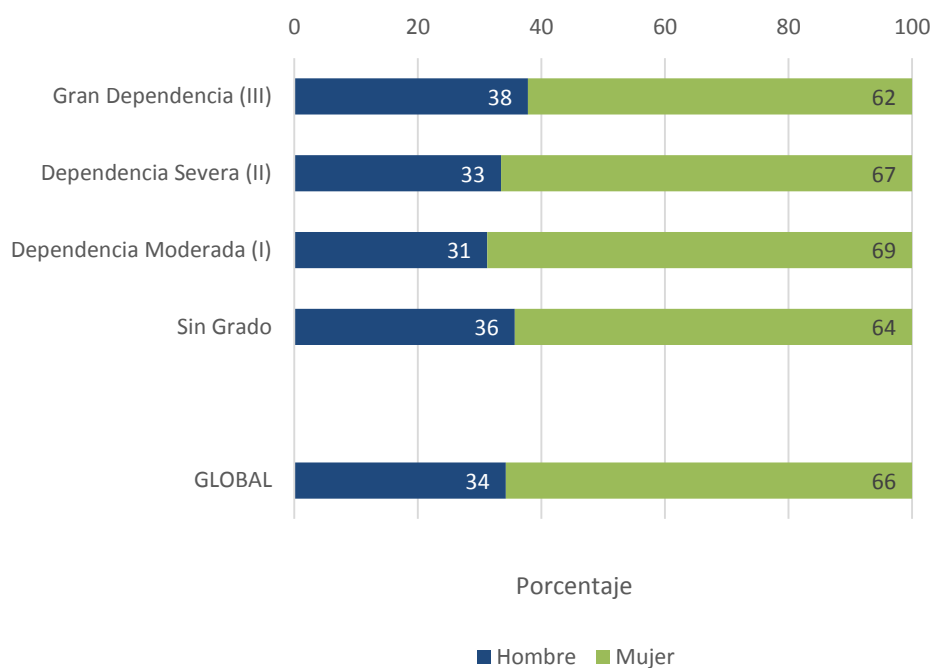
Gráfico 30. Distribución de las resoluciones de valoración según grado. Andalucía, 2013.



Fuente: Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

En el siguiente gráfico se muestra la distribución por sexo de las resoluciones de valoración según grado de dependencia.

Gráfico 31. Distribución de las resoluciones de valoración según grado y sexo. Andalucía, 2013.



Fuente: Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

A 31 de diciembre del año 2013 el número de personas beneficiarias de prestaciones es de 167.715 en Andalucía, lo que supone que una persona recibe 1,36 prestaciones, (1,25 a nivel nacional). En comparación con el resto de Comunidades Autónomas, La Rioja (1,51) y Castilla la Mancha (1,37) presentan ratios superiores.

La siguiente tabla muestra las prestaciones del Programa Individual de Atención (PIA) según tipología y sexo, donde se observa que el 41,5% de las prestaciones pertenecen a las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar.

Tabla 11. Prestaciones del Programa Individual de Atención según tipología y sexo. Andalucía, 2014.

	Hombres		Mujeres		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº
Atención Residencial	7.761	40	11.452	60	19.213
Centros de Día y Noche	5.365	46	6.418	54	11.783
Servicio de Ayuda a Domicilio	11.397	27	31.296	73	42.693
P.E. Vinculadas al Servicio	716	25	2.203	75	2.919
P.E. de Asistencia Personal	6	43	8	57	14
P.E. para Cuidados en el Entorno Familiar	34.711	37	60.237	63	94.948
Teleasistencia	14.758	26	42.221	74	56.979
Total de Prestaciones y Servicios	74.714	33	153.835	67	228.549

Fuente: Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

A continuación se analiza la dependencia en función de si es por motivos de edad o enfermedad o si se genera por discapacidad, sin olvidar que en algunos casos se dan conjuntamente.

7.7.1. Personas mayores en situación de dependencia

En España, al igual que en el resto de países del área meridional europea, el proceso de envejecimiento de la población se inició más tarde pero con una intensidad superior que en el resto de países de su entorno. La proporción de población de 65 y más años ha pasado de representar un 11,2% en 1981 a un 17,3% en 2011, pero que si se traduce a efectivos supone que entre 1981 y 2011 casi se ha duplicado la población anciana¹¹⁴.

Además, las proyecciones de la población española indican que la población mayor de 65 años seguirá aumentando. En el año 2050 habrá algo más de 15 millones de mayores, casi el doble que en la actualidad y representarán más de un tercio del total de la población española (36,4%).

El envejecimiento de la población conlleva un aumento de las personas mayores dependientes. Edad y dependencia están estrechamente relacionadas, ya que el volumen de personas con limitaciones de su capacidad funcional aumenta en los grupos de edad superiores, sobre todo a partir de los 80 años. Sin embargo, este fenómeno no es nuevo. El elemento que da una nueva dimensión al problema es el proceso de envejecimiento de la población. El aumento del volumen y del peso relativo de personas mayores, unido a cambios en las formas de organización de la familia y en el papel social de las personas cuidadoras, sitúa a la dependencia como un punto clave de las políticas sociales.

El proceso de envejecimiento¹¹² está ligado a la calidad de vida de la persona cuando llega a esta etapa (salud física y psicológica). Sin olvidar que la vejez puede llegar a ser una etapa positiva y saludable, también conlleva el deterioro de ciertas capacidades y un aumento de la prevalencia de enfermedades como: Alzheimer y otras demencias, accidentes cerebrovasculares, osteoporosis, etc.

Según los datos disponibles del sistema para la autonomía y atención a la dependencia del año 2014 el 68,4% del total de personas beneficiarias de prestaciones son mayores de 65 años, con un claro predominio de mujeres (74,5%). Las personas mayores de 65 años, presentan en su mayoría dependencia de grado II (61,0%) y de grado III (38,8%) siendo el grado I prácticamente inexistente (0,2%).

La Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (ASSDA) cuenta con los siguientes dispositivos y plazas para el apoyo a este colectivo vulnerable.

Tabla 12. Número de dispositivos y plazas concertadas con la ASSDA para personas mayores. Andalucía, 2014.

Personas Mayores	Centros	Plazas
Estancia Diurna	346	7.217
Estancia Diurna en Fines de Semana	80	1.368
Respiro Familiar	89	482
Atención Residencial	388	18.673

Fuente: Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

7.7.2. Personas con discapacidad en situación de dependencia

Son personas con discapacidad aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, previsiblemente permanentes que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás¹¹⁵. Además, deben tener reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33%.

Hay que tener en cuenta que cualquier discapacidad no genera una dependencia severa, sino que variará en función de las necesidades de apoyo que la persona necesite.

En Andalucía, según los datos de la Base Estatal de Discapacidad, en el año 2013 se realizaron 581.882 procesos de valoración de discapacidad^F, lo que supone un 6,9% del total de la población, siendo inferior que la media nacional (7,3%).

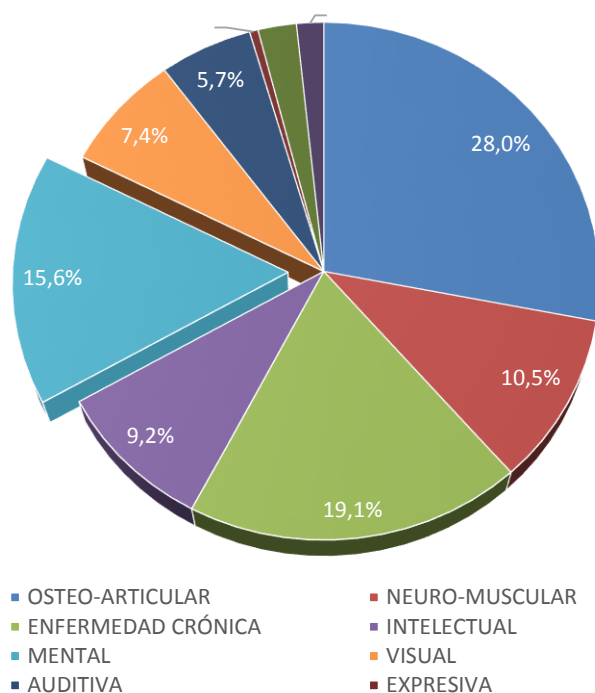
El número de reconocimientos de discapacidad con un grado igual o superior al 33% es de 416.947 (4,9% de la población). No se aprecian diferencias significativas según sexo: 49,4% hombres y 50,6% mujeres.

Centrándonos en la discapacidad por causa de trastorno mental (Gráfico 32), en España supone un 15,6% del total de personas discapacitadas, siendo similar para ambos sexos¹¹⁵.

El concepto de trastorno mental grave incluye una dimensión diagnóstica (esquizofrenia y trastornos delirantes, psicosis afectivas y algunos tipos de trastornos graves de la personalidad), otra de duración (dos o más años) y otra de discapacidad relacionada con la presencia de dificultades en distintas áreas (medida con un instrumento estandarizado a nivel internacional, como el Global Assessment of Functioning –GAF-). Partiendo de estos criterios, las cifras medias de prevalencia oscilan, en distintos países de nuestro entorno, entre 1,5 y 2,5 por 1.000 habitantes.

^F No debe confundirse la valoración de la dependencia (estado derivado de la edad, la enfermedad, la discapacidad física, intelectual o mental que se puede producir en cualquier etapa de la vida de una persona) con la valoración de la discapacidad definida en el inicio de este apartado.

Gráfico 32. Distribución de personas con discapacidad según tipo de primera deficiencia que concurre. España, 2013



Fuente: Base estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad. (Informe a 31/12/2013). Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. IMSERSO. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2014.

La Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales tiene asignados los siguientes recursos para el apoyo a las personas con discapacidad. Tanto los centros de estancia diurna, con y sin terapia ocupacional como los dispositivos de atención residencial, incluyen los recursos dirigidos directamente por FAISEM para las personas en situación de dependencia por enfermedad grave.

Tabla 13. Número de dispositivos y plazas concertadas con la ASSDA para personas con discapacidad. Andalucía, 2014.

Personas con discapacidad	Centros	Plazas
Estancia Diurna*	148	2.871
Estancia Diurna con terapia ocupacional*	184	6.492
Respiro Familiar	55	142
Atención Residencial*	209	5.375

*Incluye FAISEM

Fuente: Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

En el apartado 8.5 de este documento se definen más concretamente la totalidad de recursos y programas de apoyo social gestionados por FAISEM, para las personas con enfermedad mental grave en Andalucía.

Por último en las siguientes tablas se muestra el desglose del número de plazas concertadas de la ASSDA para personas con discapacidad tanto para la atención residencial como para los dispositivos de atención diurna.

Tabla 14. Plazas de atención residencial concertadas por la ASSDA para personas con discapacidad según tipología. Andalucía, 2014.

Personas con discapacidad	Plazas
Residencia gravemente afectados	1.746
Residencia gravemente afectados - discapacidad física	361
Residencia gravemente afectados - parálisis cerebral	177
Residencia gravemente afectados - alteraciones de la conducta	703
Vivienda tutelada con terapia ocupacional	193
Vivienda tutelada	40
Residencia adultos con discapacidad con terapia ocupacional	1.765
Residencia adultos con discapacidad	234
Residencia gravemente afectados - autismo	36
Casa Hogar	120
Total	5.375

Fuente: Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Tabla 15. Plazas de atención diurna concertadas por la ASSDA para personas con discapacidad según tipología. Andalucía, 2014.

Personas con discapacidad	Plazas
Personas con discapacidad intelectual	1.615
Personas con discapacidad física y/o visual	294
Personas con discapacidad parálisis cerebral	364
Personas con discapacidad intelectual y graves y continuados trastornos de conducta	67
Personas con trastornos del espectro autista	87
Personas con daño cerebral sobrevenido	172
Personas con enfermedad mental (FAISEM)	272
Total	2.871

Fuente: Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

7.8. INFANCIA Y ADOLESCENCIA

La población infantil y adolescente es generalmente objeto de una importante atención por parte de los servicios sanitarios y la salud mental no es ajena a este planteamiento ya que problemas de salud mental de niños, niñas y adolescentes provocan un gran impacto en su entorno familiar y social, y pueden ser germen de enfermedades mentales en la edad adulta. Así, el Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia (PASMIA), desarrollado en el marco del II PISMA y fundamentado en el respeto a los derechos del menor, pretende conseguir para los niños, niñas y adolescentes una continuidad asistencial y un correcto cuidado de su salud mental.

Tal y como recoge el PASMIA¹¹⁶, existen factores de riesgo que hacen que los menores tengan mayor probabilidad de desarrollar trastornos mentales, como por ejemplo discapacidad, enfermedades crónicas, maltrato, padres con problemas de adicciones o enfermedad, exceso de acontecimientos vitales estresantes, pobreza, marginación social, inmigración, etc.

En este apartado se van a mostrar datos del Observatorio de la Infancia de Andalucía (OIA) sobre tres de estos grupos de riesgo: menores en situación de desamparo tutelados por la administración o en régimen de acogimiento, víctimas de maltrato infantil y menores en entornos de pobreza y precariedad económica. Se incluye también un apartado en el que se profundiza en las características de los menores con trastornos de conducta que se encuentran en acogimiento residencial. Y finalmente se abordan las necesidades específicas de apoyo educativo en los centros escolares de Andalucía.

7.8.1. Protección de menores

La protección de menores¹¹⁷ incluye una serie de medidas por las que la administración interviene para paliar situaciones en las que los menores pueden ser víctimas de maltrato o abandono por parte de los adultos responsables de su cuidado. Además de la tutela y guarda legal, se incluyen medidas de acogimiento tanto en centros destinados a tal fin como en familias de acogida.

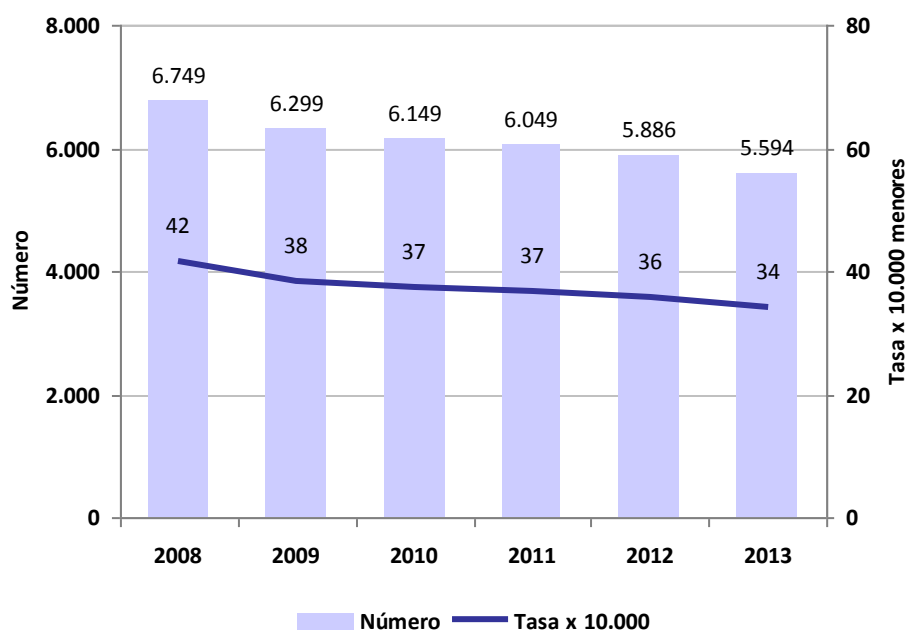
Los menores que se encuentran en esta situación pueden ser especialmente vulnerables a los trastornos mentales, es especial aquellos que ingresan en centros residenciales con problemas de conducta que no han podido resolverse en otros recursos del sistema.

TUTELAS Y GUARDAS

El número de menores bajo tutela de la administración en Andalucía se ha reducido desde los 6.749 en el año 2008 hasta los 5.594 en 2013, lo que supone un descenso del 17,1%. En este último año, el 54% son chicos y el 46% chicas siendo la tasa global de 34 menores tutelados por cada 10.000 habitantes de menos de 18 años (Gráfico 33).

En el caso de España, la tasa se redujo entre 2008 y 2012 de los 38 a los 36 menores tutelados por cada 10.000 menores de 18 años, siendo este último valor ligeramente inferior al obtenido en Andalucía para el mismo año.

Gráfico 33. Número y tasa de menores bajo tutela de la administración pública. Andalucía, 2008-2013.



Fuente: Observatorio de la Infancia a partir de datos de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

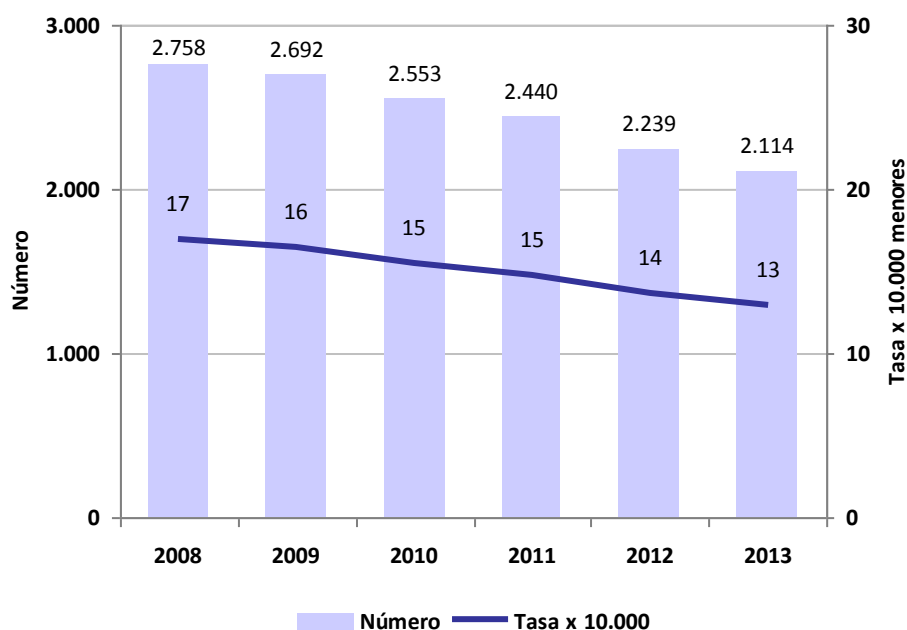
Durante 2013 el sistema de protección asumió 903 nuevas tutelas, de las que un 65% estaban referidas a chicos y un 35% a chicas. Estas cifras suponen un descenso de un 5% respecto al número de personas menores de edad bajo tutela en 2012 y un 11,2% en los últimos 5 años.

■ ACOGIMIENTO RESIDENCIAL

En el caso de los menores que tienen una medida de tutela o guarda y están acogidos en centros específicos, tanto casas como residencias, también se observa en el Gráfico 34 una importante reducción, pasando de 2.758 acogimientos en 2008 a 2.114 en 2013, quizás en un intento por favorecer otro tipo de medidas como el acogimiento en familias. En cuanto a sexo un 60% fueron chicos (1.267) y un 40% chicas (847).

La tasa para Andalucía de 13 menores acogidos por cada 10.000 habitantes con menos de 18 años en el año 2013 es ligeramente inferior a la del conjunto del país para el año 2012, que se situó en 16,6 niños, niñas o adolescentes en acogimiento por cada 10.000 menores.

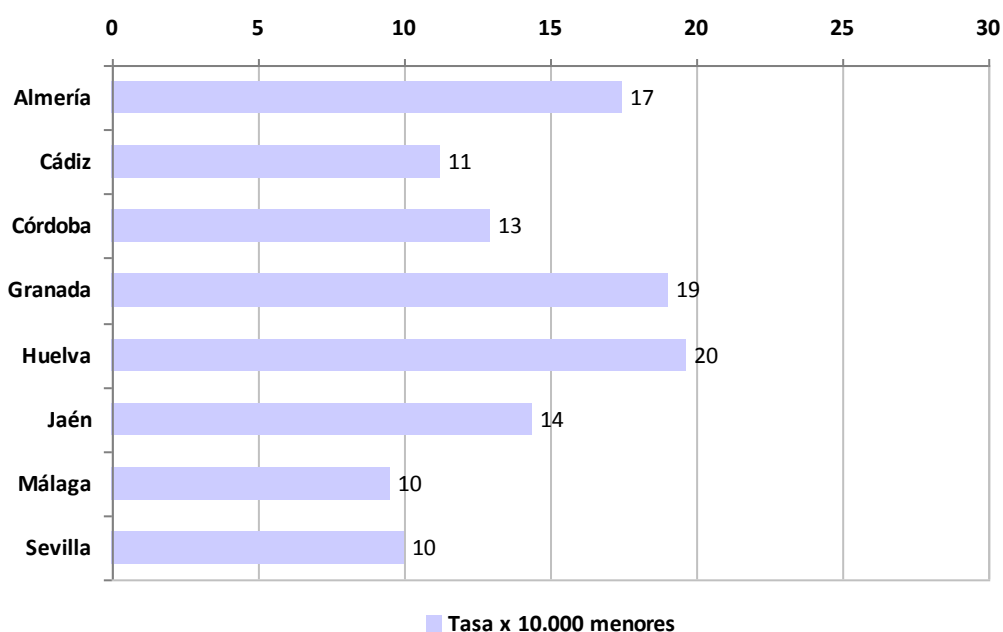
Gráfico 34. Número y tasa de menores en acogimiento residencial. Andalucía, 2008-2013.



Fuente: Observatorio de la Infancia a partir de datos de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

La tasa de niños, niñas y adolescentes en acogimiento residencial por cada 10.000 menores varía según provincia en el año 2013 entre los 10 de Málaga y Sevilla y los 20 de Huelva.

Gráfico 35. Tasa de menores en acogimiento residencial según provincia. Andalucía, 2013.



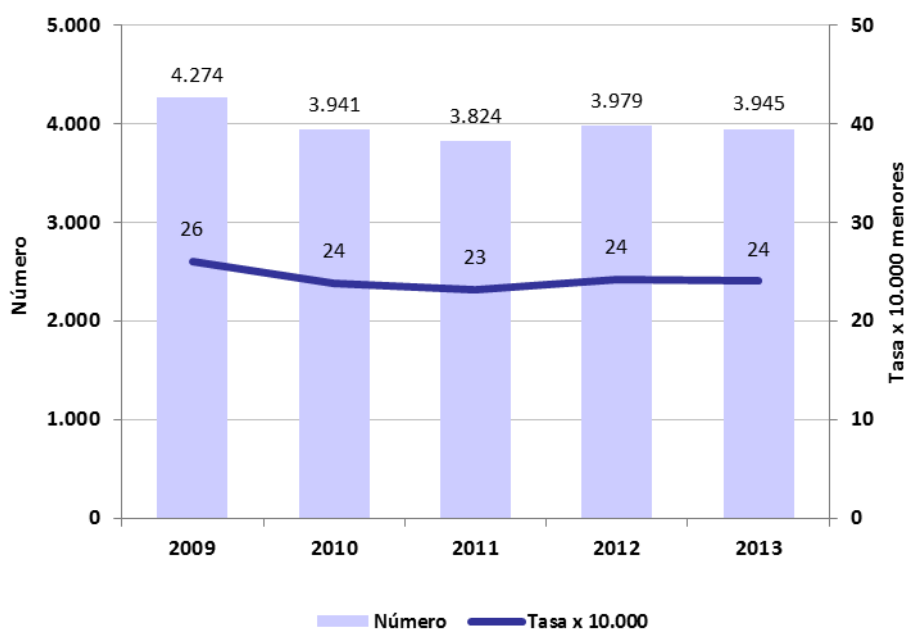
Fuente: Observatorio de la Infancia a partir de datos de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

ACOGIMIENTO FAMILIAR

El número de menores acogidos en familias, medida preferente al acogimiento residencial, disminuyó ligeramente entre 2009 y 2013 pasando de 4.274 a 3.945, quedando la tasa en 2013 en 24 niños, niñas o adolescentes acogidos en familias por cada 10.000 menores.

Este tipo de acogimiento puede ser transitorio (ante una situación de crisis con solución a corto plazo o con previsión de otras medidas más estables), permanente o por adaptación del menor a la familia en un proceso de adopción, siendo prácticamente igual la proporción de chicos y chicas.

Gráfico 36. Número y tasa de menores en acogimiento familiar. Andalucía, 2009-2013.



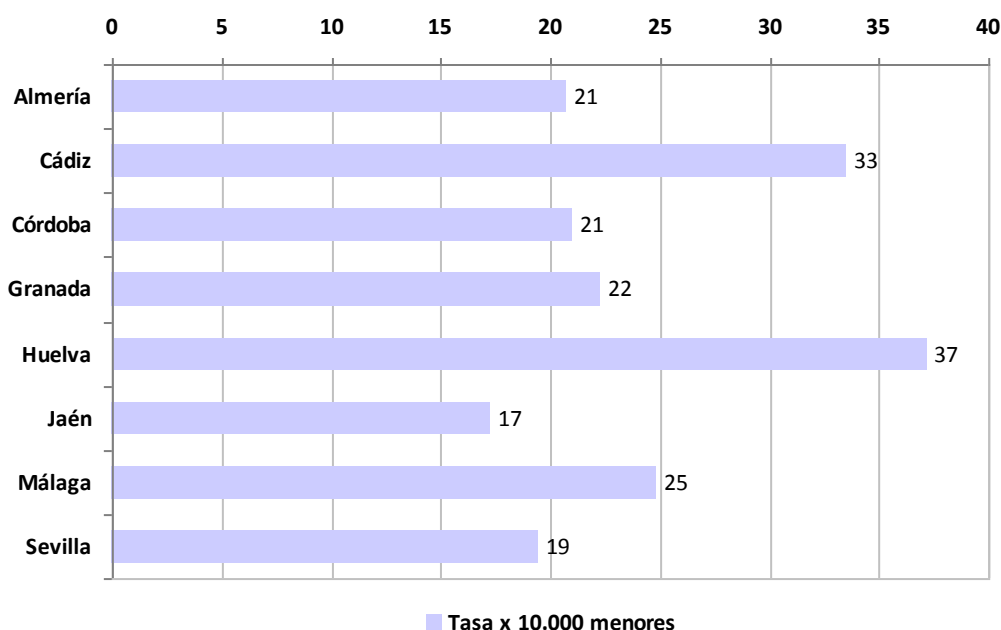
Fuente: Observatorio de la Infancia a partir de datos de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

No obstante, el sistema de protección a la infancia requiere mantener una atención continuada y activa, lo que implica que la actividad realizada durante el año es considerablemente mayor que la que pueda registrarse en un momento concreto del mismo. De esta forma a lo largo de 2013 se realizaron hasta 4.923 atenciones a niños y niñas en las diferentes modalidades de acogimiento familiar. 826 niños y niñas estuvieron en algún momento de 2013 en acogimiento simple, 4.078 en acogimiento

permanente y 845 en preadoptivo. Desde 2009 hasta 2013 se ha realizado un promedio anual de 4.905 atenciones a niños y niñas en cualquiera de las modalidades de acogimiento familiar.

Al analizar los datos por provincia en 2013 se observa una variación que abarca desde los 17 menores acogidos en familias por cada 10.000 habitantes menores de 18 años de la provincia de Jaén hasta los 37 menores acogidos en la provincia de Huelva.

Gráfico 37. Tasa de menores en acogimiento familiar según provincia. Andalucía, 2013.



Fuente: Observatorio de la Infancia a partir de datos de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Si comparamos los gráficos Gráfico 35 y Gráfico 37, se observa que en todas las provincias se acogen más menores en familias que en centros.

ADOPCIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL

La adopción es una medida de integración familiar que, de la misma forma que el acogimiento familiar preadoptivo, se aplica cuando se descarta la posibilidad de reintegrar al menor con su familia de origen al no preverse una modificación de las circunstancias que provocaron la declaración de desamparo.

Por un lado en cuanto a la adopción nacional en Andalucía, durante 2013, se han recibido 484 solicitudes de adopción, se han tramitado 165 propuesta de adopciones y finalmente se han formalizado judicialmente 186 adopciones.

En 2013 se tramitaron 101 expediente de adopción internacional y se han adoptado 176 menores extranjeros.

7.8.2. Menores con graves trastornos de conducta en acogimiento residencial

Dentro de los menores que son acogidos en casas o residencias existe un porcentaje que ingresa debido a trastornos conductuales que habitualmente no han podido resolverse en ninguno de los recursos del sistema por los que han pasado con anterioridad.

Se trata de niños, niñas o adolescentes que han podido desarrollar comportamientos delictivos, absentismo escolar y otros comportamientos que en ocasiones provocan la expulsión de los centros educativos y graves problemas de convivencia en los centros de residencia. Algunos de estos menores tampoco consiguen adaptarse a los centros en los que ingresan en primera instancia, por lo que requieren de atención más específica en otro tipo de centros con programas especiales.

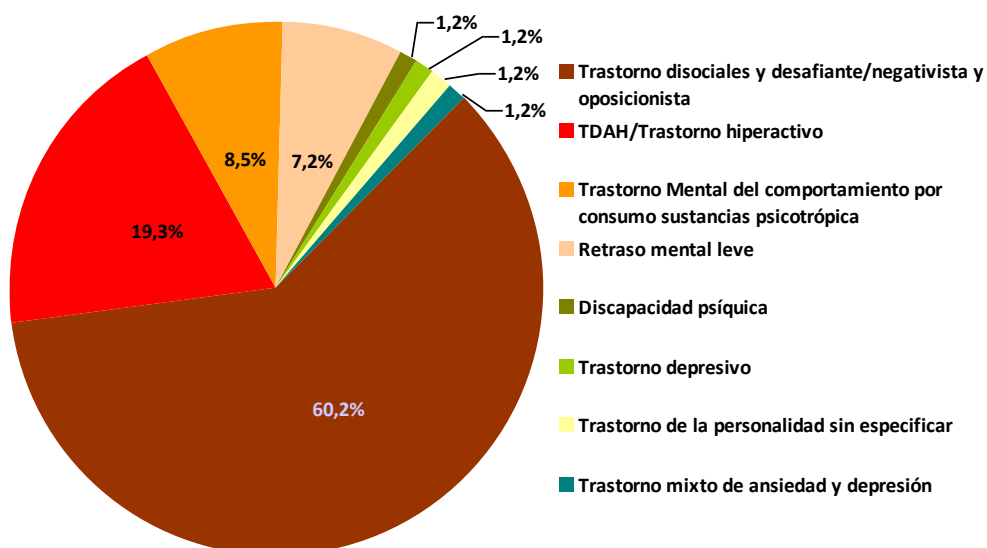
En el estudio realizado por la Dirección General de Infancia y Familia de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, entre los meses de mayo y junio de 2011 estuvieron ingresados 142 menores repartidos entre los 14 centros específicos para trastornos de conducta de Andalucía¹¹⁸. La mayoría fueron chicos (71,1%) y aunque las edades oscilaban entre los 10 y los 17 años, más del 70% de los menores tenían entre 15 y 17 años. Además, un 16,9% de estos niños, niñas y adolescentes eran extranjeros. En cuanto a su situación legal, 131 (92,3%) tienen resolución de desamparo y el resto están acogidos en régimen de guarda.

El 80,3% de estos menores estaban escolarizados, de los que un 43,0% salen a recursos educativos normalizados fuera del centro y el 57,0% reciben formación en el propio centro en concierto con la Consejería de Educación.

En cuanto a las relaciones con la familiar se mantiene en el 95,8% de los casos. El 64,1% reciben visitas de sus familiares y el 38,7% salen regularmente al domicilio familiar.

De los 142 menores solo 75 (un 52,8%) tenían registrado un diagnóstico clínico previo al ingreso en el centro, obteniéndose finalmente que 83 de las personas presentaban trastornos mentales distribuidos tal y como se muestra a continuación, y donde destacan los trastornos disociales y desafiante-negativista y oposicionista presentes en más del 60% de los menores ingresados con diagnóstico clínico.

Gráfico 38. Diagnósticos de menores en acogimiento residencial con graves trastornos de conducta. Andalucía, 2011.



Fuente: Observatorio de la Infancia a partir de datos de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

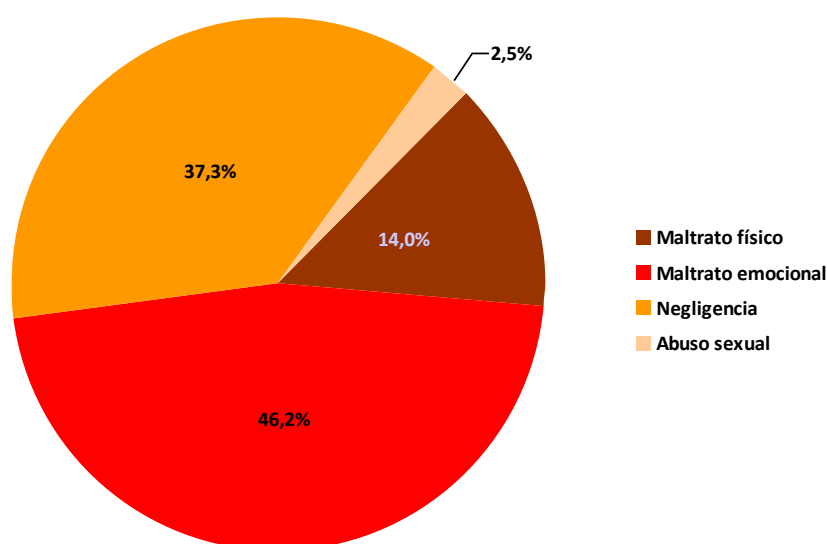
7.8.3. Maltrato infantil

Entendiendo el maltrato infantil como cualquier forma de violencia, ya sea física o emocional, que se comete contra un menor, hay que suponer que una parte de estas agresiones no llegan a cuantificarse debido a que el problema no se detecta o no se denuncia. Las fuentes, por otra parte, son variadas, incluyendo por ejemplo a los profesionales de servicios sociales, sanitarios o de atención al menor, los propios menores de edad o teléfonos específicos de atención que se ponen a disposición de la ciudadanía.

En Andalucía se dispone de un Sistema de Información Específico Sobre Maltrato Infantil (SIMIA) que recopila información sobre dichos maltratos y que se alimenta a través de una serie de procedimientos de denuncia, notificación y seguimiento comunes a todas las administraciones. Estos datos se incorporan finalmente a un registro a nivel nacional, el Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI), que incluye tanto las notificaciones de sospecha como los casos verificados.

Según esta fuente de información¹¹⁷, durante el año 2012 en Andalucía se registraron 2.699 notificaciones entre sospechas y casos confirmados, y tal y como se observa en el siguiente gráfico el 46,2% de los maltratos notificados fueron de tipo emocional, mientras que un 37,3% correspondieron a negligencias, un 14,0% a maltrato de tipo físico y el 2,5% restante a abusos sexuales.

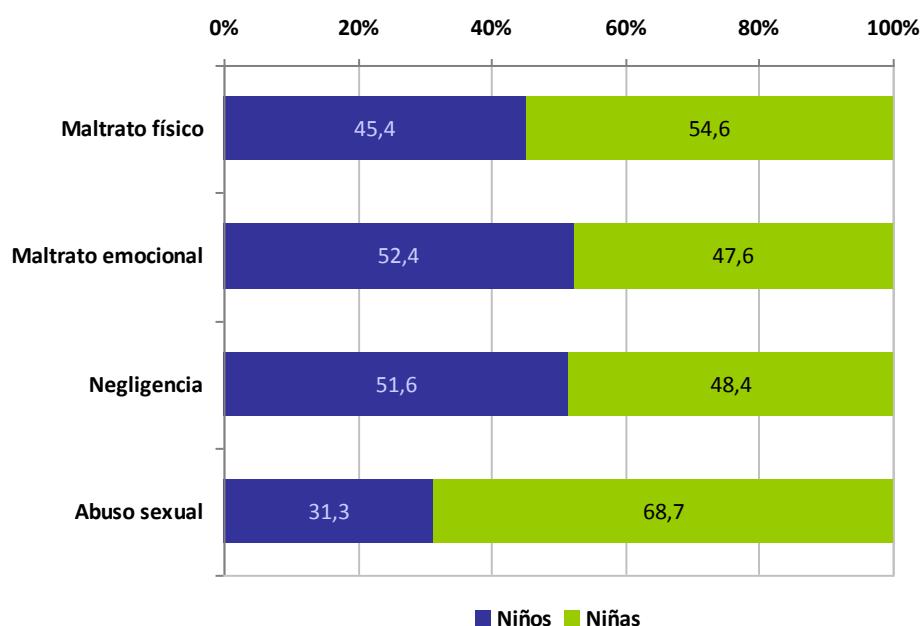
Gráfico 39. Notificaciones de maltrato infantil registradas en el sistema RUMI por tipo. Andalucía, 2012.



Fuente: Observatorio de la Infancia a partir de datos de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Las niñas y las adolescentes fueron las víctimas mayoritarias en el caso de abusos sexuales (68,7%) y maltratos de tipo físico (54,6%), mientras que los chicos fueron objeto en mayor proporción que las chicas de maltratos de tipo emocional y derivados de negligencias.

Gráfico 40. Notificaciones de maltrato infantil registradas en el sistema RUMI por tipo según sexo. Andalucía, 2012.



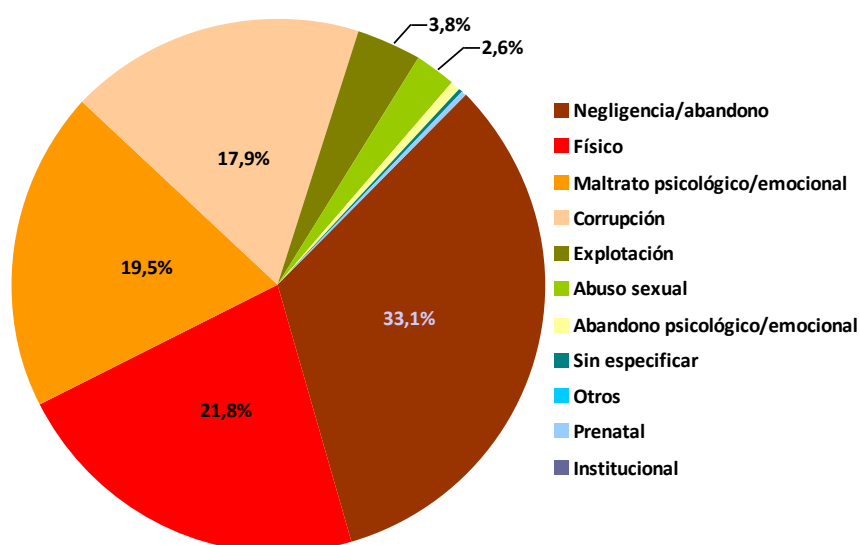
Fuente: Observatorio de la Infancia a partir de datos de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Otra fuente de información sobre situaciones sospechosas de maltrato infantil son las llamadas al teléfono 900 851 818, que la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales pone a disposición de la población para notificar posibles maltratos.

En Andalucía y durante el año 2012 se recibieron 1.420 llamadas a este número de teléfono notificando posibles maltratos a 2.065 menores de edad, clasificándose las situaciones denunciadas como muy graves en el 7,2% de los casos, maltratos moderados en el 64,0% y leves en el 28,8% restante.

Como se observa en el siguiente gráfico, un 33,1% de las llamadas denunciaban negligencia o abandono físico o cognitivo, seguidas del maltrato físico en un 21,8% de los casos, maltrato psicológico o emocional en un 19,5% y corrupción de menores en un 17,9%.

Gráfico 41. Notificaciones a través del teléfono de notificación de maltrato infantil por tipo. Andalucía, 2012.



Fuente: Observatorio de la Infancia a partir de datos de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

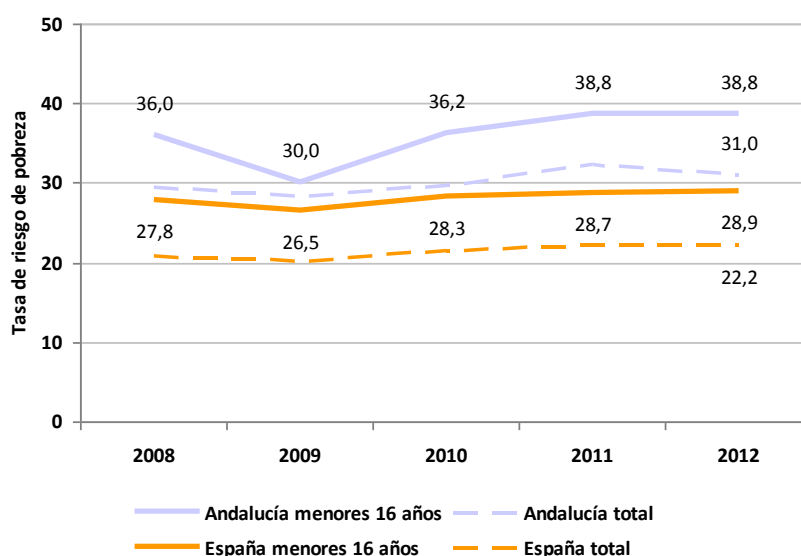
De los 2.065 menores afectados por estos supuestos maltratos, el 56,7% fueron chicos, frente al 43,3% que representaron las niñas y las adolescentes, distribuyéndose de manera bastante homogénea entre todos los grupos de edad.

7.8.4. Pobreza y dificultades económicas

Aunque los problemas de pobreza y exclusión social afectan a toda la sociedad, especialmente en tiempos de crisis, los niños, niñas y adolescentes sufren especialmente estas situaciones. Desde 2008 además se han acentuado las desigualdades, ha aumentado el paro en hogares con menores a su cargo y el gasto familiar se ha reducido hasta el punto de que más de la mitad de los hogares dicen tener problemas para llegar a final de mes.

Un 38,8% de la población menor de 16 años de Andalucía vivían en 2012 en hogares por debajo del umbral de riesgo de pobreza, 10 puntos por encima de la media nacional (28,9%). Además las tasas de pobreza relativa son mayores en este colectivo que en el conjunto de la población, tanto en Andalucía (38,8% frente a 31,0% en 2012) como en el conjunto del país (28,9% frente a 22,2% el mismo año), lo que pone de manifiesto una mayor vulnerabilidad de la población menor de edad.

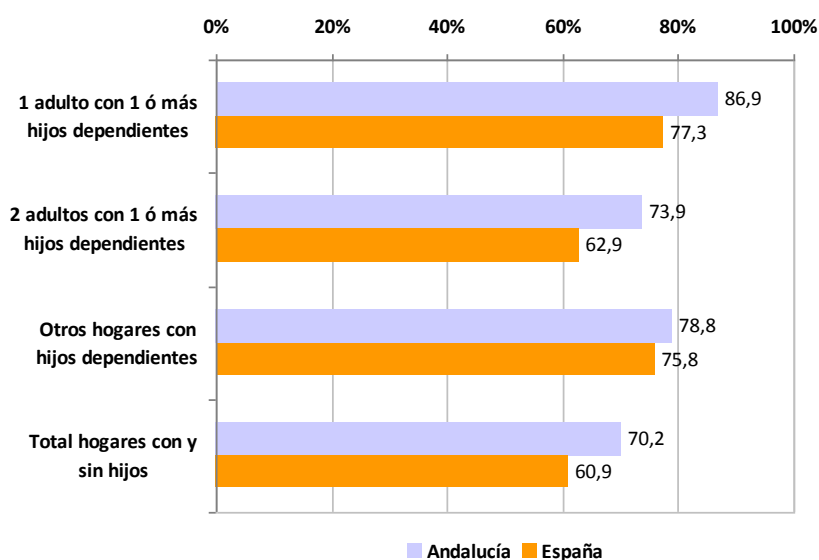
Gráfico 42. Tasa de riesgo de pobreza. Andalucía y España, 2008-2012.



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía e Instituto Nacional de Estadística.

En el siguiente gráfico se observa el porcentaje de hogares que dicen tener problemas para llegar a fin de mes, que en Andalucía en 2012 fue del 70,2% y en España del 60,9%, superándose dichos valores en el caso de hogares con menores a su cargo. Los porcentajes son especialmente altos en el caso de familias monoparentales, observándose que el 86,9% de los hogares andaluces de este tipo y el 77,3% de los españoles tienen dificultades para llegar a fin de mes.

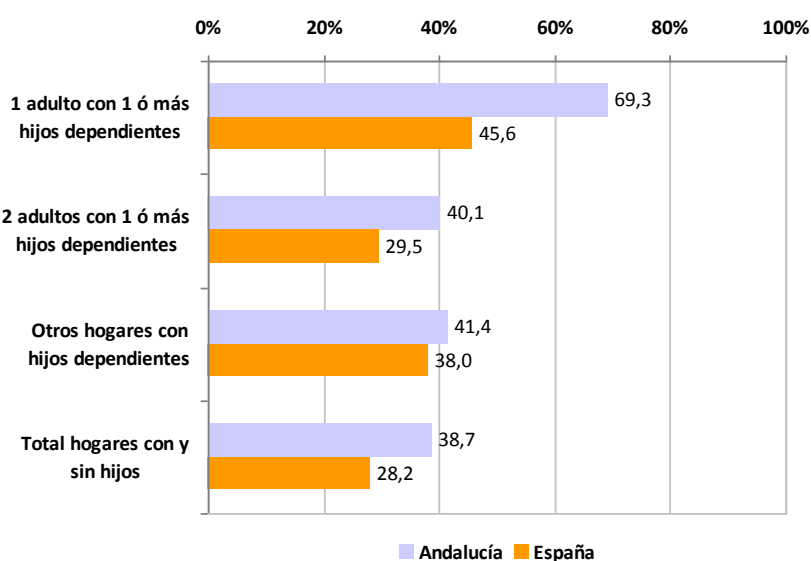
Gráfico 43. Hogares que no pueden llegar a fin de mes por tipo. Andalucía y España, 2012.



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía e Instituto Nacional de Estadística.

Al considerar los hogares en riesgo de pobreza o exclusión social tal y como se define en la estrategia Europa 2020, y que incluye además del riesgo de pobreza monetario los hogares con privación material severa o con una intensidad de empleo muy baja, también se observa que los hogares con hijos son más vulnerables. En el caso de las familias monoparentales andaluzas en 2012, el 69,3% estarían según esta definición en riesgo de pobreza o exclusión social.

Gráfico 44. Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (estrategia Europa 2020). Andalucía y España, 2012.

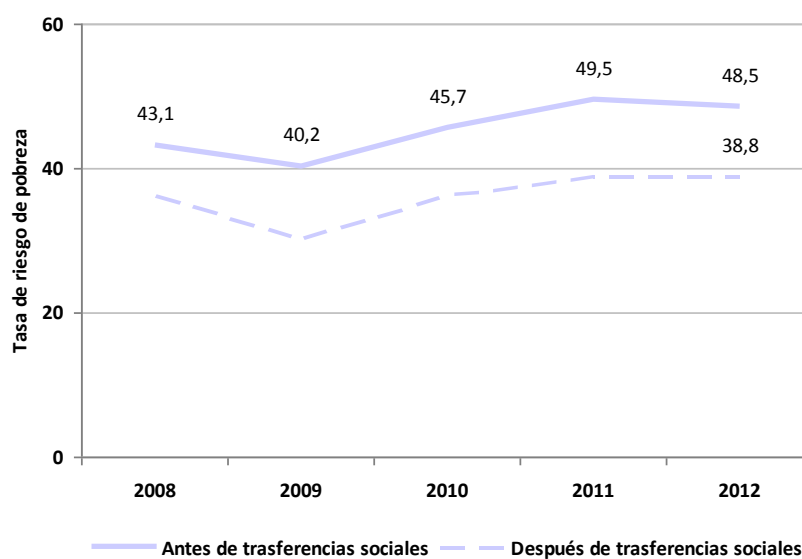


Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía e Instituto Nacional de Estadística.

Además, hay que tener en cuenta la importancia de las transferencias sociales, que pueden reducir el riesgo de pobreza infantil, o aumentarlo en caso de ser insuficientes o no aplicarse de manera adecuada.

En Andalucía, en 2008 las ayudas sociales redujeron en un 7,1% la tasa de riesgo de pobreza en menores de 16 años, diferencia que superó ligeramente los 10 puntos en 2009 y se mantiene desde entonces estable, alcanzado en 2012 el 9,7%. En concreto, en este último año el riesgo de pobreza en menores de 16 años fue del 48,5% sin contar las transferencias sociales y del 38,8% al tenerlas en cuenta.

Gráfico 45. Tasa de riesgo de pobreza antes y después de transferencias sociales. Andalucía, 2008-2012.



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía e Instituto Nacional de Estadística.

7.8.5. Educación y salud mental

En el ámbito escolar, las necesidades de apoyo específico al alumnado se articulan en torno al concepto de Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (NEAE), que engloba al alumnado con necesidades educativas especiales, al alumnado con altas capacidades intelectuales, al alumnado con incorporación tardía en el Sistema Educativo Español, al alumnado con dificultades específicas de aprendizaje, al alumnado con condiciones personales o de historia escolar compleja, así como a la compensación de desigualdades sociales¹¹⁹.

Durante el curso académico 2012-2013, el 4,5 % del alumnado de 2º ciclo de Educación Infantil y Educación Primaria, el 6,2 % de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y el 1,2 % de Bachillerato presentaron NEAE (Tabla 16). En todos los ciclos educativos, es mayor el porcentaje de niños que de niñas.

Tabla 16. Población escolarizada y porcentaje de alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo, ciclo educativo y sexo. Andalucía, Curso 2012-2013.

	2º ciclo de infantil y primaria	ESO	Bachillerato
Alumnos	437.280	190.928	71.453
NEAE	25.473	14.552	1.035
%	5,8	7,6	1,4
Alumnas	411.576	178.902	76.003
NEAE	12.951	8.374	657
%	3,2	4,7	0,9
GLOBAL	848.856	369.830	147.456
NEAE	38.424	22.926	1.692
%	4,5	6,2	1,1

Fuente: Sección de Estadísticas de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía.

En la siguiente tabla se muestra el número de alumnos y alumnas con NEAE a lo largo del curso académico 2012-2013, desglosado por tipo de necesidad y ciclo formativo.

Tabla 17. Alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo por tipo de necesidad, ciclo educativo y sexo. Andalucía, Curso 2012-2013.

	2º ciclo de infantil y primaria		ESO		Bachillerato	
	Alumnos	Alumnas	Alumnos	Alumnas	Alumnos	Alumnas
Trastornos graves del desarrollo	1.441	584	-	-	-	-
Visual	259	196	109	98	34	32
Auditiva	606	402	279	188	48	49
Intelectual	4.804	3.325	2.980	2.417	68	55
Física	1.306	950	407	309	91	64
Trastornos del espectro autista	2.497	517	583	112	95	17
Trastornos de la comunicación	1.811	634	219	79	18	5
Trastornos graves de conducta	259	40	217	30	9	1
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	3.559	898	2.182	422	98	15
Otros*	446	260	88	41	7	8
Altas capacidades intelectuales	1.454	866	882	422	218	91
Dificultades de aprendizaje	7.031	4.279	6.606	4.256	349	320
Total	25.473	12.951	14.552	8.374	1.035	657

* Incluye otros trastornos mentales y enfermedades raras y crónicas.

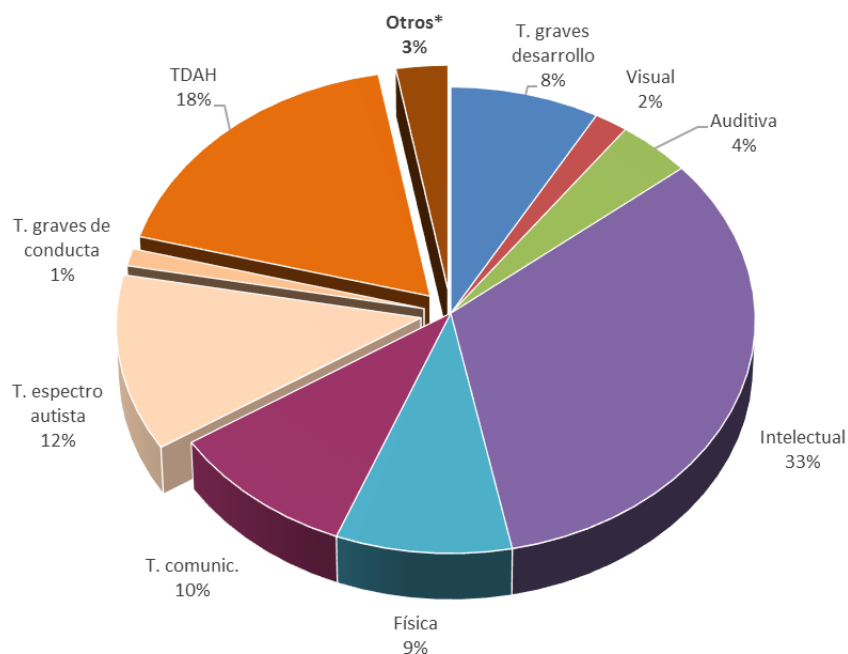
Fuente: Sección de Estadísticas de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía.

Un 61% del alumnado pertenece al 2º ciclo de educación infantil y educación primaria, un 36% a educación secundaria obligatoria y un 3% a bachillerato. En todas las etapas, las necesidades de apoyo son más frecuentes en niños que en niñas, con una distribución en torno al 65-35 %.

El alumnado con problemas de salud mental o con riesgo de padecerlos se encuentra mayoritariamente en el grupo de Necesidades Educativas Especiales (NEE), en el que se incluye aquel que requiere, por un período de su escolarización o a lo largo de toda ella, determinados apoyos y atenciones educativas específicas derivadas de discapacidad o trastornos graves de conducta.

Centrándonos en el **alumnado del 2º ciclo de infantil y primaria con NEE**, en el siguiente gráfico se observa que la discapacidad intelectual es la más frecuentes (33%), seguidos de los Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad-TDAH- (18%) y los trastornos del espectro autista (12%).

Gráfico 46. Alumnado del 2º ciclo de educación infantil y primaria con necesidades educativas especiales. Andalucía, Curso 2013-2013.

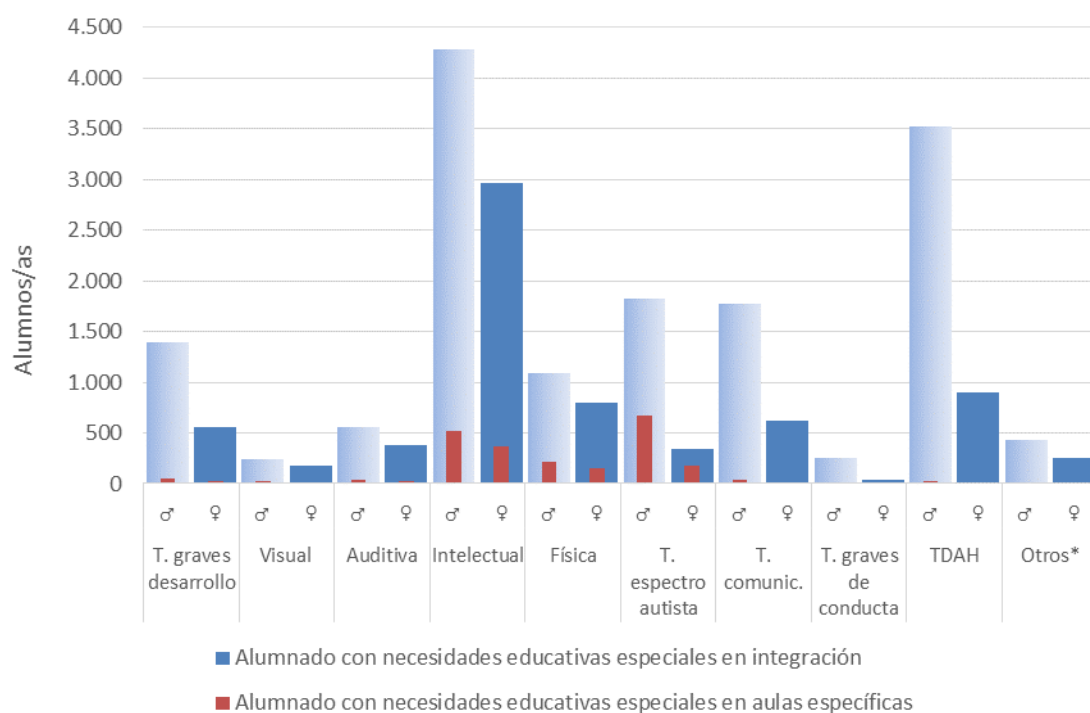


* Incluye otros trastornos mentales y enfermedades raras y crónicas.

Fuente: Sección de Estadísticas de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía.

En el Gráfico 47 se observa que, en los centros ordinarios, la mayoría del alumnado con NEE se encuentra en aulas de integración y sólo el 10% en aulas específicas. En estas últimas destaca el alumnado con discapacidad intelectual, discapacidad física o trastorno del espectro autista. En relación al sexo, en todos los casos es mayor el masculino, destacando los TDAH, en el que el 80% son niños.

Gráfico 47. Alumnado del 2º ciclo de educación infantil y primaria con necesidades educativas especiales en integración y en aulas específicas. Andalucía, Curso 2012-2013.



■ Alumnado con necesidades educativas especiales en integración

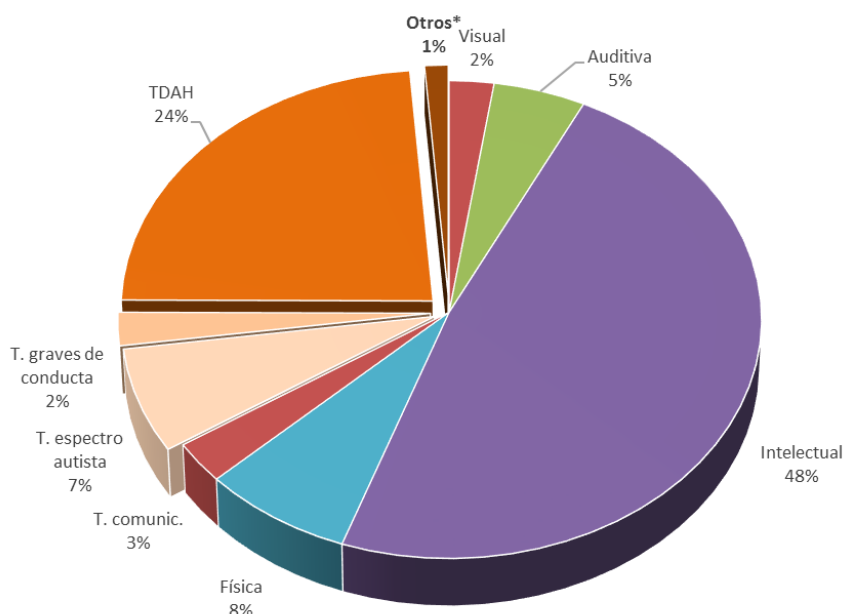
■ Alumnado con necesidades educativas especiales en aulas específicas

* Incluye otros trastornos mentales y enfermedades raras y crónicas.

Fuente: Sección de Estadísticas de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía.

Respecto al **alumnado de ESO y Bachillerato con NEE**, el 48% tienen una discapacidad intelectual y un 24% TDAH (Gráfico 48).

Gráfico 48. Alumnado de ESO y Bachillerato con necesidades educativas especiales en integración. Andalucía, Curso 2012-2013.

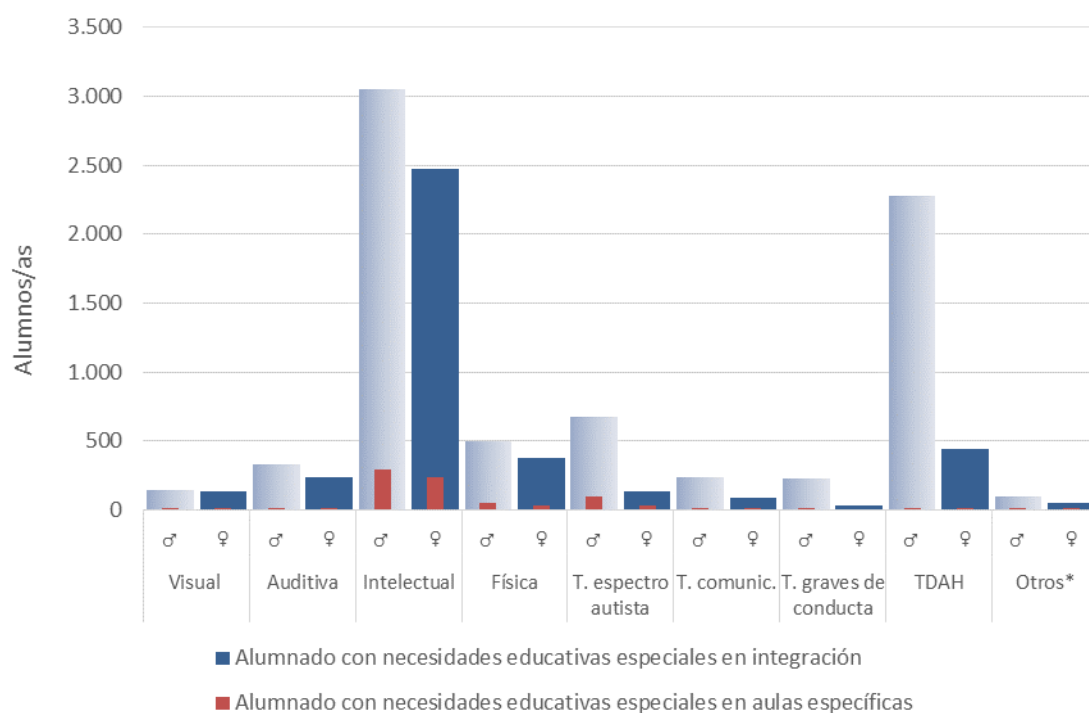


* Incluye otros trastornos mentales y enfermedades raras y crónicas.

Fuente: Sección de Estadísticas de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía.

Como en el caso anterior es muy bajo el porcentaje de alumnado con NEE en aulas específicas en centros ordinarios, alrededor de un 7%, no existiendo diferencias entre ambos sexos (gráfico 4). En estas aulas destaca en su mayoría el alumnado con discapacidad intelectual seguido de trastorno del espectro autista. Así mismo, el sexo masculino también es mayor en todos los casos, destacando los TDAH y los trastornos del espectro autista, en los que el 84 % son niños.

Gráfico 49. Alumnado de ESO y Bachillerato con necesidades educativas especiales en integración y en aulas específicas. Andalucía, Curso 2012-2013.

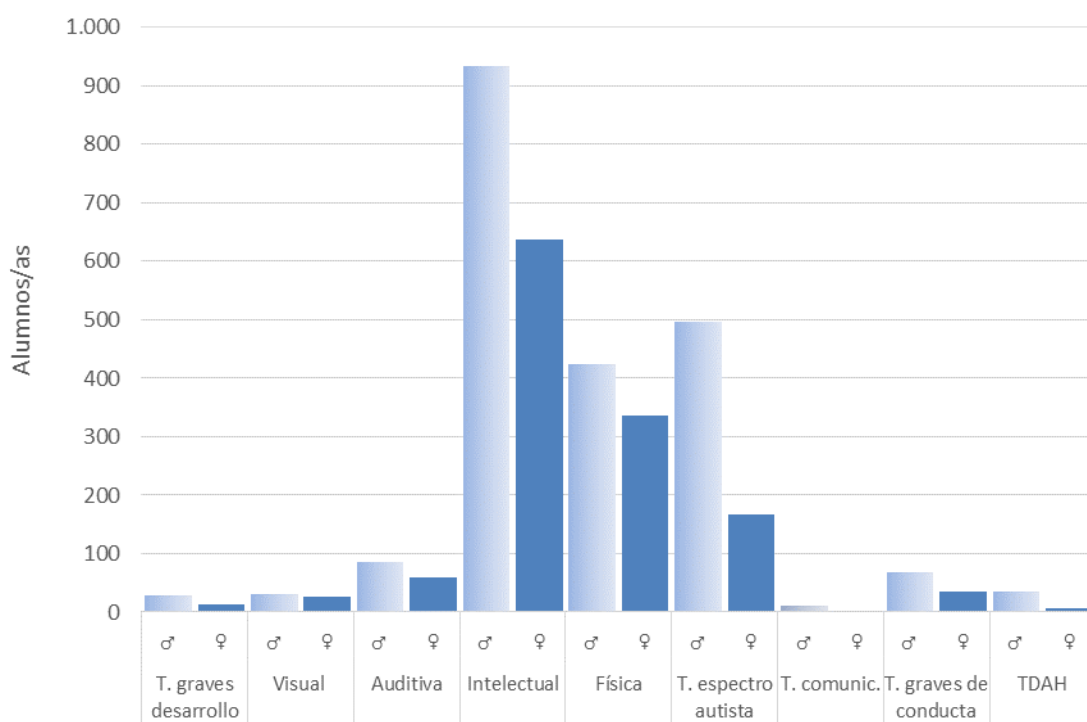


* Incluye otros trastornos mentales y enfermedades raras y crónicas.

Fuente: Sección de Estadísticas de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía.

Por último, en cuanto al **alumnado en centros específicos de educación especial**, durante el curso académico 2012-2013 se han ocupado 3.396 plazas, predominando nuevamente el sexo masculino (62% de niños con NEE). Los problemas más frecuentes de este alumnado son la discapacidad intelectual (46,2%), la discapacidad física (22,4%) y el trastorno del espectro autista (19,5%).

Gráfico 50. Alumnado con necesidades educativas especiales por tipo de necesidad en centros específicos de educación especial. Andalucía, Curso 2012-2013.



Fuente: Sección de Estadísticas de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía.

).

7.9. VIOLENCIA DE GÉNERO Y ENFERMEDAD MENTAL

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 un reciente estudio realizado en Europa (UE-28). Se calcula que 13 millones de mujeres en la Unión Europea experimentaron violencia física durante los 12 meses previos a la entrevista de la encuesta. Esa cifra equivale a un 7% de mujeres con edades de entre 18-74 años en la UE y 3,7 millones sufrieron, en el mismo periodo, violencia sexual (equivalente al 2% de mujeres con edades de entre 18-74 años) (European Agency for Fundamental Rights, 2014)¹²⁰.

La violencia contra las mujeres es un importante problema de salud pública. Desde el año 2003 hasta finales de 2014 han fallecido en España 765 mujeres, de las cuales, el 20% corresponden a Andalucía (155 mujeres)¹²¹. No obstante, las muertes por violencia de género son solo la punta del iceberg. La última Macroencuesta realizada en España sobre violencia contra las mujeres, cuyo objetivo ha sido conocer el porcentaje de mujeres que han sufrido o sufren algún tipo de violencia por ser mujeres, ha entrevistado de forma presencial a una muestra representativa de 10.171 mujeres de 16 y más años, residentes en España. Según el avance de resultados, han sufrido maltrato a lo largo de la vida, según tipo de maltrato, el 10,3% físico, el 8,1% sexual, el 25,4% psicológico de control, el 21,9% psicológico emocional, y el 10,8% económico. Del total de mujeres de 16 o más años residentes en España que tienen pareja actualmente, el 2,9% han sufrido violencia física y/o violencia sexual de su pareja actual en algún momento de la relación y el 1,9% en los últimos 12 meses¹²².

Específicos para Andalucía, los datos de los que disponemos en cuanto a la prevalencia en población general, de mujeres que sufren maltrato, pertenecen a la III macroencuesta (2006), y reflejan un 11,1% de maltrato técnico y un 4,1% de maltrato declarado.

Esta violencia de género afecta también a la infancia y otros grupos vulnerables. Según los datos de avance de la Macroencuesta, del total de mujeres que sufren o han sufrido violencia física, sexual o miedo de sus parejas o exparejas y que tenían hijos/as en el momento en el que se produjeron los episodios de violencia, el 63,6% afirma que los hijos e hijas presenciaron o escucharon alguna de las

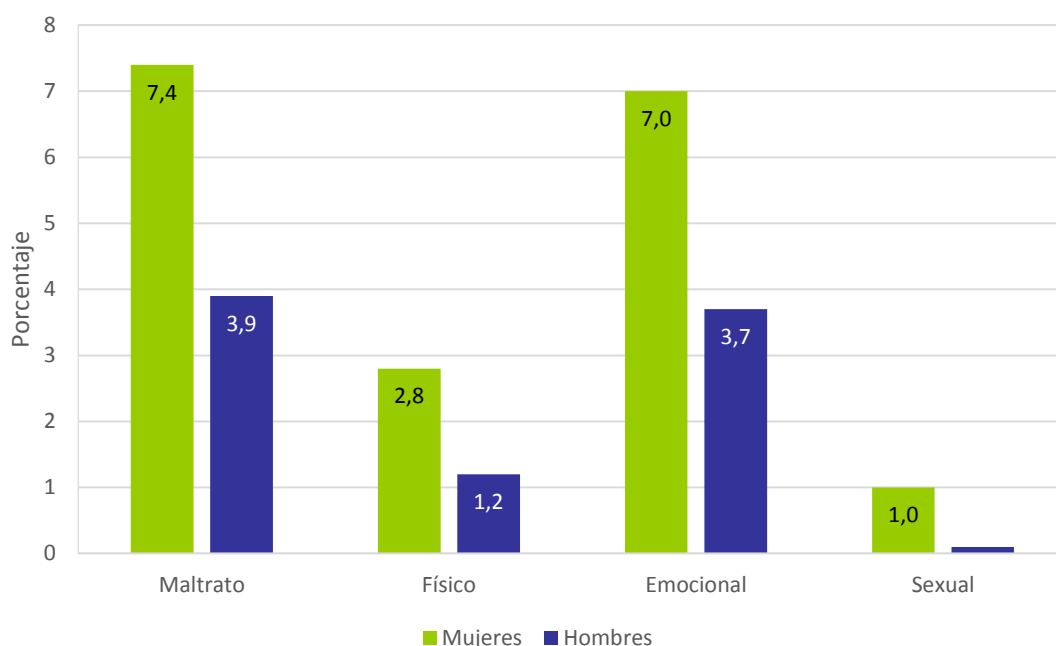
situaciones de violencia. De las mujeres que han contestado que sus hijos/as presenciaron o escucharon los episodios de violencia de género y que estos hijos eran menores de 18 años cuando sucedieron los hechos, el 64,2% afirma que estos hijos/as menores sufrieron a su vez violencia.

Las mujeres con discapacidad se encuentran más expuestas a ser víctimas de violencia de género. El estudio realizado en nuestra comunidad autónoma en 2011 a una muestra de 1.115 mujeres con discapacidad, trató las diferentes formas de violencia ejercidas contra ellas. Un total de 345 mujeres habían sido víctimas de violencia, lo que representa el 31% del total de mujeres con discapacidad. De las 1.115, el 74,4% (829 mujeres) presentaban una discapacidad física, de las cuales el 32% reconocía haber estado expuesta a alguna situación de violencia, ya sea violencia de género o violencia por razón de discapacidad, o por ambas a la vez, ya que a veces es difícil establecer la frontera que divide ambas situaciones¹²³.

Una investigación de la Universidad de Granada realizada sobre mujeres embarazadas, ha detectado que un 22,7% sufre algún tipo de violencia –emocional, física o sexual– dentro de su pareja. Mientras que el 21% de las mujeres sufren violencia emocional durante el embarazo, el 3,6% soporta violencia física o sexual. Además, el 36,1% de las que manifestaron violencia física indicaron que acontecía “muy a menudo” o “diariamente”¹²⁴.

El reciente estudio epidemiológico sobre trastornos mentales en Andalucía (Proyecto PISMA-ep, 2013)⁹⁵, ha incorporado información relativa a maltrato con el objetivo de cuantificar la prevalencia de trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de la población andaluza (adulta) y analizar la asociación entre el maltrato en la pareja y trastornos mentales. Según este estudio, de un total de 1.958 mujeres y 1.882 hombres con pareja, el 7,4% y el 3,9% respectivamente informaron haber sufrido algún tipo de maltrato, físico (2,8% y 1,2%), emocional (7% y 3,7%) o sexual (1,0% y 0,1%) en los últimos años.

Gráfico 51. Tipo de maltrato por sexo. Proyecto PISMA-ep 2013. Andalucía.

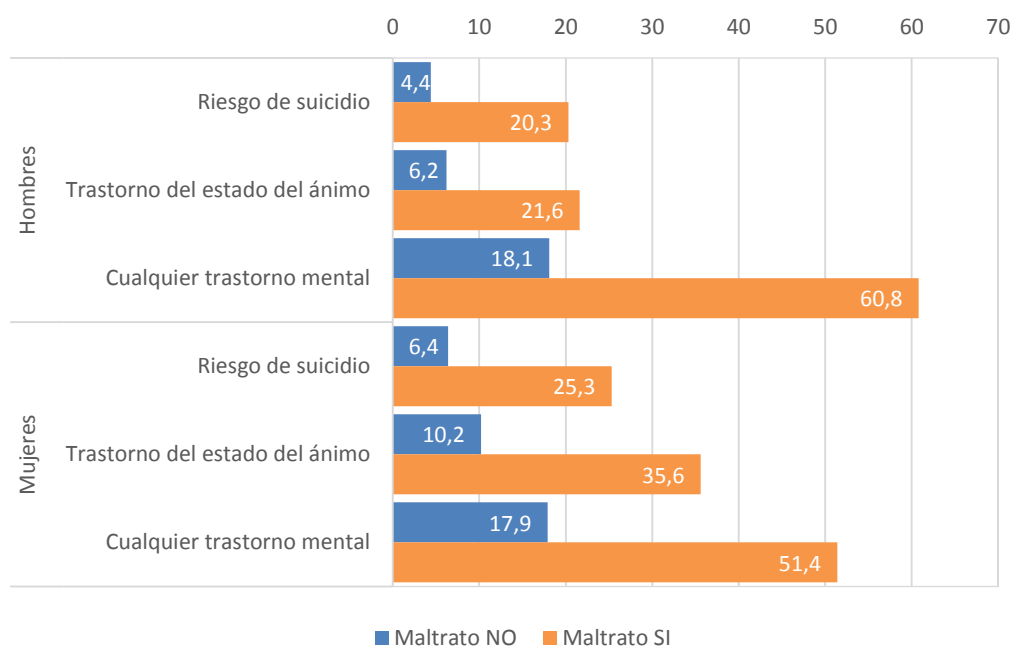


Fuente: Ruiz P, I; Bolívar M, J; Rodríguez B, M; Cervilla JA. Relación entre el maltrato en la pareja y diagnósticos en salud mental en Andalucía. Comunicación en la XXXII Reunión Científica de la SEE y IX Congreso da APE. Septiembre 2014, Alicante.

Los resultados constatan que el 25,3% de las mujeres que han informado algún tipo de maltrato cumple criterios para episodio depresivo mayor actual, frente al 6,9% de las mujeres con pareja que no han sido maltratadas ($p < 0,01$) (OR: 4,6; IC95%: 3,0-6,9). En el caso de los hombres, los porcentajes son 17,6% y 3,5% respectivamente (OR: 5,81; IC95%: 3,0-11,1).

En gráficos siguientes se observa que el 25,3% de las mujeres maltratadas presenta algún riesgo de suicidio, frente al 6,4% de las que no (OR: 5,0; IC95%: 3,3-7,6). En el caso de los hombres, este porcentaje es de 20,3% frente al 4,4% que no han sido maltratados (OR: 5,5; IC95%: 3,0-10,1). El 4,8% de las mujeres maltratadas presenta trastorno distímico, frente al 0,9% de las que no (OR: 5,3; IC95%: 2,2-13,2). En hombres, este porcentaje es de 1,4% frente al 0,2% que no han sido maltratados, si bien no es significativo (OR: 8,2; IC95%: 0,8-80,2).

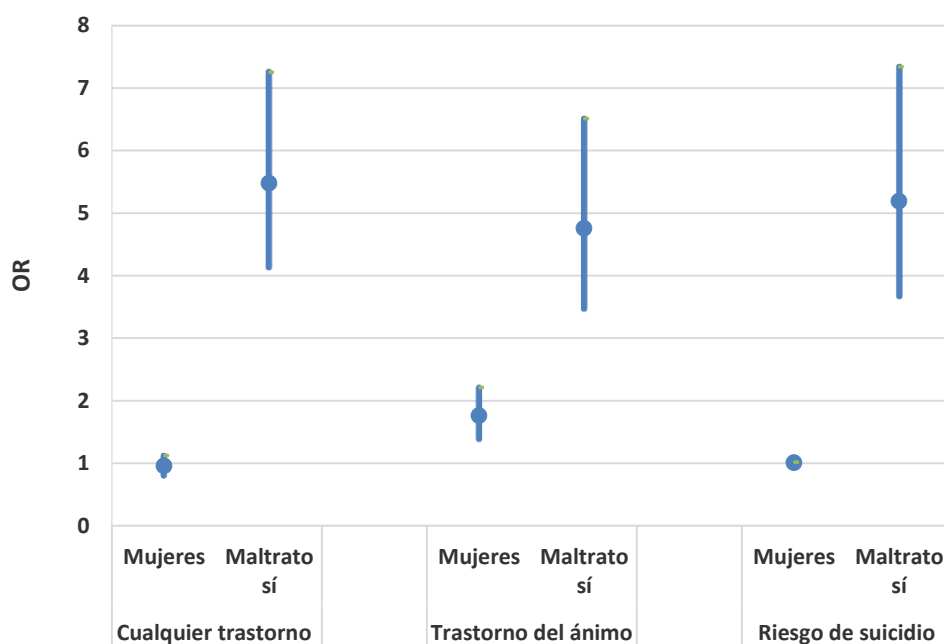
Gráfico 52. Riesgo de suicidio, trastorno del estado del ánimo* o cualquier trastorno mental según existencia de maltrato por sexo. Proyecto PISMA-ep 2013. Andalucía.



*Trastorno del estado de ánimo: Episodio depresivo mayor actual, episodio depresivo mayor recidivante, episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos, trastorno distímico actual, trastorno de angustia con y sin agorafobia actual, estado por estrés postraumático actual, diagnóstico para el trastorno de ansiedad generalizada actual

Fuente: Ruiz P, I; Bolívar M, J; Rodríguez B, M; Cervilla JA. Relación entre el maltrato en la pareja y diagnósticos en salud mental en Andalucía. Comunicación en la XXXII Reunión Científica de la SEE y IX Congreso da APE. Septiembre 2014, Alicante.

Gráfico 53. Probabilidad de riesgo de suicidio, trastorno del ánimo* o cualquier trastorno mental según existencia de malos tratos y sexo. Proyecto PISMA-ep 2013. Andalucía.



Nota: OR ajustadas por edad. Categorías de referencia: hombres y no maltrato.

**Trastorno del estado de ánimo: Episodio depresivo mayor actual, episodio depresivo mayor recidivante, episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos, trastorno distímico actual, trastorno de angustia con y sin agorafobia actual, estado por estrés postraumático actual, diagnóstico para el trastorno de ansiedad generalizada actual*

Fuente: Ruiz P, I; Bolívar M, J; Rodríguez B, M; Cervilla JA. Relación entre el maltrato en la pareja y diagnósticos en salud mental en Andalucía. Comunicación en la XXXII Reunión Científica de la SEE y IX Congreso da APE. Septiembre 2014, Alicante.

Estos resultados preliminares constatan una fuerte asociación entre graves problemas de salud mental y la presencia de maltrato de pareja, especialmente en mujeres, pero también en hombres. Si bien no es posible establecer la dirección de la asociación, se trata de poblaciones vulnerables a las que prestar atención.

8. MORBILIDAD ATENDIDA

8.1. ATENCIÓN PRIMARIA

En la actualidad, los sistemas de información disponibles en atención primaria presentan limitaciones para aportar datos en función de la modalidad del problema o patología atendida. Por este motivo, en este apartado se aborda exclusivamente las derivaciones a salud mental. En la siguiente tabla se presenta el número de pacientes derivados desde los centros de salud de los distintos distritos sanitarios del SSPA hacia las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC).

Tabla 18. Derivaciones desde atención primaria a las USMC por distrito. SSPA, 2008-2013.

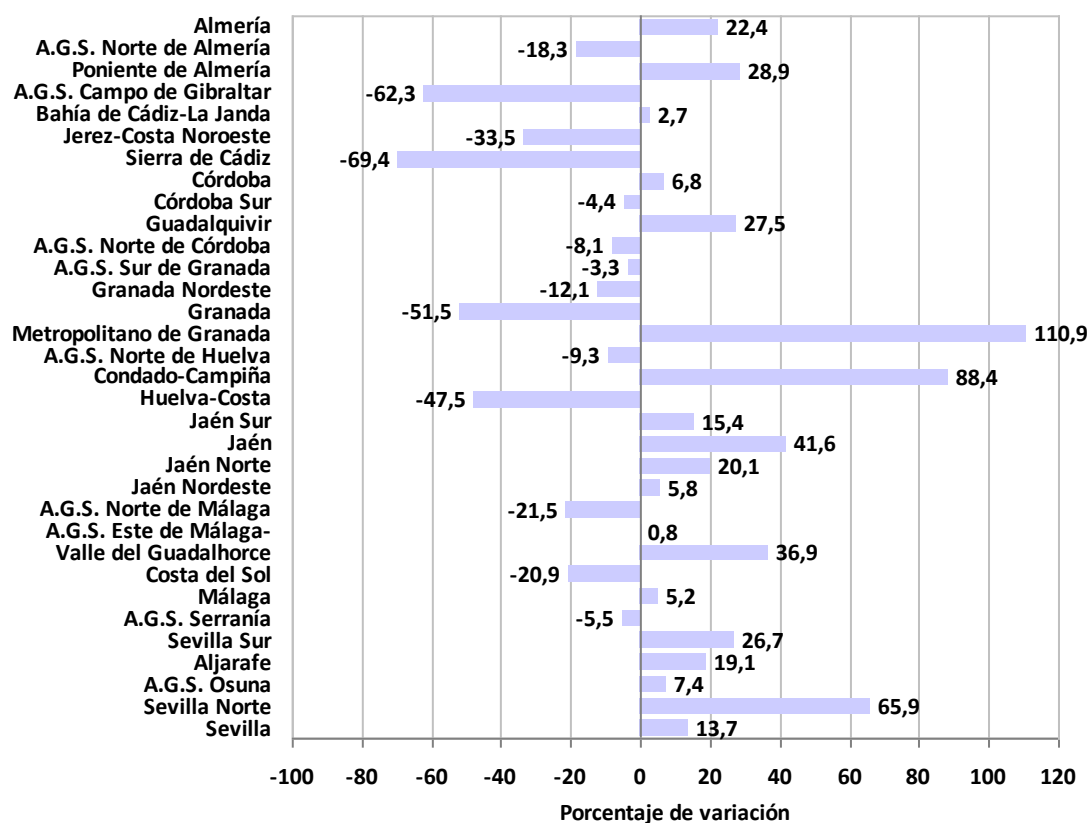
DSAP	Derivaciones 2008	Derivaciones 2013	% Variación 2008-2013	Tasa 2013 x 1.000 h.
Almería	3.119	3.818	22,4	12,9
A.G.S. Norte de Almería	1.920	1.568	-18,3	10,9
Poniente de Almería	3.289	4.239	28,9	16,4
A.G.S. Campo de Gibraltar	3.468	1.309	-62,3	5,0
Bahía de Cádiz-La Janda	8.290	8.513	2,7	17,2
Jerez-Costa Noroeste	5.182	3.444	-33,5	10,4
Sierra de Cádiz	2.368	724	-69,4	6,2
Córdoba	5.477	5.848	6,8	18,1
Córdoba Sur	4.077	3.899	-4,4	14,7
Guadalquivir	1.389	1.771	27,5	14,1
A.G.S. Norte de Córdoba	1.243	1.142	-8,1	14,4
A.G.S. Sur de Granada	1.290	1.247	-3,3	8,9
Granada Nordeste	1.598	1.405	-12,1	13,7
Granada	6.480	3.142	-51,5	10,9
Metropolitano de Granada	2.276	4.800	110,9	12,3
A.G.S. Norte de Huelva	925	839	-9,3	12,0
Condado-Campiña	842	1.586	88,4	9,8
Huelva-Costa	3.485	1.830	-47,5	6,3
Jaén Sur	1.413	1.631	15,4	17,2
Jaén	2.226	3.153	41,6	15,6
Jaén Norte	2.408	2.891	20,1	15,1
Jaén Nordeste	1.798	1.903	5,8	11,2
A.G.S. Norte de Málaga	1.601	1.257	-21,5	11,3
A.G.S. Este de Málaga-Axarquía	2.169	2.186	0,8	14,5
Valle del Guadalhorce	1.424	1.949	36,9	14,6
Costa del Sol	7.649	6.047	-20,9	12,9
Málaga	10.356	10.892	5,2	17,7
A.G.S. Serranía	786	743	-5,5	13,6
Sevilla Sur	5.389	6.826	26,7	16,8
Aljarafe	4.852	5.780	19,1	15,9
A.G.S. Osuna	1.670	1.793	7,4	10,5
Sevilla Norte	2.384	3.954	65,9	14,6
Sevilla	11.007	12.512	13,7	17,9
TOTAL	113.850	114.641	0,7	13,9

Fuente: SISMA-INFHOS

El número de derivaciones⁶ fue de 113.850 en el año 2008 y de 114.641 en el año 2013, por lo que en estos cinco años ha habido un incremento de escasamente el 0,7%, derivándose en el conjunto de Andalucía a 14 pacientes por cada 1.000 habitantes desde atención primaria a las USMC debido a problemas de salud mental.

No obstante, tal y como puede observarse en el siguiente gráfico, las variaciones son muy heterogéneas al comparar unos distritos con otros. Así el distrito sanitario Granada habría incrementado en estos cinco años sus derivaciones a USMC en un 110,9%, el distrito Condado-Campiña en un 88,4% y Sevilla Norte en un 65,9%.

Gráfico 54. Variación en las derivaciones desde atención primaria a las USMC por distrito. SSPA, 2008-2013.



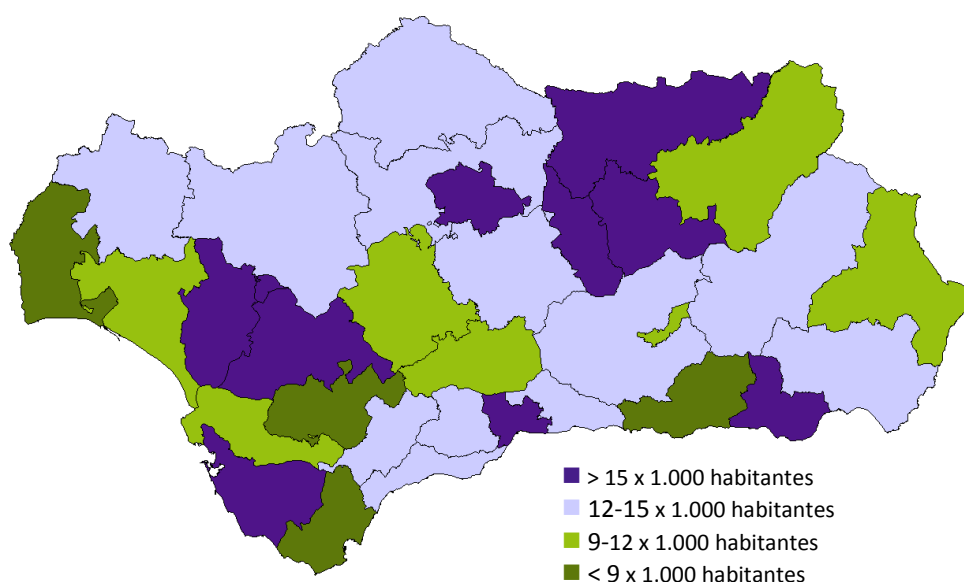
Fuente: SISMA-INFHOS

⁶ Los datos de 2008 proceden de la aplicación SISMA y los de 2013 mayoritariamente de INFHOS.

En el extremo opuesto estaría el distrito Sierra de Cádiz (actualmente parte del AGS Norte de Cádiz) y el AGS Campo de Gibraltar, que disminuyeron sus derivaciones a USMC entre 2008 y 2013 en un 69,4% y 62,3% respectivamente.

Centrándose en el año 2013, la tasa global en Andalucía fue de 13,9 pacientes derivados por cada 1.000 habitantes, si bien las tasas de los diferentes distritos se movieron en una horquilla entre las 5 personas derivadas del AGS Campo de Gibraltar y las 18 por cada 1.000 del distrito Córdoba. En el siguiente gráfico puede observarse la distribución geográfica de estas tasas.

Gráfico 55. Derivaciones desde atención primaria a las USMC. Tasa por 1.000 habitantes. SSPA, 2013.



Fuente: SISMA-INFHOS

8.2. ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE SALUD MENTAL

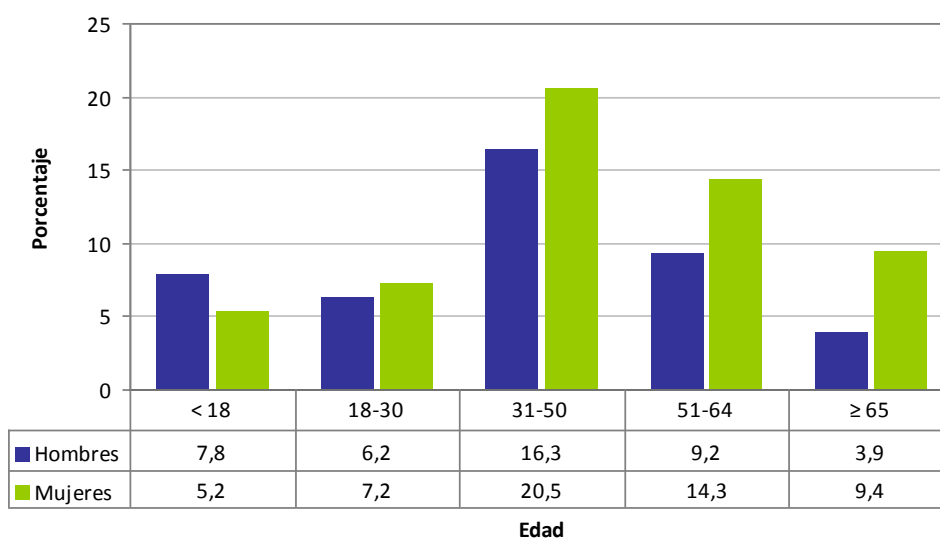
8.2.1. Unidades de Salud Mental Comunitaria

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Según la información contenida en Diraya, en el año 2013 se atendieron un total de 204.789^H personas en las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) de Andalucía, sin tener en cuenta las unidades de Huelva, Lepe y La Palma, pertenecientes a la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental (UGC-SM) Intercentros de Huelva ya que actualmente su actividad no está recogida en dicho sistema de información.

El Gráfico 56 muestra la distribución de pacientes según edad y sexo. El porcentaje de personas con sexo desconocido o indefinido es muy bajo (0,04%), por lo que no se han reflejado en el gráfico. También existían dos personas sin fecha de nacimiento registrada (< 0,01%).

Gráfico 56. Personas atendidas en las USMC según grupo de edad y sexo. SSPA, 2013.



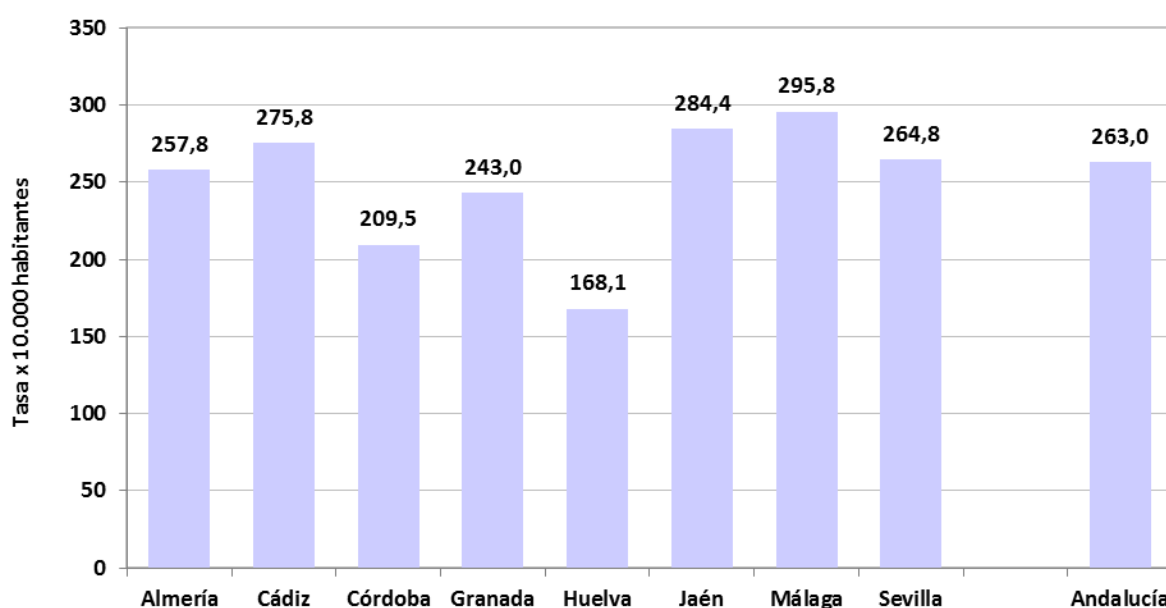
Fuente: Diraya. Programa de Salud Mental

^H El número de pacientes atendidos en las USMC en 2013 fue de 268.521 en global según la información obtenida por el Programa de Salud Mental de INFHOS-CitaWeb. Sin contabilizar las USMC de Huelva, Lepe y La Palma el número de pacientes sería de 256.187. La diferencia entre los datos aportados se debe al número de pacientes atendidos sin registro en la Historia Clínica Digital de Diraya (durante estos años se ha pasado de la aplicación SISMA a Diraya, produciéndose un infraregistro transitorio en este proceso).

Las mujeres representan el 56,6% del total de personas atendidas; de hecho las mujeres son el sexo mayoritario en todos los grupos de edad salvo en el de menores de 18 años, con un mayor porcentaje de niños atendidos. El grupo de edad con mayor número de personas atendidas es el de 31 a 50 años, representando el 36,8% del total, seguido del grupo de las personas de 51 a 64 años, que concentra al 23,5% de los pacientes.

En el siguiente gráfico se muestra la tasa de personas atendidas por mil habitante de cada provincia. Los datos de Córdoba y Huelva, con una tasa muy por debajo de la media, pueden deberse a problemas de infraregistro motivados por el traspaso de sistemas de información.

Gráfico 57. Distribución de las personas atendidas por trastorno mental por provincias. Tasas por 1.000 habitantes. SSPA, 2013.



Fuente: Diraya. Programa de Salud Mental

MORBILIDAD ATENDIDA

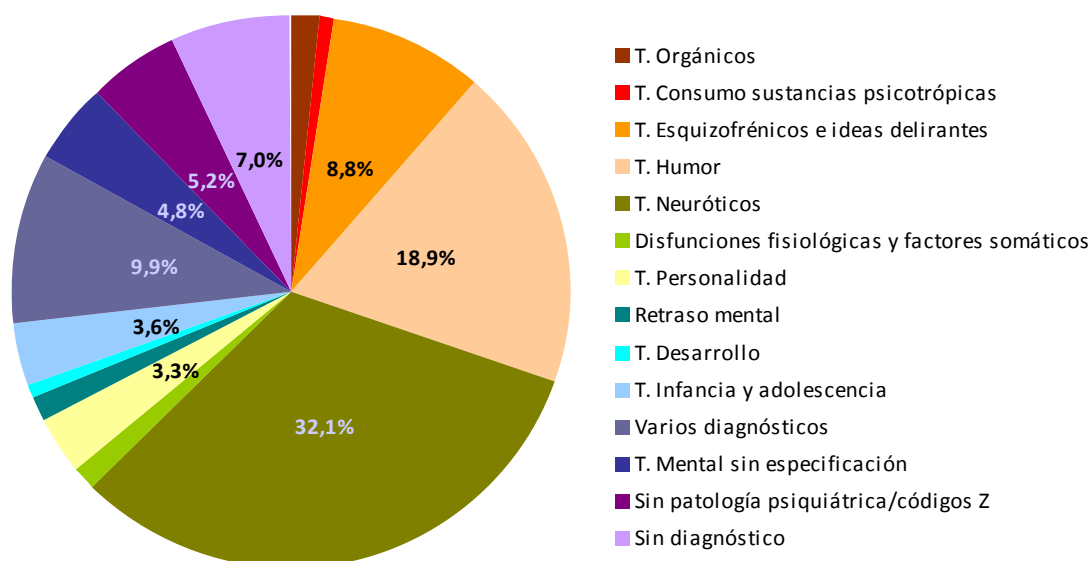
En la siguiente tabla y gráfico se presenta el **porcentaje de personas atendidas en las USMC según grupo diagnóstico**, caracterizando así la morbilidad de los pacientes atendidos en estas unidades según los distintos grupos de la CIE-10.

Tabla 19. Personas atendidas en las USMC según grupo diagnóstico. SSPA, 2013.

CIE-10	Grupo diagnóstico	Número	%
F00-F09	T. Orgánicos	3.173	1,5
F10-F19	T. Consumo sustancias psicotrópicas	2.191	1,1
F20-F29	T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	18.041	8,8
F30-F39	T. Humor	38.785	18,9
F40-F49	T. Neuróticos	65.768	32,1
F50-F59	Disfunciones fisiológicas y factores somáticos	2.816	1,4
F60-F69	T. Personalidad	6.764	3,3
F70-F79	Retraso mental	3.240	1,6
F80-F89	T. Desarrollo	1.593	0,8
F90-F98	T. Infancia y adolescencia	7.391	3,6
	Varios diagnósticos	20.323	9,9
	T. Mental sin especificación	9.911	4,8
	Sin patología psiquiátrica/códigos Z	10.558	5,2
	Sin diagnóstico	14.235	7,0
TOTAL		204.789	100,0

Fuente: Diraya. Programa de Salud Mental

Gráfico 58. Personas atendidas en las USMC según grupo diagnóstico. SSPA, 2013.



Fuente: Diraya. Programa de Salud Mental

Los grupos diagnósticos más frecuentes, con bastante diferencia en porcentaje sobre el resto, son los correspondientes a los trastornos neuróticos (32,1%) y a los trastornos del humor (18,9%). Además un 9,9% de los pacientes tendrían registrados códigos de al menos dos grupos diagnósticos distintos.

El 4,8% de las personas tienen registrado solo el código F99 (trastorno mental sin especificación) y el 5,2% tienen registrados diagnósticos de códigos Z (presencia de factores que influyen en el contacto con los servicios de salud mental, incluyendo sospecha) o no presentarían trastornos de salud mental. El porcentaje de pacientes sin diagnóstico registrado es del 7,0%.

A continuación se presenta la prevalencia de los diferentes grupos diagnósticos en relación a la población usuaria de las USMC, expresada como **tasa por cada 100.000 habitantes**^I.

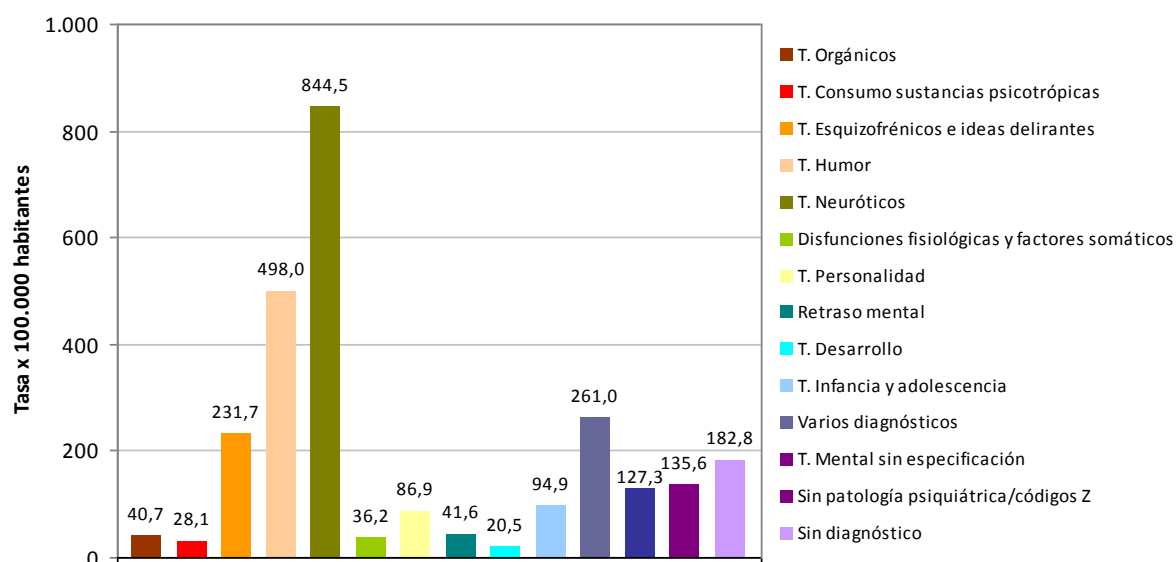
La tasa global en Andalucía para 2013 según Diraya Consultas Externas fue de 2.629,7 personas atendidas por cada 100.000 habitantes, mientras que según los datos de CitaWeb explotados por el Programa de Salud Mental (PSM) se habrían atendido 3.290 pacientes por cada 100.000 personas.

^I La población considerada es de 7.787.674 personas según la Base de Datos de Usuarios (BDU) a 31 de diciembre de 2013, eliminando la población de referencia de las USMC de Huelva, Lepe y La Palma.

Los grupos diagnósticos con mayores tasas (Gráfico 59), de forma análoga a los porcentajes antes mostrados, son los correspondientes a los trastornos neuróticos (845 personas atendidas por este motivo por cada 100.000 habitantes) y los trastornos del humor (con una tasa de 498,0).

En el extremo opuesto, presentando las tasas más bajas de personas atendidas por 100.000 habitantes, estarían los trastornos por consumo de sustancias psicotrópicas (28,1) y las disfunciones fisiológicas y factores somáticos (36,2), además de los trastornos del desarrollo (con una tasa de 20,5), patologías más frecuentemente atendidas en las USMIJ.

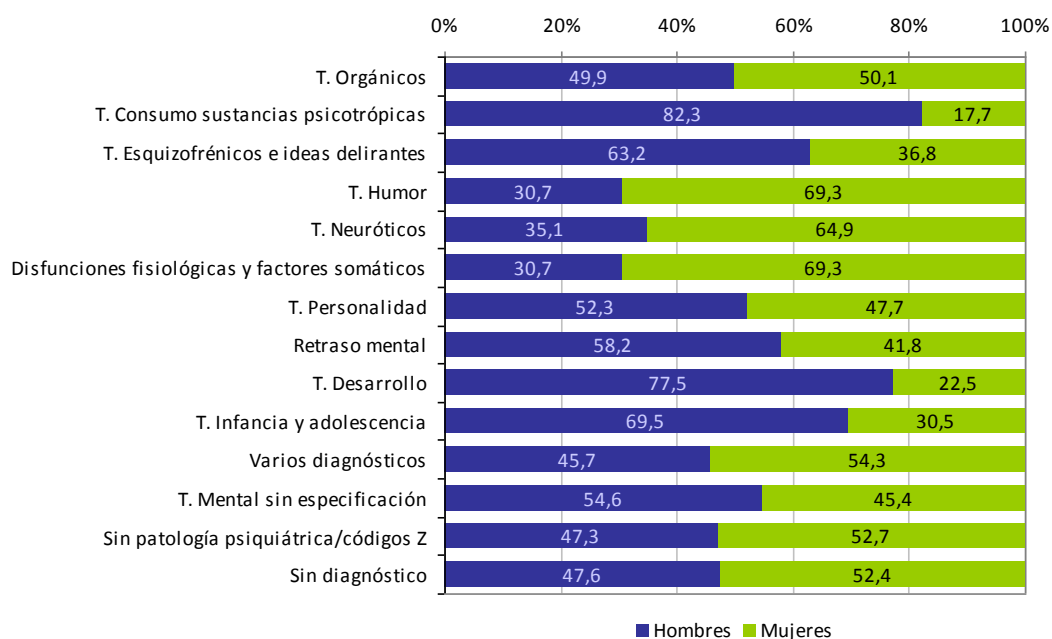
Gráfico 59. Tasa de personas atendidas en las USMC por 100.000 habitantes según grupo diagnóstico. SSPA, 2013.



Fuente: Diraya. Programa de Salud Mental

En el Gráfico 60 se analizan las personas atendidas en las USMC según **grupo diagnóstico y sexo**, observándose diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Gráfico 60. Personas atendidas en las USMC según grupo diagnóstico y sexo. SSPA, 2013.



Fuente: Diraya. Programa de Salud Mental

El porcentaje de hombres atendidos es claramente superior al de mujeres en los grupos de trastornos por consumo de sustancias psicotrópicas (los hombres representan el 82,3%), trastornos del desarrollo (77,5%) o trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (69,5%). Sin embargo, entre estos tres grupos apenas suponen el 5,5% del total de los pacientes atendidos en las USMC en el año 2013.

Las mujeres suponen un mayor porcentaje especialmente en los grupos de trastornos del humor (representan el 69,3%), disfunciones fisiológicas y factores somáticos (69,3%) y trastornos neuróticos (64,9%). El primero y el último de estos grupos son los que corresponden a los mayores porcentajes de pacientes atendidos, sumando el 51,1% del total. No en vano, y como se comentó anteriormente, el 56,6% de las personas atendidas en las USMC fueron mujeres.

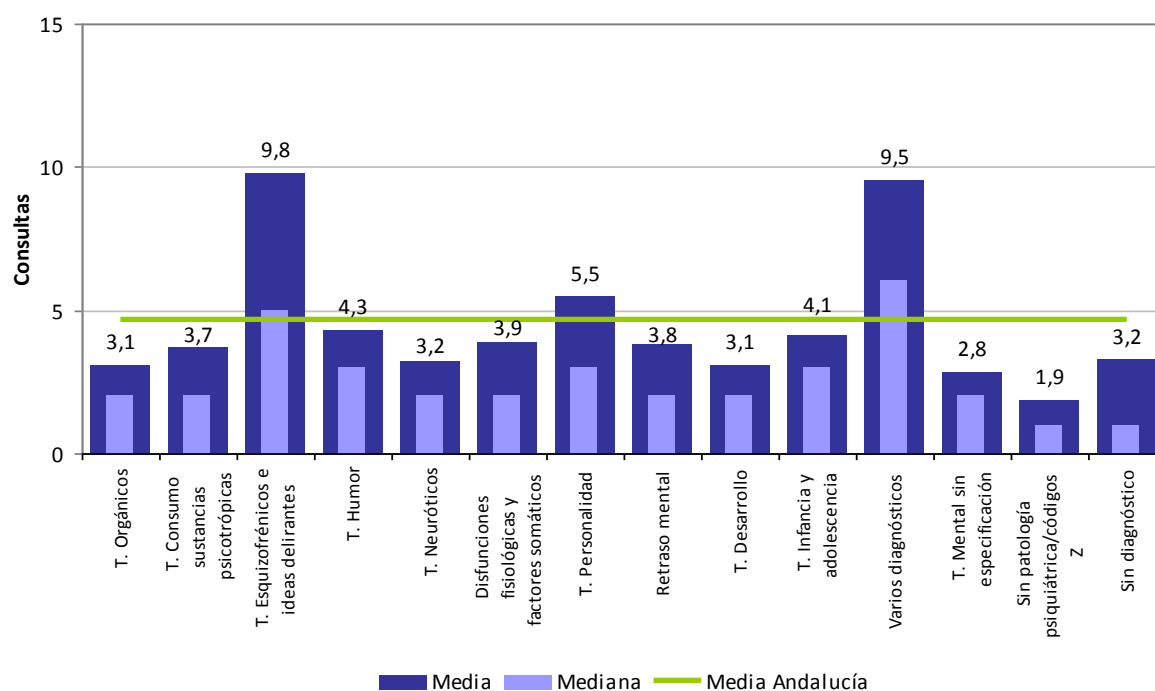
NÚMERO DE CONSULTAS

En este apartado se muestra el número de consultas o intervenciones realizadas en las USMC, junto con la media y mediana de cada grupo diagnóstico. Para el conjunto del SSPA se contabilizaron en Diraya 955.516 consultas, sin contar las USMC de Huelva, Lepe y La Palma.

No obstante, según los datos del Programa de Salud Mental (procedentes de CitaWeb) en 2013 se realizaron 1.295.741 consultas en las USMC entre primeras y sucesivas y sin contar las unidades de Huelva, Lepe y La Palma, por lo que en Diraya se habrían registrado el 73,7% de las consultas reales.

Por grupos diagnósticos, las personas que más acudieron a consulta fueron las pertenecientes al grupo de trastornos esquizofrénicos e ideas delirantes (con 9,8 consultas de media por paciente al año) y las que tienen registrados varios diagnósticos de grupos distintos (9,5 consultas de media).

Gráfico 61. Consultas realizadas por personal facultativo en las USMC por persona y año según grupo diagnóstico. SSPA, 2013.



Fuente: Diraya. Programa de Salud Mental

EVOLUCIÓN

En cuanto a la evolución del número de pacientes atendidos en las USMC en los últimos 6 años^J, la siguiente tabla muestra que el incremento de personas atendidas en este tipo de dispositivos ha sido constante, aumentando en términos de tasas casi un 25% desde el año 2008. El incremento del número total de consultas ha sido del 43%, pasando de 934.725 consultas en el año 2008 a 1.344.202 consultas en el año 2013.

Tabla 20. Evolución de pacientes y consultas. USMC. SSPA, 2008-2013.

USMC	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Pacientes atendidos	212.087	221.843	234.709	242.766	253.372	268.521
Tasa x 100.000 habitantes	2.612	2.701	2.836	2.914	3.024	3.259
Total consultas	934.725	1.021.944	1.068.640	1.170.599	1.273.061	1.344.202

Fuente: SISMA y CitaWeb. Programa de Salud Mental de Andalucía.

GRUPOS DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS

A continuación se analizan los grupos diagnósticos priorizados por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales en el marco de la gestión clínica según Procesos Asistenciales Integrados (PAI).

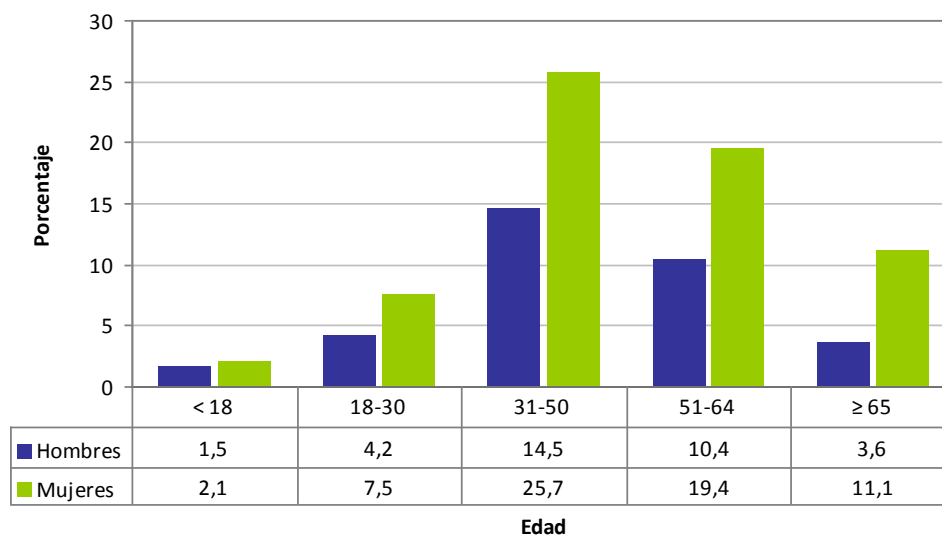
En el Gráfico 62 se presenta la distribución por grupos de edad y sexo de las personas atendidas en USMC por trastornos de **ansiedad, depresión y somatizaciones**^K. Durante el año 2013 se atendieron un total de 53.169 personas por este motivo según código CIE-10 y 36.424 estaban incluidas en el PAI ADS. Estos trastornos suponen el 26,0% del total de pacientes atendidos, porcentaje ligeramente superior al 22,4% observado en 2012.

Las mujeres representan el 65,7% de las personas atendidas por ADS, frente al 34,3% de los hombres. Los grupos de edad más numerosos son los de mujeres entre 31 y 50 años (que representan el 25,7%) y entre 51 y 64 años (19,4%).

^J Datos globales extraídos de SISMA y de CitaWeb. Programa de Salud Mental.

^K Códigos CIE-10 del PAI ADS: F32, F34.1, F40, F41.0, F41.1, F43.0, F43.2 y F45.

Gráfico 62. Personas con ansiedad, depresión y somatizaciones atendidas en las USMC según grupo de edad y sexo. SSPA, 2013.

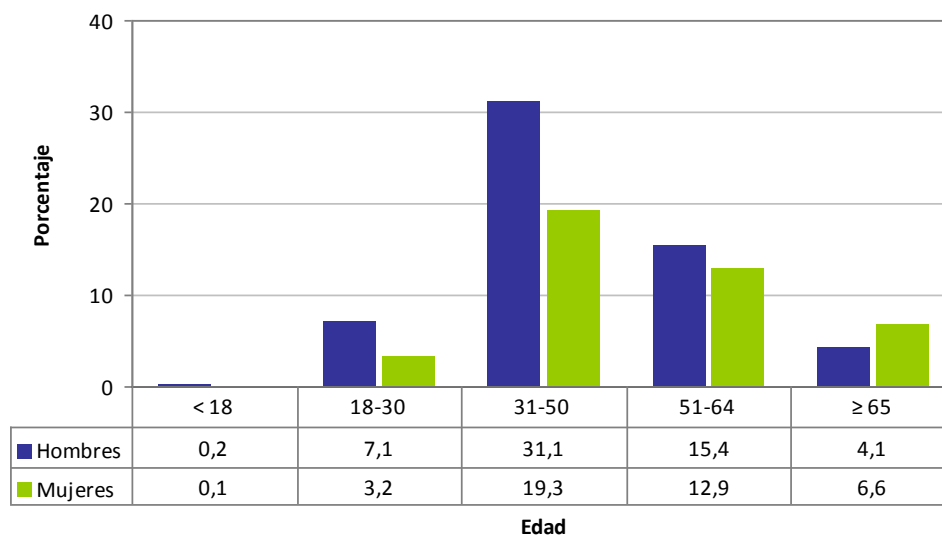


Fuente: Diraya. Programa de Salud Mental

Durante 2013 se atendieron 27.967 personas por **trastorno mental grave**^L (Gráfico 63), lo que supone el 13,7% de los pacientes atendidos en las USMC (9,76% en 2012), y 17.465 estaban incluidas en el PAI TMG. El 57,9% fueron hombres, siendo los grupos más numerosos los de hombres entre 31 y 50 años (31,1%) y el de mujeres de la misma edad (19,3%).

^L Códigos CIE-10 del PAI TMG: F20, F21, F22, F24, F25, F28, F29, F31, F33.2, F33.3, F60.0, F60.1 y F60.3.

Gráfico 63. Personas con trastorno mental grave atendidas en las USMC según grupo de edad y sexo. SSPA, 2013.



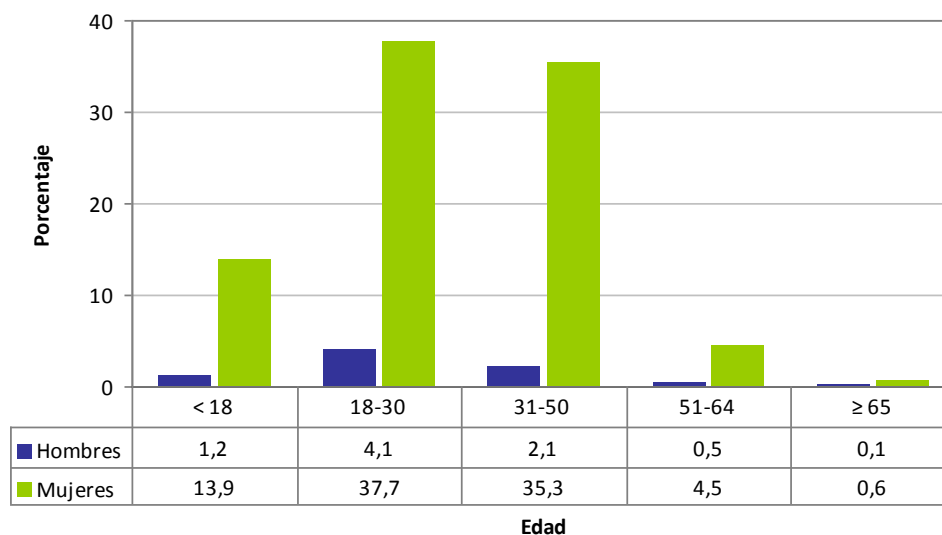
Fuente: Diraya. Programa de Salud Mental

En el caso de los **Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)**^M, durante el año 2013 se atendieron en las USMC un total de 832 personas por este motivo según Diraya (Gráfico 64), lo que representa el 0,4% del total, el mismo porcentaje que el observado en 2012. Además, 784 personas estarían incluidas en el PAI TCA correspondiente.

En este caso las mujeres son las pacientes mayoritarias, representando el 92,1% del total de personas atendidas por TCA, siendo los grupos de edad más frecuentes los comprendidos entre los 18 y los 30 años (37,7%), entre 31 y 50 años (35,3%) y el de las menores de 18 años (15,1%).

^M Códigos CIE-10 del PAI TCA: F50.0, F50.1, F50.2 y F50.3.

Gráfico 64. Personas con trastornos de la conducta alimentaria atendidas en las USMC según grupo de edad y sexo. SSPA, 2013.



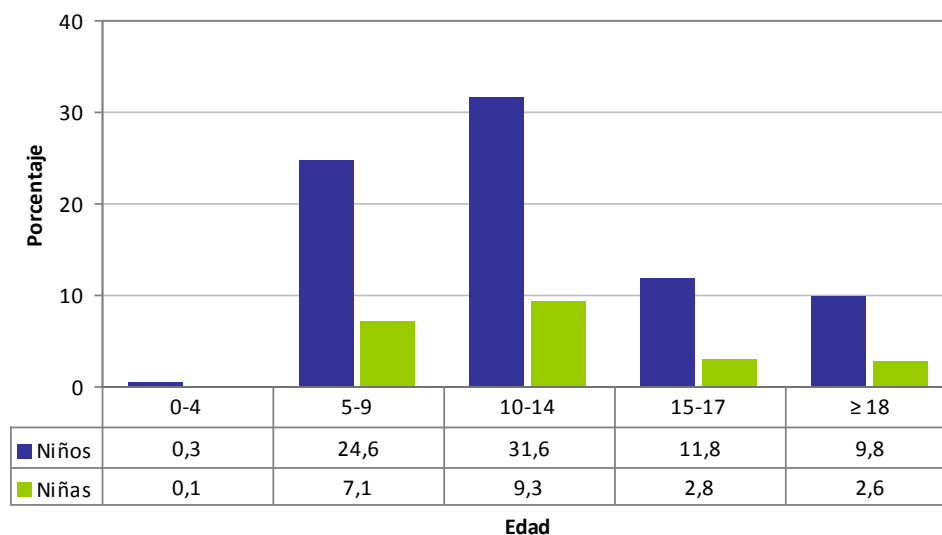
Fuente: Diraya. Programa de Salud Mental

Al analizar los **Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)^N** se observa que las USMC atendieron en 2013 a 3.413 personas con TDAH según Diraya Consultas Externas, lo que supone el 1,7% del total de pacientes atendidos en estos dispositivos.

Como era de esperar, el 87,6% de los pacientes atendidos por TDAH fueron menores de 18 años, representando los niños y adolescentes el 68,4% del total de las personas atendidas por esta causa. En concreto, los grupos más numerosos corresponden a los niños entre 10 y 14 años, que suponen el 31,6% de los casos, y los de entre 5 y 9 años (24,6%).

^N Terminología de la DSM IV, que es la comúnmente utilizada y equivale a los códigos F90 (trastornos hiperkinéticos) de la CIE-10.

Gráfico 65. Personas con trastornos por déficit de atención e hiperactividad atendidas en las USMC según grupo de edad y sexo. SSPA 2013.



Fuente: Diraya. Programa de Salud Mental

8.2.2. Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil

■ CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

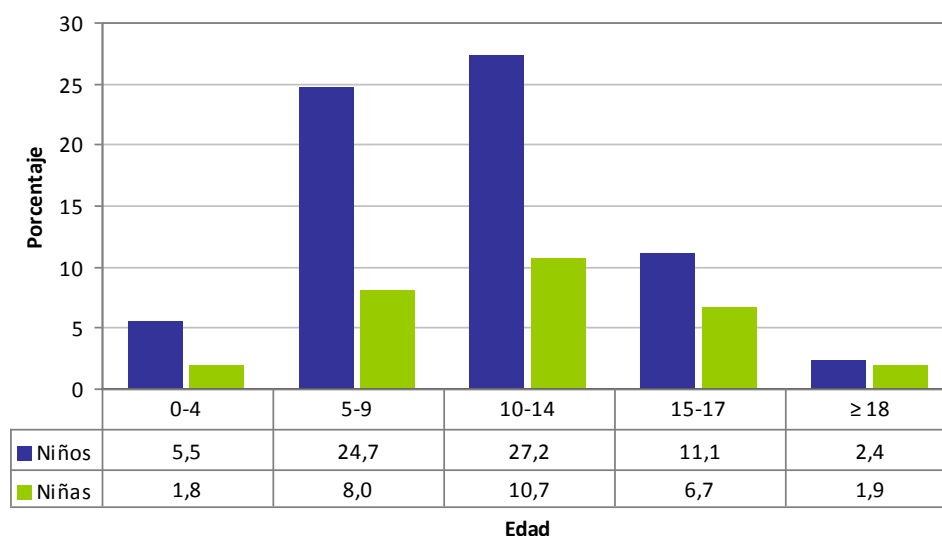
A lo largo del año 2013 se atendieron a un total de 13.926^o personas en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) de Andalucía, según la información de la base de datos extraída de Diraya Consultas Externas, excluyendo la unidad de Huelva ya que actualmente su actividad no está recogida en dicho sistema de información.

La edad y el sexo estaban registrados para la mayoría de las personas, mientras que un 0,07% tenían sexo desconocido o indefinido, un paciente no tenía registrada la fecha de nacimiento y el 4,3% de las personas atendidas eran mayores de 17 años.

^o El número de pacientes atendidos en las USMC en 2013 fue de 21.312 en global según la información obtenida por el Programa de Salud Mental de INFHOS-CitaWeb. Sin contabilizar la USMIJ de Huelva el número de pacientes sería de 19.719. La diferencia entre los datos aportados se debe al número de pacientes atendidos sin registro en la Historia Clínica Digital de Diraya (durante estos años se ha pasado de la aplicación SISMA a Diraya, produciéndose un infraregistro transitorio en este proceso).

En el Gráfico 66 se muestra la distribución de pacientes según sexo, con una importante predominancia de los niños frente a las niñas, en unos porcentajes (70,9% frente a 29,1%) casi idénticos a los observados en 2012. Los niños son mayoría en todos los grupos de edad, siendo los más numerosos los correspondientes a niños con edades comprendidas entre los 10 y los 14 años (27,2%) y entre los 5 y los 9 años (24,7%).

Gráfico 66. Personas atendidas en las USMIJ según grupo de edad y sexo. SSPA, 2013.



Fuente: Diraya. Programa de Salud Mental

MORBILIDAD ATENDIDA

Para la caracterización de la morbilidad que presentan los menores atendidos en las USMIJ se han considerado también los grupos diagnósticos de la CIE-10. En la siguiente tabla y gráfico se muestran los **porcentajes de menores atendidos según grupo diagnóstico**.

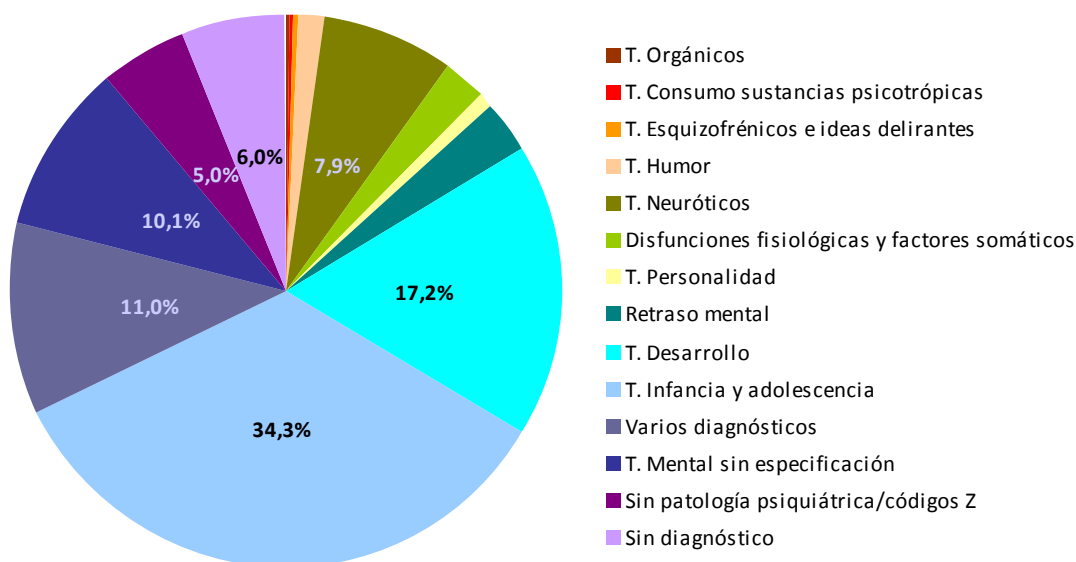
Tabla 21. Personas atendidas en las USMIJ según grupo diagnóstico. SSPA, 2013.

CIE-10	Grupo diagnóstico	Número	%
F00-F09	T. Orgánicos	50	0,4
F10-F19	T. Consumo sustancias psicotrópicas	11	0,1
F20-F29	T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	69	0,5
F30-F39	T. Humor	171	1,2
F40-F49	T. Neuróticos	1.106	7,9
F50-F59	Disfunciones fisiológicas y factores	341	2,4

CIE-10	Grupo diagnóstico	Número	%
F60-F69	T. Personalidad	109	0,8
F70-F79	Retraso mental	427	3,1
F80-F89	T. Desarrollo	2.396	17,2
F90-F98	T. Infancia y adolescencia	4.775	34,3
	Varios diagnósticos	1.530	11,0
	T. Mental sin especificación	1.404	10,1
	Sin patología psiquiátrica/códigos Z	700	5,0
	Sin diagnóstico	837	6,0
TOTAL		13.926	100,0

Fuente: Diraya. Programa de Salud Mental

Gráfico 67. Personas atendidas en las USMIJ según grupo diagnóstico. SSPA, 2013.



Fuente: Diraya. Programa de Salud Mental

Tal y como puede observarse, el 34,3% de las personas atendidas fueron diagnosticadas de trastornos de la infancia y adolescencia, seguido del 17,2% de los pacientes que presentan trastornos del desarrollo, como cabría esperar en este tipo de dispositivos.

Además, el 11,0% de los pacientes tendrían registrados al menos dos códigos de grupos diagnósticos distintos, el 10,1% estaría recogido como trastorno mental no especificado, un 5,0% no presentaría patología psiquiátrica o tendría algún problema codificado con código Z y un 6,0% no tendría registrado ningún código diagnóstico.

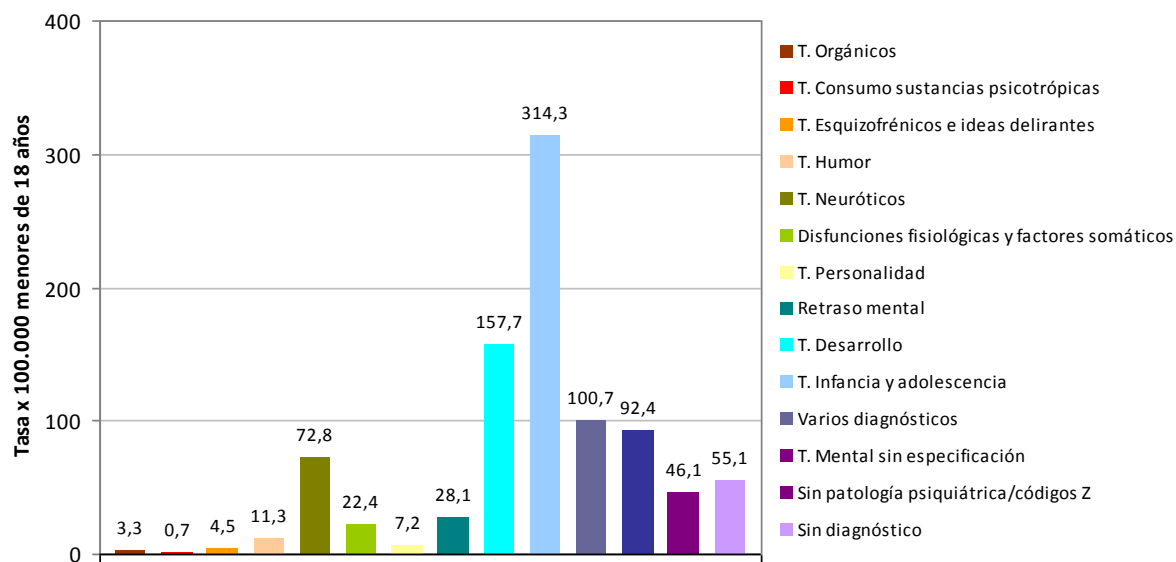
En la tabla y gráfico siguientes se presenta la prevalencia de cada grupo diagnóstico en relación a la población de las USMIJ, expresada como **tasa por 100.000 menores de 18 años**^P.

Para el conjunto de Andalucía se observa una tasa de 916,8 pacientes atendidos en las USMIJ por cada 100.000 menores de 18 años, según los datos de personas atendidas que recoge Diraya. Al considerar la información de CitaWeb explotada por el Programa de Salud Mental, esta tasa sería de 1.298, sin tener en cuenta la UGC-SM Intercentros de Huelva.

Como ocurría al mostrar los porcentajes, los grupos diagnósticos con mayores tasas (Gráfico 68) son los correspondientes a trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (314,3 pacientes atendidos por 100.000 menores) y trastornos del desarrollo (157,7).

Los grupos diagnósticos con tasas más bajas en este tipo de unidades son los de trastornos por consumo de sustancias psicotrópicas (con una tasa de 0,7), trastornos orgánicos (3,3 pacientes por 100.000 menores) y trastornos esquizofrénicos e ideas delirantes (4,5).

Gráfico 68. Tasa de personas atendidas en las USMIJ por 100.000 menores de 18 años según grupo diagnóstico. SSPA, 2013.

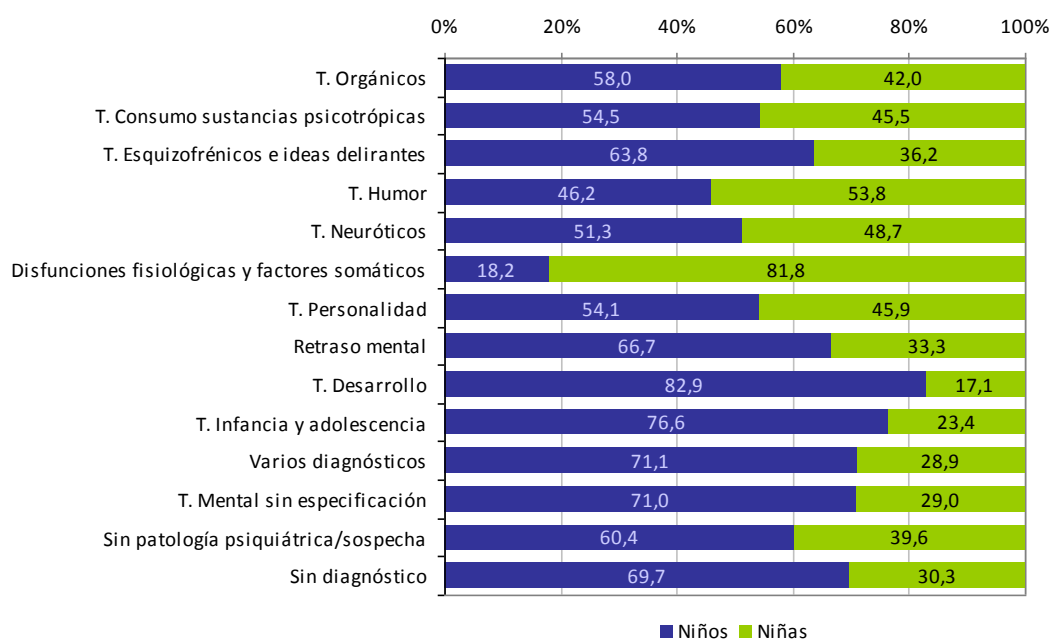


Fuente: Diraya. Programa de Salud Mental

^P La población considerada es de 1.519.014 menores de 18 años según la Base de Datos de Usuarios (BDU) a 31 de diciembre de 2013, eliminando la población de la UGC-SM Intercentros de Huelva.

En el Gráfico 69 se muestra el porcentaje de menores atendidos en las USMIJ según **grupo diagnóstico y sexo**, observándose diferencias entre el porcentaje de niños y niñas atendidas.

Gráfico 69. Personas atendidas en las USMIJ según grupo diagnóstico y sexo. SSPA, 2013.



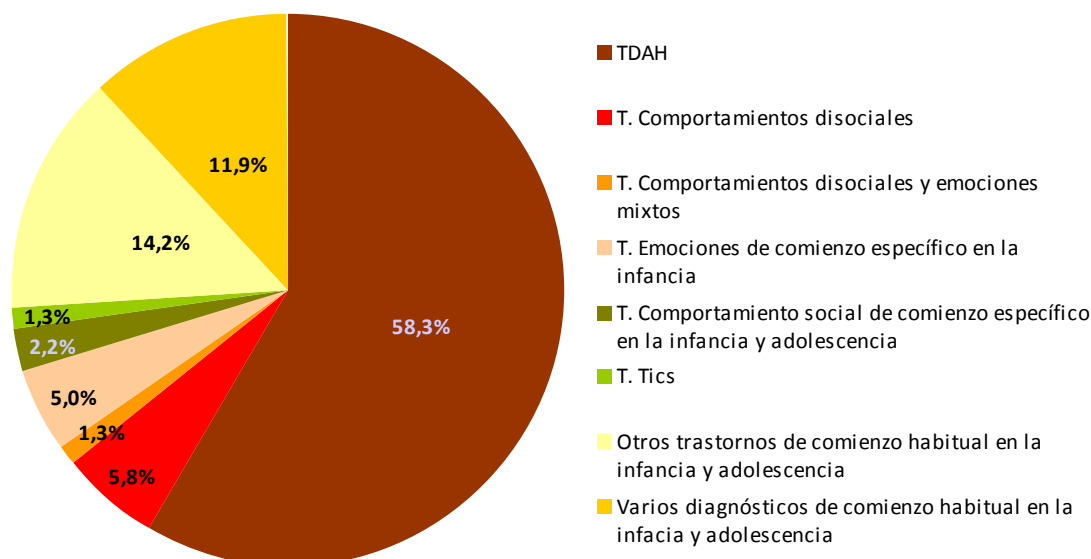
Fuente: Diraya. Programa de Salud Mental

Los niños son mayoritarios en casi todos los grupos, destacando el correspondiente a los trastornos del desarrollo, en el que suponen el 82,9% de las personas atendidas, y los trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (76,6%).

Por su parte, las niñas representan el mayor porcentaje de pacientes atendidos en los grupos de disfunciones fisiológicas y factores somáticos (81,8%) y trastornos del humor (53,8%).

En el análisis de las personas atendidas en las USMIJ es de especial importancia el grupo de pacientes con **trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia**. En el Gráfico 70 se muestra la distribución según diagnóstico de estos 4.775 pacientes, que representan el 34,3% de las personas atendidas en estas unidades.

Gráfico 70. Personas atendidas en las USMIJ por trastornos de la infancia y adolescencia según tipo de trastorno. SSPA, 2013.



Fuente: Diraya. Programa de Salud Mental

Los trastornos por déficit de atención e hiperactividad^q son los más frecuentes, concentrando el 58,3% de las personas atendidas en las USMIJ por trastornos de la infancia y adolescencia. Un 14,2% de los pacientes quedan englobados en el grupo de otros trastornos, el 5,8% en trastornos de comportamientos disociales y el 5,0% en trastornos de las emociones. Además un 11,9% de los pacientes fueron diagnosticados de al menos dos diagnósticos diferentes de este grupo.

■ NÚMERO DE CONSULTAS

En la tabla y gráfico siguientes se muestra el número de consultas o intervenciones realizadas en las USMIJ así como la media y la mediana por grupo diagnóstico.

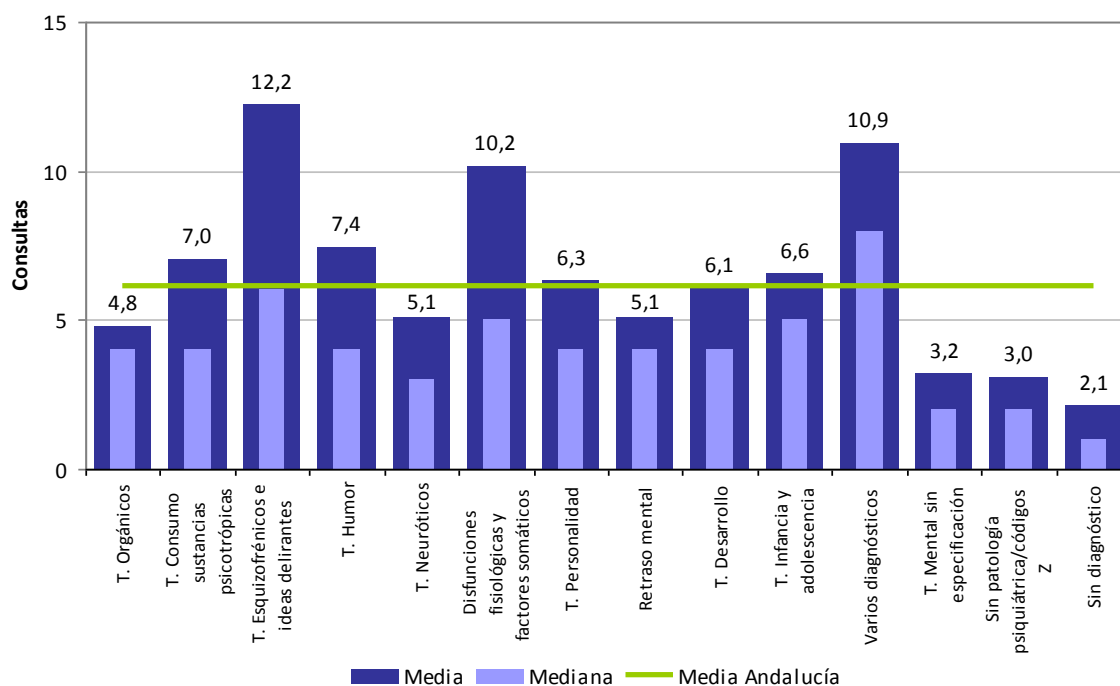
En el conjunto de Andalucía, se realizaron según Diraya un total de 85.354 consultas, siendo el número medio de consultas realizadas por paciente en el año 2013 de 6,1.

^q Terminología de la DSM IV, que es la comúnmente utilizada y equivale a los códigos F90 (trastornos hiperkinéticos) de la CIE-10.

Según los datos de actividad asistencial del PSM (procedentes de CitaWeb), en 2013 se realizaron 13.088 primeras consultas en las USMIJ y 150.958 sucesivas, por lo que en la base de datos se habría contabilizado el 52,0% de las consultas reales (de todos los profesionales de las USMIJ).

Los menores que más acudieron a consulta fueron los diagnosticados de trastornos esquizofrénicos e ideas delirantes (con 12,2 consultas anuales de media) además de los que registraron varios diagnósticos (10,9 consultas de media por paciente y año) y los pertenecientes al grupo de disfunciones fisiológicas y factores somáticos (10,2).

Gráfico 71. Consultas realizadas por personal facultativo en las USMIJ por persona y año según grupo diagnóstico. SSPA, 2013.



Fuente: Diraya. Programa de Salud Mental

EVOLUCIÓN

En cuanto a la evolución del número de personas atendidas en las USMIJ, señalar que se ha incrementado desde el año 2008 de manera constante pasando de 16.538 en el año 2008 a 21.312 en el año 2013. En términos de tasas por 100.000 habitantes, se ha incrementado un 25% en los últimos

6 años. El número de consultas ha pasado de 145.858 en el año 2008 a 164.046 en el año 2013, lo que supone un incremento del 12,5%.

Tabla 22. Evolución de pacientes y consultas. USMIJ. SSPA, 2008-2013.

USMIJ	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Pacientes atendidos	16.538	18.049	18.427	18.734	19.467	21.312
Tasa x 100.000 habitantes	1.047,96	1.140,56	1.156,13	1.152,2	1.196,7	1.317,9
Total consultas	145.858	146.682	142.792	145.527	159.741	164.046

Fuente: SISMA y CitaWeb. Programa de Salud Mental de Andalucía.

GRUPOS DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS

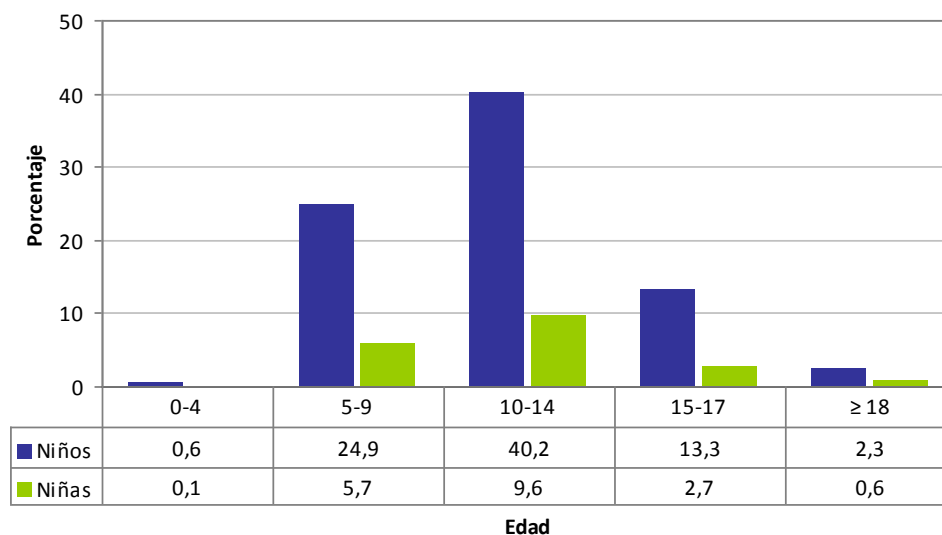
En este apartado se analizarán grupos diagnósticos de especial interés en el estudio de la actividad asistencial de las USMIJ.

Durante el año 2013 se atendieron un total de 4.035 menores por **trastornos por déficit de atención e hiperactividad**^R según la información contenida en la base de datos Diraya Consultas Externas, lo que representa el 29,0% del total de pacientes atendidos (dicho porcentaje fue del 16,3% en 2012).

En el Gráfico 72 se muestra la distribución por grupos de edad y sexo de los pacientes atendidos con TDAH, representando los niños el 81,3% de los menores atendidos por esta causa. Los grupos de edad más numerosos son los de niños de 10 a 14 años (40,2%), y entre 5 y 9 años (24,9%).

^R Terminología que corresponde a la DSM IV y que es la más comúnmente utilizada, equivalente al código F90 o trastornos hipercinéticos.

Gráfico 72. Personas con trastornos por déficit de atención e hiperactividad atendidas en las USMIJ según grupo de edad y sexo. SSPA, 2013.

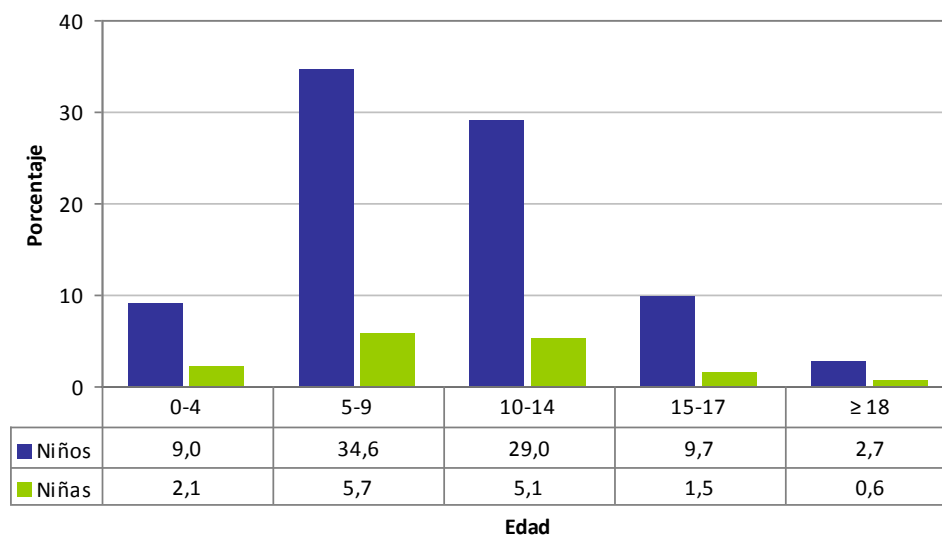


Fuente: Diraya. Programa de Salud Mental.

En el caso de los **Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD)**⁵, en 2013 se atendieron 2.107 personas, de las que el 85,0% eran niños, destacando los grupos de edad entre los 5 y los 9 años (34,6%) y entre los 10 y los 14 (29,0%). En total, los pacientes con diagnóstico de TGD supusieron el 15,1% de las personas atendidas en las USMIJ, frente al 8,6% observado en 2012.

⁵ Código CIE-10 del TGD: F84.

Gráfico 73. Personas con trastornos generalizados del desarrollo atendidas en las USMIJ según grupo de edad y sexo. SSPA, 2013.

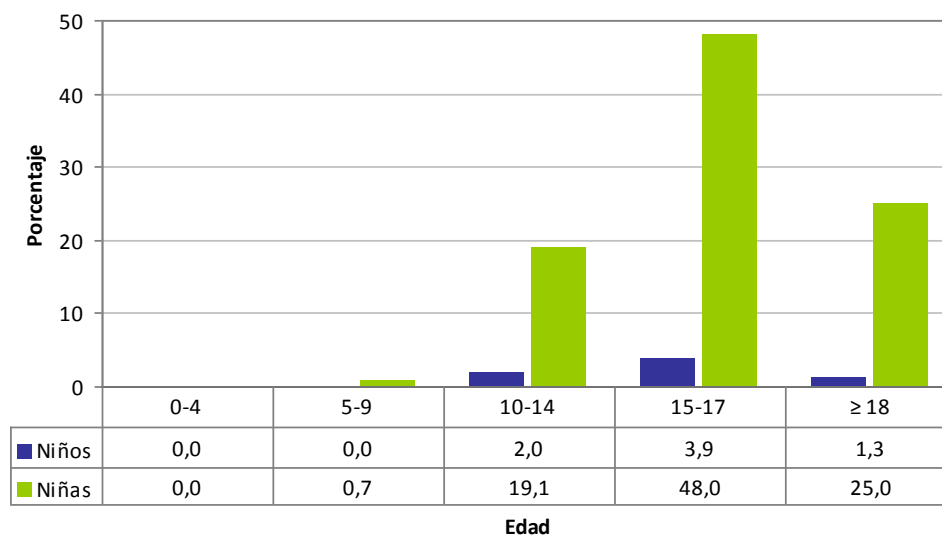


Fuente: Diraya. Programa de Salud Mental.

El Gráfico 74 muestra la distribución por edad y sexo de las personas atendidas en las USMIJ en 2013 por **trastornos de la conducta alimentaria**^T. Según código CIE-10 se registraron 152 pacientes (1,1% del total, frente al 0,9% de 2012) mientras que el número de personas incluidas en PAI TCA fue de 194. La mayoría de las personas atendidas (92,8%) fueron niñas, fundamentalmente con edades comprendidas entre los 15 y los 17 años.

^T Códigos CIE-10 del PAI TCA: F50.0, F50.1, F50.2 y F50.3.

Gráfico 74. Personas con trastornos de la conducta alimentaria atendidas en las USMIJ según grupo de edad y sexo. SSPA, 2013.



Fuente: Diraya. Programa de Salud Mental.

8.2.3. Unidades de Hospitalización de Salud Mental

Según el Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta, en el año 2013 se producen 10.448 altas por trastorno mental en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental (UHSM) del SSPA, cifra que se ha mantenido estable en los últimos años, experimentando un mínimo de 9.748 en el año 2012.

En estos últimos dos años (2012-2013), el número de altas por trastorno mental se incrementó un 7,2%, mientras que el total de altas disminuyó en torno al 2%.

Las altas por trastorno mental respecto al global, han experimentado un ligero incremento desde el año 2008, debido en su mayor parte al descenso de altas globales.

Tabla 23. Evolución del número de altas por trastorno mental en relación al total de altas. SSPA, 2008-2013.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Altas totales	570.554	558.819	543.994	536.142	525.156	515.286
Altas por trastorno mental	10.414	10.521	10.268	10.275	9.748	10.448
% Trastorno mental	1,83	1,88	1,89	1,92	1,86	2,03

Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria. Sistema Sanitario Público de Andalucía.

La distribución por sexo de las altas por trastorno mental en los últimos años muestra que el porcentaje de hombres (58%) es mayor al de las mujeres (42%) alcanzado en 2009 con una diferencia de 16 puntos porcentuales, si bien, la tendencia en los últimos 6 años indica una menor diferencia, siendo ésta en 2013 de 10 puntos (hombres 55% y mujeres 45%).

Tabla 24. Distribución de las altas por trastorno mental según sexo. SSPA, 2008-2013.

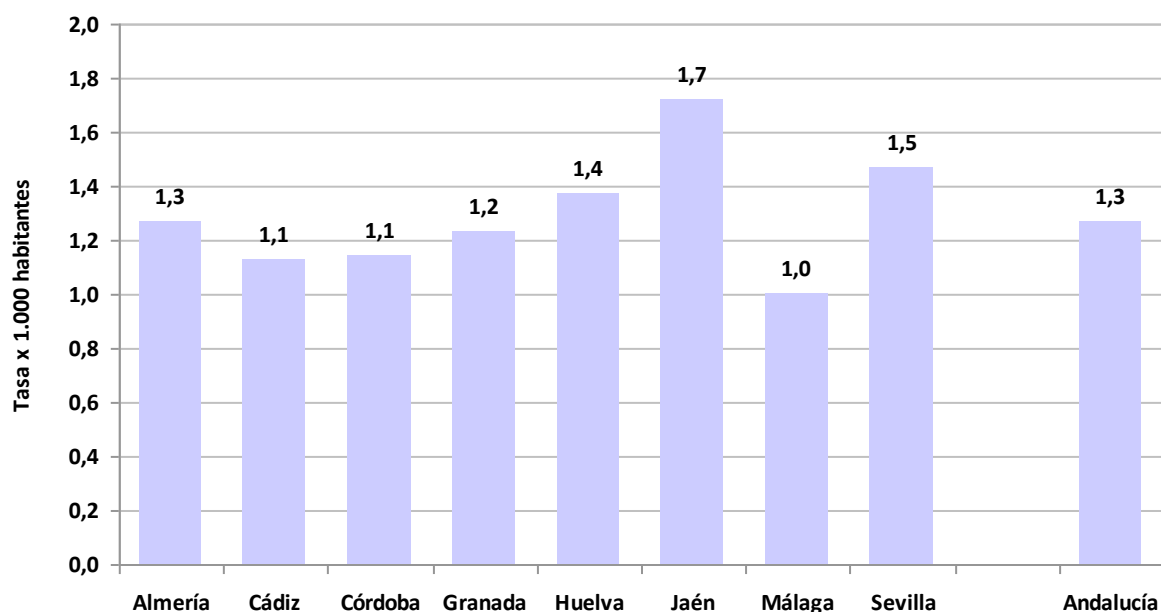
Porcentaje	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Hombres	57,3	57,9	57,3	56,5	56,3	55,3
Mujeres	42,8	42,1	42,7	43,6	43,7	44,7

Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria. Sistema Sanitario Público de Andalucía.

En cuanto a la estancia media de las hospitalizaciones producidas por trastornos de salud mental, son similares entre hombres y mujeres, si bien han experimentado una tendencia descendente de algo más de un día desde 2008, alcanzando en 2013 una estancia media en torno a los 15 días.

Por provincias, Jaén es la que representa la tasa de altas por trastorno mental más alta de Andalucía con un valor de 1,7, con 4 décimas por encima del global de Andalucía (1,3). Por el contrario, Málaga es la provincia con menor tasa de altas por este tipo de trastornos (1,0).

Gráfico 75. Distribución de las altas por trastorno mental por provincias. Tasas por 1.000 habitantes. SSPA, 2013.



*Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria. Sistema Sanitario Público de Andalucía.
Base de datos de usuarios a 31 de diciembre. Sistema Sanitario Público de Andalucía.*

A continuación se muestra la morbilidad de las personas ingresadas en los hospitales del SSPA por trastornos mentales en función de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) relacionados con trastornos mentales. Este sistema de clasificación, ampliamente utilizado en hospitales, agrupa las altas de un mismo perfil de morbilidad y, por consiguiente, 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 que 1, menor complejidad.

En el caso de las personas atendidas mayores de 18 años, la Tabla 25 muestra que el grupo que ha requerido un mayor número de ingresos ha sido el de los trastornos psicóticos, alcanzando el 60,6% de los ingresos en el año 2013. Este grupo es el que también precisa de mayor permanencia hospitalaria siendo su estancia media de 18 días, bastante por encima del resto de trastornos.

La evolución de la estancia media según GRD tiene una tendencia descendente en los últimos años en la mayoría de los trastornos mentales, pasando el global de 17 días en 2008 a casi 15 en 2013. Sin embargo, en el caso de los trastornos mentales de la infancia, la estancia media ha aumentado de 10 días en 2008 a casi 14 en 2013.

Tabla 25. Altas hospitalarias por enfermedad mental según GRD. Mayores de 18 años. SSPA, 2008-2013.

GRD	Descripción	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
		Altas	EM	Altas	EM	Altas	EM	Altas	EM	Altas	EM	Altas	EM
424	Proc. quirúrgico con diagnóstico principal enf. mental	46	25,43	94	16,93	106	12,51	93	12,74	88	12,02	96	10,55
425	Reacción adaptación aguda & disf. psicosocial	939	9,95	969	10,04	880	9,75	929	9,00	942	9,30	928	8,76
426	Neurosis depresivas	543	10,76	564	10,98	471	10,97	497	11,09	439	10,33	557	10,16
427	Neurosis excepto depresiva	296	11,55	310	9,75	282	9,23	312	11,10	312	9,22	379	9,52
428	Trastornos personalidad & control impulsos	1.101	11,35	1228	11,38	1.304	11,03	1.322	10,50	1.077	10,01	1.169	10,01
429	Alteraciones orgánicas & retraso mental	666	14,16	684	12,48	629	14,08	634	13,34	521	11,44	531	12,23
430	Psicosis	6.134	19,26	6.111	19,44	5.956	18,31	5.946	17,58	5.735	17,48	6.010	18,06
431	Trastornos mentales de la infancia	170	10,15	161	13,18	144	11,54	187	10,06	184	10,69	157	13,91
432	Otros diagnósticos de trastorno mental	95	11,23	104	8,96	91	9,19	104	0,13	77	8,91	85	9,91
TOTAL		9.990	16,28	10.225	16,13	9.863	15,46	10.024	14,80	9.375	14,60	9.912	14,95

Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria. Sistema Sanitario Público de Andalucía.

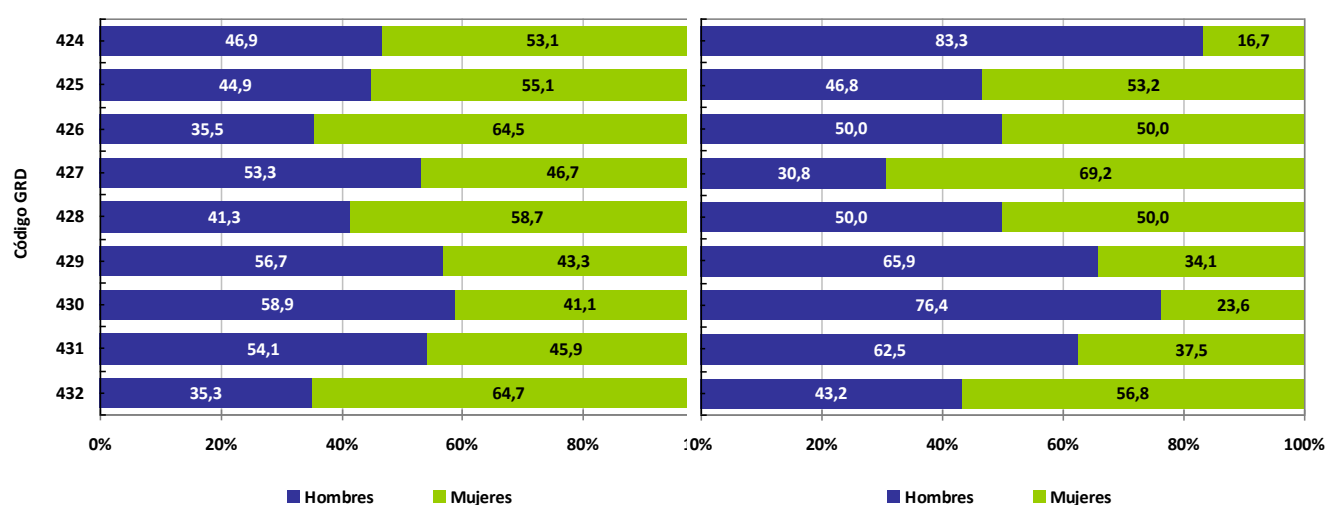
En el caso de los menores de 18 años, el trastorno que origina una mayor proporción de ingresos son los relacionados con los trastornos mentales de la infancia, si bien la mayor estancia media pertenecen a los trastornos psicóticos (16,15 días) como en el caso de las personas ingresadas mayores de 18 años.

Tabla 26. Altas hospitalarias por enfermedad mental según GRD. Menores de 18 años. SSPA, 2008-2013.

GRD	Descripción	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
		Altas	EM	Altas	EM	Altas	EM	Altas	EM	Altas	EM	Altas	EM
424	Proc. quirúrgico con diagnóstico principal enf. mental	7	8,14	8	6,25	6	2,5	2	95,50	1	8,00	6	1,67
425	Reacción adaptación aguda & disf. psicosocial	51	5,02	57	7,53	41	5,22	43	4,49	31	4,16	62	8,68
426	Neurosis depresivas	6	5,17	10	4,3	8	7,75	6	13,67	6	12,17	8	11,25
427	Neurosis excepto depresiva	23	15,3	39	10,85	35	8,63	26	6,96	29	10,17	26	6,85
428	Trastornos personalidad & control impulsos	27	17,63	23	17,09	29	12,55	29	6,55	19	12,00	20	5,70
429	Alteraciones orgánicas & retraso mental	75	9,19	80	7,89	68	5,79	50	4,34	57	8,42	44	12,57
430	Psicosis	48	18,98	61	18,18	47	18,15	49	19,00	45	17,36	55	16,15
431	Trastornos mentales de la infancia	122	5,73	145	5,49	101	8,37	78	7,87	108	9,53	104	6,11
432	Otros diagnósticos de trastorno mental	42	13,48	40	17,63	25	10,28	27	7,70	42	19,00	37	13,89
TOTAL		401	10,07	463	9,89	360	9,18	310	9,05	338	11,30	362	9,72

Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria. Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Gráfico 76. Altas hospitalarias por trastorno mental según GRD por sexo y grupos de edad. SSPA, 2013.



Mayores de 18 años

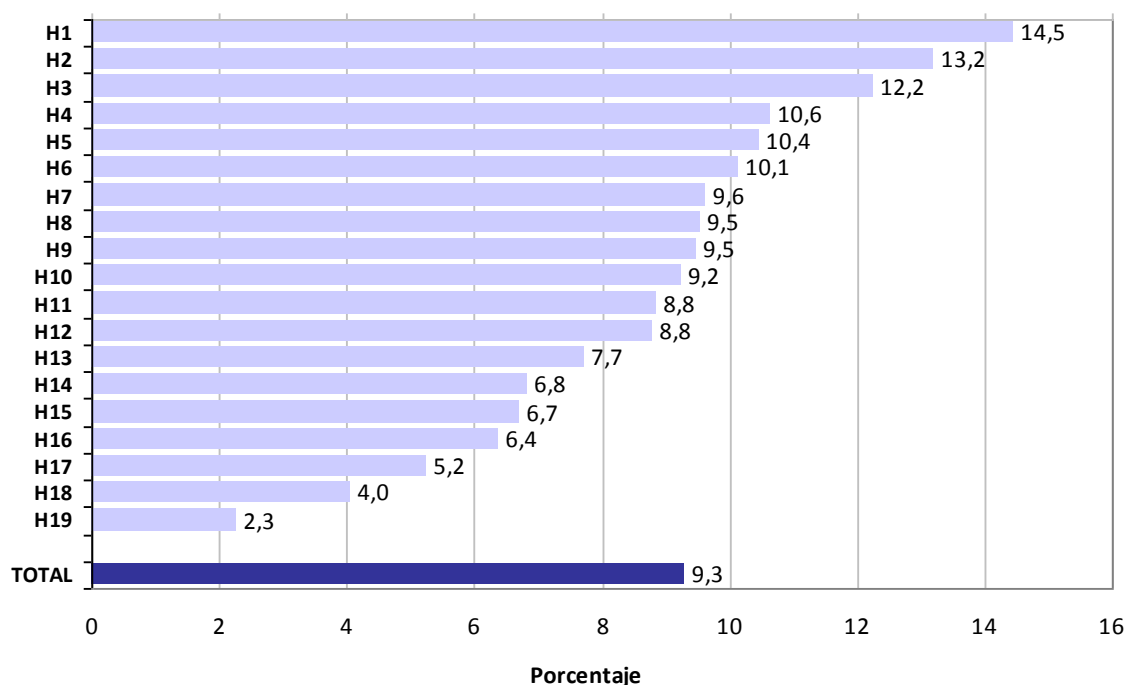
Menores de 18 años

Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria. Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Se considera **reingreso hospitalario** en pacientes de salud mental cuando el paciente ingresa de manera urgente, en menos de 30 días desde la última hospitalización por el mismo GRD.

Según este criterio, los reingresos hospitalarios producidos por pacientes con problemas de salud mental en el global de los hospitales del SSPA han sido del 9,3% en el año 2013. No obstante, se observa una gran variabilidad entre los diferentes centros, llegando a 12 puntos de diferencia entre el máximo (14,5%) y el mínimo (2,3%).

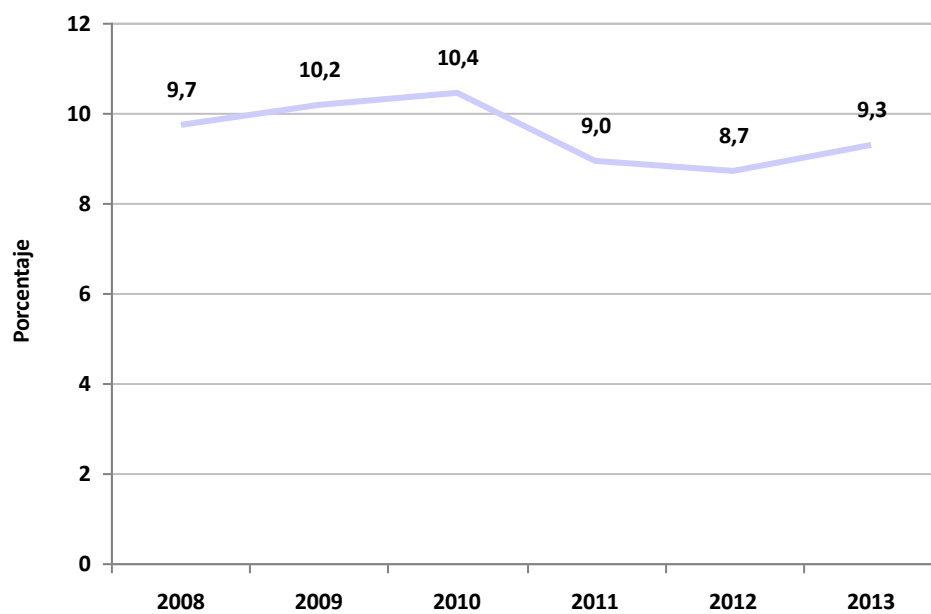
Gráfico 77. Porcentaje de reingresos por trastorno mental según hospital. SSPA, 2013.



Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria. Sistema Sanitario Público de Andalucía.

En cuanto la evolución de los reingresos en los últimos años, en el año 2010 se produjo un máximo de reingresos (10,4%) tras el cual ha existido una tendencia descendente llegando a alcanzar en 2012 el 8,7% del total de ingresos de salud mental. Sin embargo en el último año el porcentaje de ingresos experimentó un ligero aumento de 5 décimas (9,3%).

Gráfico 78. Evolución del porcentaje de reingresos por trastorno mental. SSPA, 2008-2013.



Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria. Sistema Sanitario Público de Andalucía.

8.2.4. Comunidades Terapéuticas de Salud Mental

En el periodo 2008 - 2013 el número medio anual de personas atendidas por las 15 Comunidades Terapéuticas de Salud Mental (CTSM) existentes en Andalucía fue de 976, de los cuales 399 correspondían al régimen de hospitalización completa y 577 al programa de día.

En cuanto al número de estancias, se producen una media anual de 75.072 estancias en hospitalización completa y 52.539 en el programa de día.

Tabla 27. Actividad media anual en las Comunidades terapéuticas. SSPA, 2008-2013.

	Promedio anual 2008-2013
Hospitalización completa	
Ingresos	206
Altas	203
Pacientes	399
Estancias	75.072
Programa de Día	
Ingresos	219
Altas	180
Pacientes	577
Estancias	52.539
Comunidad Terapéutica (HC y PD)	
Ingresos	425
Altas	383
Pacientes	976
Estancias	127.610

Fuente: Programa de Salud Mental de Andalucía.

8.2.5. Hospitales de Día de Salud Mental

El número medio anual de personas atendidas en los 16 Hospitales de Día de Salud Mental (HDSM) del SSPA en el periodo 2008 - 2013 Andalucía fue de 1.689 lo que supuso 63.522 estancias.

Tabla 28. Actividad media anual de los Hospitales de Día de Salud Mental. SSPA, 2008-2013.

	Promedio anual 2008-2013
Ingresos	757
Altas	589
Pacientes	1.689
Estancias	63.522

Fuente: Programa de Salud Mental de Andalucía.

8.2.6. Unidades de Rehabilitación de Salud Mental

En el periodo 2008 - 2013 el número medio anual de personas atendidas por las 9 Unidades de Rehabilitación de Salud Mental (URSM) existentes en Andalucía fue de 1.755. En cuanto al número de estancias, se producen una media anual de 86.888 en estos dispositivos.

Tabla 29. Actividad media anual de las Unidades de Rehabilitación de Salud Mental. SSPA, 2008-2013.

	Promedio anual 2008-2013
Ingresos	388
Altas	255
Pacientes	1.755
Estancias	86.888

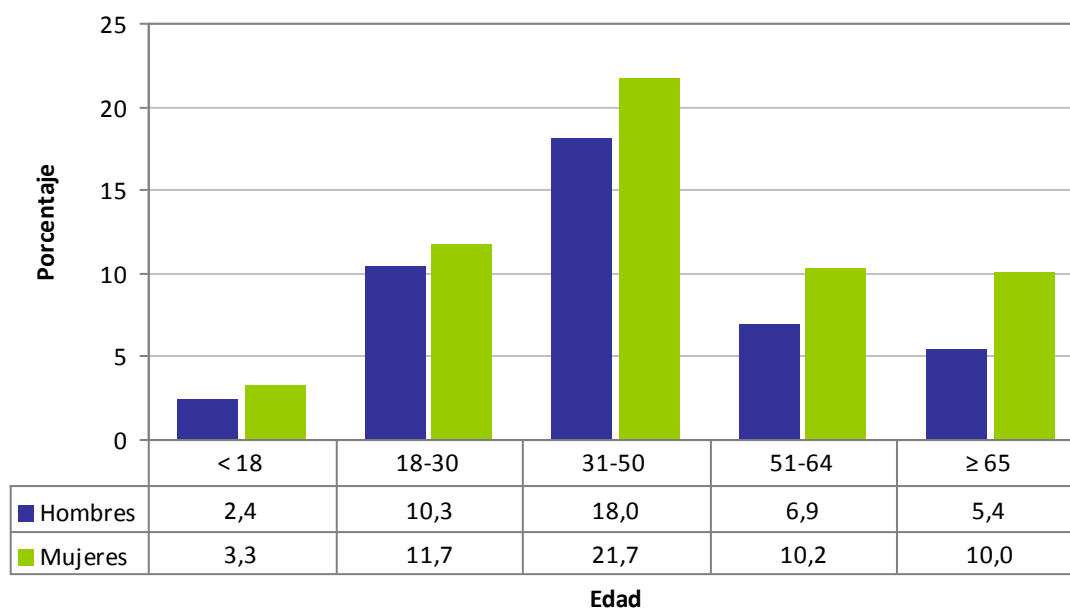
Fuente: Programa de Salud Mental de Andalucía.

8.3. ATENCIÓN URGENTE A LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Según la información del CMBD de Urgencias^u, en el año 2013 se registraron un total 3.273.428 admisiones en los servicios de urgencias en los hospitales públicos del Servicio Andaluz de Salud de las cuales 74.198 (2,27%) el diagnóstico principal codificado es trastorno mental.

El Gráfico 79 muestra la distribución de las urgencias según edad y sexo de las personas atendidas. El porcentaje de urgencias a personas con sexo desconocido o indefinido es muy bajo (0,22%), al igual que sin edad (0,20%) por lo que no se han reflejado en el gráfico.

^u Actualmente en esta fuente de información, CMBD-urgencias, no están incluidas las urgencias atendidas en las empresas públicas hospitalarias del SSPA.

Gráfico 79. Urgencias atendidas por trastorno mental según grupo de edad y sexo. SAS, 2013.

Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Urgencias. Servicio Andaluz de Salud.

El 56,9% del total de las urgencias atendidas corresponden a mujeres; de hecho las mujeres son el sexo mayoritario en todos los grupos de edad. El grupo de edad con mayor número de urgencias atendidas es el de 31 a 50 años, representando el 39,7% del total, seguido del grupo de las personas de 18 a 30 años, que concentra al 22,0% de los pacientes.

En la Tabla 30 y Gráfico 80 se presenta el porcentaje de urgencias atendidas en los hospitales del SAS caracterizando la morbilidad a través de la categoría y grupo CCS (Clinical Classification Software - Agency for Healthcare Research and Quality) a la que pertenece cada episodio de urgencias. Para esta clasificación de los episodios de urgencias se ha tenido en cuenta únicamente el primer diagnóstico del episodio, ignorándose el resto (comorbilidades).

Tabla 30. Urgencias atendidas por trastorno mental según grupo CCS. SAS, 2013.

Grupo Diagnóstico	Urgencias	%
Trastornos adaptativos	1.327	1,8
Trastornos por ansiedad	36.070	48,6
Déficit de atención y trastornos del comportamiento	892	1,2
Demencia con delirium, T. amnésicos y otros T. cognitivos	2.702	3,6
Trastornos del desarrollo	1.239	1,7
Trastornos diagnosticados en la niñez o adolescencia	127	0,2

Grupo Diagnóstico	Urgencias	%
Trastornos del control de los impulsos	48	0,1
Trastornos del humor	7.749	10,4
Trastornos de la personalidad	1.855	2,5
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	5.541	7,5
Trastornos relacionados con el alcohol	6.892	9,3
Trastornos relacionados con sustancias psicotrópicas	1.206	1,6
Cribaje, historia de SM y abuso de sustancias psicotrópicas	102	0,1
Trastornos mentales misceláneos	8.448	11,4
TOTAL	74.198	100

CCS: Clinical Classification Software - Agency for Healthcare Research and Quality

Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Urgencias. Servicio Andaluz de Salud.

Gráfico 80. Urgencias atendidas por trastorno mental según grupo CCS. SAS, 2013.



Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Urgencias. Servicio Andaluz de Salud.

Como puede observarse casi la mitad de las urgencias atendidas fueron diagnosticadas de trastornos de ansiedad. Además, un 11,4% de los episodios se incluirían en el grupo de trastornos mentales misceláneos, un 10,4% serían urgencias por trastornos del humor y un 9,3% por trastornos relacionados con el alcohol.

Por último, en la Tabla 31 y Gráfico 81 se describe el destino de las altas en el servicio de urgencias de los hospitales del SAS observándose que un 75,4% se derivan para su seguimiento en atención primaria

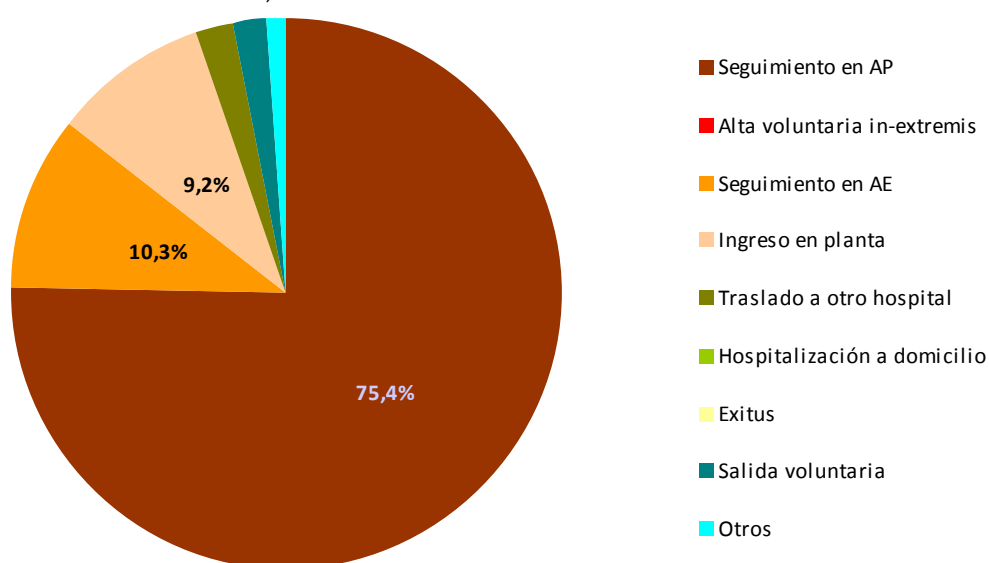
y un 10,3% para atención especializada. Solo un 9,2% de las urgencias atendidas son ingresadas en hospitalización.

Tabla 31. Urgencias atendidas por trastorno mental según tipo de alta. SAS, 2013.

Tipo de alta	Altas	%
Seguimiento en atención primaria	55.913	75,4
Alta voluntaria in-extremis	5	0,0
Seguimiento en atención especializada	7.610	10,3
Ingreso en planta	6.829	9,2
Traslado a otro hospital	1.530	2,1
Hospitalización a domicilio	1	0,0
Exitus	9	0,0
Salida voluntaria	1.473	2,0
Otros	828	1,1
TOTAL	74.198	100

Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Urgencias. Servicio Andaluz de Salud.

Gráfico 81. Urgencias atendidas por trastorno mental según tipo de alta. SAS, 2013.



Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Urgencias. Servicio Andaluz de Salud.

8.4. CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

Las **Encuestas Andaluzas de Salud** de 2007 y 2011 muestran diferencias en el consumo autodeclarado de psicofármacos entre estos dos años. En cuanto al consumo de antidepresivos, los datos presentan un aumento desde el 4,3% en 2007 al 5,8% en 2011. Del mismo modo, el consumo de tranquilizantes se incrementó del 4 al 5,1%. Asimismo, también aumentó el consumo de pastillas para dormir de un 3,1 al 4,1%.

En hombres, el consumo de psicofármacos aumentó en antidepresivos (2,2% frente a 3%) y tranquilizantes (2,6% frente a 3%), y sin embargo decreció en pastillas para dormir (2,1% frente a 1,9%).

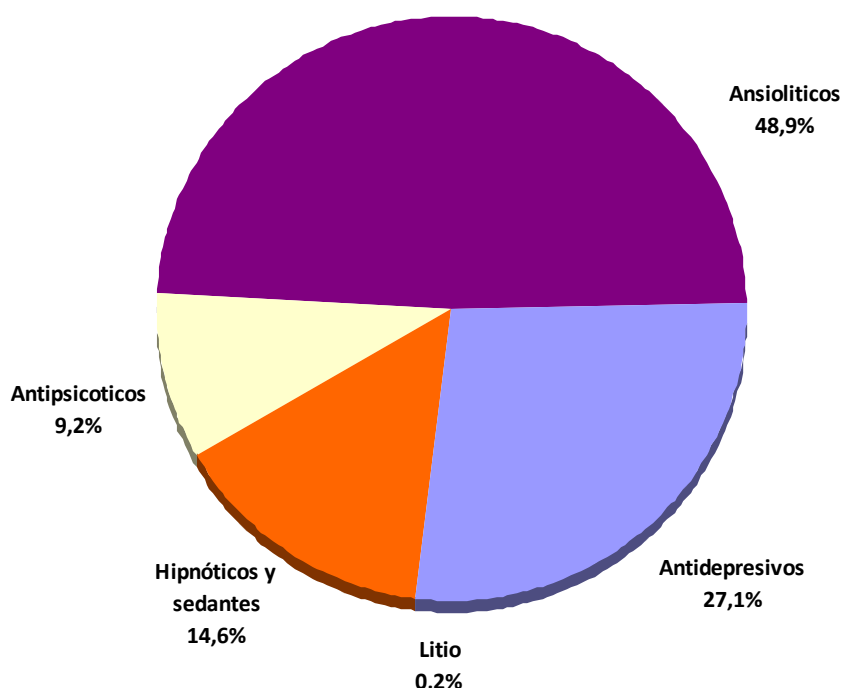
En mujeres, el incremento en el consumo en 2011 es más pronunciado en los 3 tipos de psicofármacos estudiados. El consumo de antidepresivos creció hasta el 8,5% frente al 6,4% de 2007. El consumo de tranquilizantes aumentó desde el 5,4% hasta el 7,1%. Y por último, el consumo de pastillas para dormir llegó hasta el 6,2% en 2011 mientras que en 2007 fue del 4,1%.

Se ha analizado además la información suministrada por el Servicio de Asistencia Farmacéutica del Servicio Andaluz de Salud en cuanto al consumo de psicofármacos recetados y retirados de las oficinas de farmacia durante el periodo 2008-2013. 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 2013 fue de 20.374.553 lo que representa un 12,54% en relación al total de fármacos consumidos en Andalucía (162.458.588 envases).

En el siguiente gráfico se muestra la distribución de envases según tipo de psicofármaco. Destaca que casi la mitad (el 48,9%) corresponde a psicofármacos de tipo ansiolítico, y el 27,1% a antidepresivos.

Gráfico 82. Distribución del número de envases según tipo de psicofármaco. SSPA, 2013.



Fuente: Servicio de Asistencia Farmacéutica del Servicio Andaluz de Salud

El total de **Dosis Diaria Definida (DDD)**^y consumidas en el año 2013 fue de 3.737.443.491 de las que 488.540.411 correspondían a psicofármacos (13,07%). La Dosis Diaria Definida por Habitante y Día de psicofármacos (DHD^w) es de 158,58 por 1.000 habitantes.

La Tabla 32 muestra la evolución, desde el año 2008 al 2013 del número de envases, DDD y DHD. En general tanto el número de envases, como DDD y DHD ha sufrido un incremento en los últimos años del 14,1%, 19,5% y 16,2% respectivamente.

Los fármacos que han experimentado el mayor incremento han sido los antidepresivos (29,7% en número de envases y 28,5% en DDD) junto a los fármacos derivados de la benzodiazepina (27,4% en envases y 30,7% en DDD).

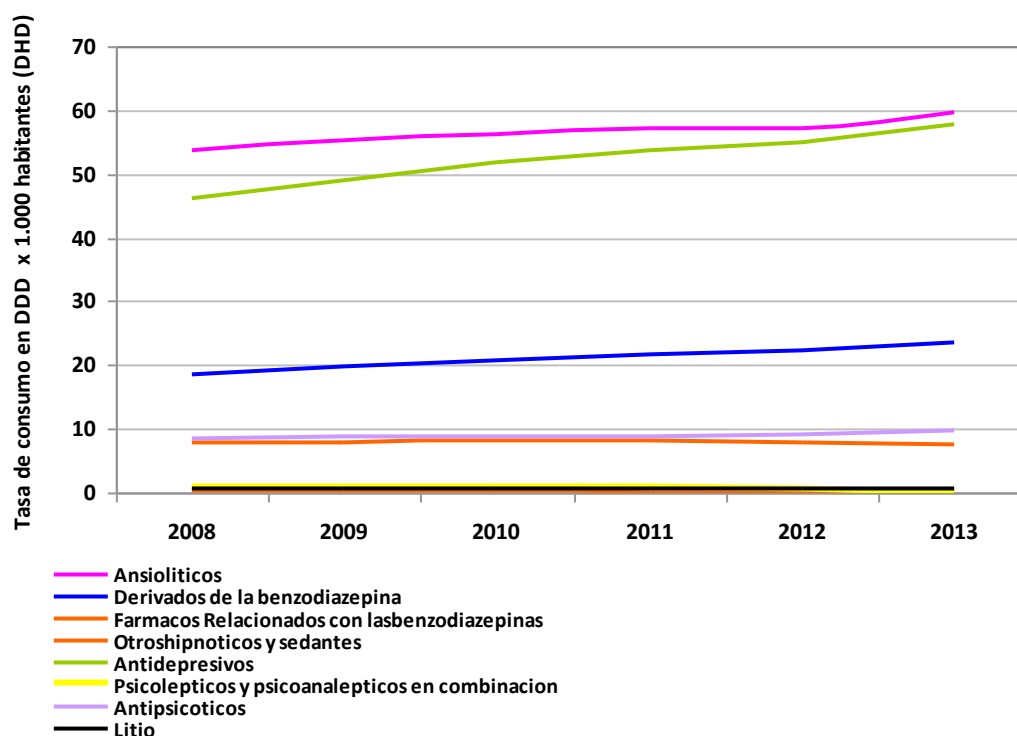
^y DDD (Dosis Diaria Definida): se refiere a la dosis de mantenimiento en personas adultas y suele corresponder a la dosis de tratamiento expresada en forma de peso de sustancia activa.

^w DHD (Dosis Diaria Definida por Habitante y Día): se refiere al número de personas de cada 1.000 habitantes que reciben el tratamiento.

Tabla 32. Total de envases, Dosis Diaria Definida (DDD) y Dosis Diaria Definida por Habitante y Día (DHD). SSPA, 2008-2013.

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	% Var. 08-13
TOTAL ENVASES	Ansiolíticos	8.924.423	9.242.307	9.426.052	9.621.870	9.603.923	9.966.098	11,67
	Derivados de la Benzodiazepina	1.642.129	1.760.651	1.856.574	1.951.315	2.014.051	2.091.856	27,39
	Fármacos relacionados con las Benzodiazepinas	783.648	807.656	824.636	835.163	830.864	792.594	1,14
	Otros hipnóticos y sedantes	124.413	131.616	135.445	68.936	70.966	87.389	-29,76
	Antidepresivos	4.252.334	4.592.498	4.884.855	5.115.568	5.260.265	5.517.977	29,76
	Psicolépticos y psicoanalépticos en combinación	219.637	208.117	215.715	214.830	139.587	0	-100,00
	Antipsicóticos	1.860.695	1.894.794	1.921.515	1.925.177	1.864.451	1.877.692	0,91
	Litio	41.920	43.025	42.821	42.570	41.438	40.947	-2,32
	TOTAL	17.849.199	18.680.664	19.307.613	19.775.429	19.825.545	20.374.553	14,15
DDD	Ansiolíticos	160.889.233	167.550.359	171.976.027	175.752.081	176.279.559	183.446.171	14,02
	Derivados de la Benzodiazepina	55.422.967	59.585.589	63.127.856	66.596.348	69.035.898	72.447.385	30,72
	Fármacos relacionados con las Benzodiazepinas	23.386.953	24.091.354	24.548.939	24.789.735	24.562.409	22.803.825	-2,49
	Otros hipnóticos y sedantes	479.342	507.816	522.475	267.917	276.136	338.832	-29,31
	Antidepresivos	138.382.844	148.414.594	157.778.239	164.998.363	169.005.804	177.752.060	28,45
	Psicolépticos y psicoanalépticos en combinación	2.964.288	2.811.037	2.911.448	2.889.726	1.876.831	0	-100,00
	Antipsicóticos	25.231.554	26.492.107	26.589.720	27.488.680	28.031.069	29.891.097	18,47
	Litio	1.905.264	1.955.486	1.946.214	1.934.807	1.883.357	1.861.041	-2,32
	TOTAL	408.662.445	431.408.342	449.400.919	464.717.656	470.951.064	488.540.411	19,55
DHD: TASA DE CONSUMO EN DDD POR MIL HABITANTES	Ansiolíticos	53,74	55,29	56,29	57,16	57,24	59,55	10,80
	Derivados de la Benzodiazepina	18,51	19,66	20,66	21,66	22,42	23,52	27,03
	Fármacos relacionados con las Benzodiazepinas	7,81	7,95	8,03	8,06	7,98	7,40	-5,24
	Otros hipnóticos y sedantes	0,16	0,17	0,17	0,09	0,09	0,11	-31,31
	Antidepresivos	46,22	48,97	51,64	53,66	54,88	57,70	24,83
	Psicolépticos y psicoanalépticos en combinación	0,99	0,93	0,95	0,94	0,61	0,00	-100,00
	Antipsicóticos	8,43	8,74	8,70	8,94	9,10	9,70	15,13
	Litio	0,64	0,65	0,64	0,63	0,61	0,60	-5,08
	TOTAL	136,50	142,35	147,08	151,14	152,92	158,58	16,17

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

Gráfico 83. Evolución de las Dosis Diarias Definidas por Habitante y Día (DHD). Tasas por 1.000 habitantes. SSPA, 2008-2013.

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

En el informe de 2014 de SESPAS¹²⁵, se recoge la evolución de las unidades de psicofármacos vendidas en las oficinas de farmacia de los principales grupos de psicofármacos. En España desde el año 2009 se ha experimentado un incremento en el consumo de envases de antidepresivos por 1.000 habitantes de un 9,58%. En cuanto a los tranquilizantes, se observa un ligero aumento en el año 2010 similar a lo ocurrido con los hipnóticos y sedantes. Por último, los antipsicóticos decrece levemente su consumo en el periodo analizado.

Tabla 33. Total de envases por 1.000 habitantes. España, 2009-2013.

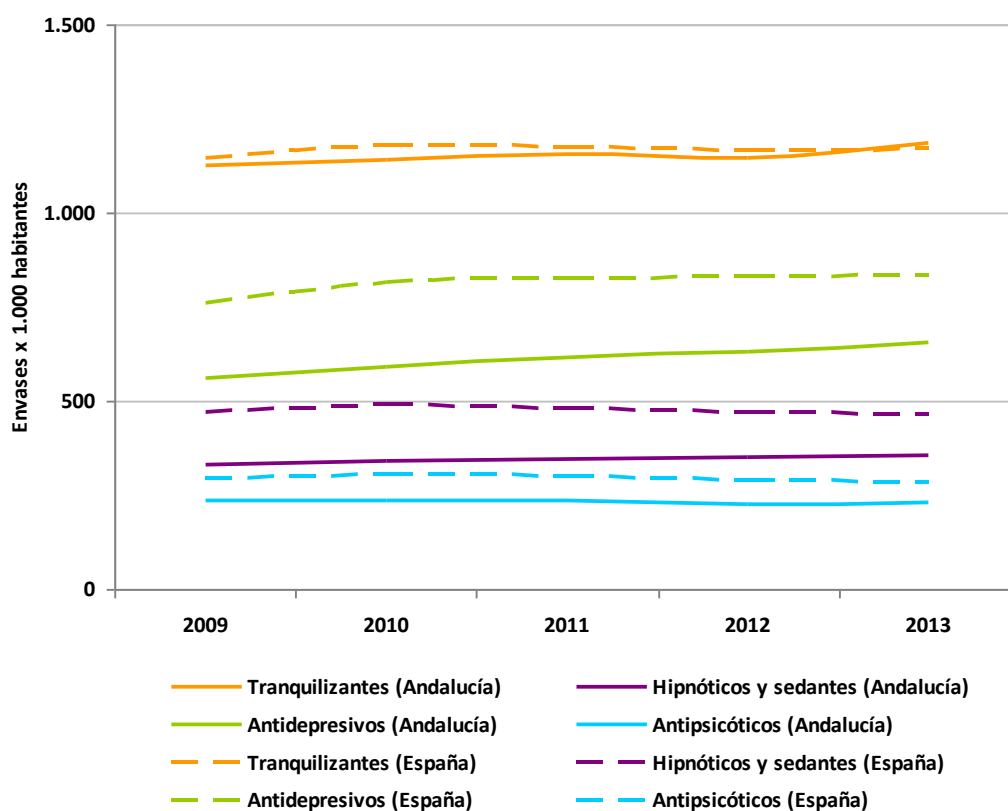
		2009	2010	2011	2012	2013	% Variación 09-13
Total envases	Antipsicóticos	13.744.389	14.192.497	14.091.784	13.481.266	13.351.436	-2,86
	Antidepresivos	35.177.505	37.805.971	38.587.556	38.765.700	38.954.531	10,74
	Tranquilizantes	53.012.679	54.916.395	54.914.376	54.522.845	54.565.279	2,93
	Hipnóticos y sedantes	21.774.414	22.703.535	22.511.144	22.026.211	21.655.222	-0,55
Envases x 1.000 hab.	Antipsicóticos	297,24	305,30	301,96	287,95	285,73	-3,87
	Antidepresivos	760,77	813,27	826,87	828,00	833,65	9,58
	Tranquilizantes	1.146,49	1.181,34	1.176,72	1.164,56	1.167,72	1,85
	Hipnóticos y sedantes	470,91	488,39	482,38	470,46	463,43	-1,59

Fuente: - Gili M, García Campayo J, Roca M. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. Gacet Sanit, 28 (2014) Supplement 1, pp. 104-108.

- INE - Estimaciones Intercensales de Población (2009-2012) y Cifras de Población (2013).

En el Gráfico 84 se compara el consumo de psicofármacos en España y Andalucía para el periodo 2009-2013. En todos los grupos de psicofármacos el consumo de envases por 1.000 habitantes es superior en España en relación a Andalucía. En el consumo de tranquilizantes esta diferencia es insignificante e incluso en el año 2013 en Andalucía se observa un mayor consumo que en España. También es de destacar un incremento en el consumo de antidepresivos tanto en España como en Andalucía aunque este incremento es superior en Andalucía.

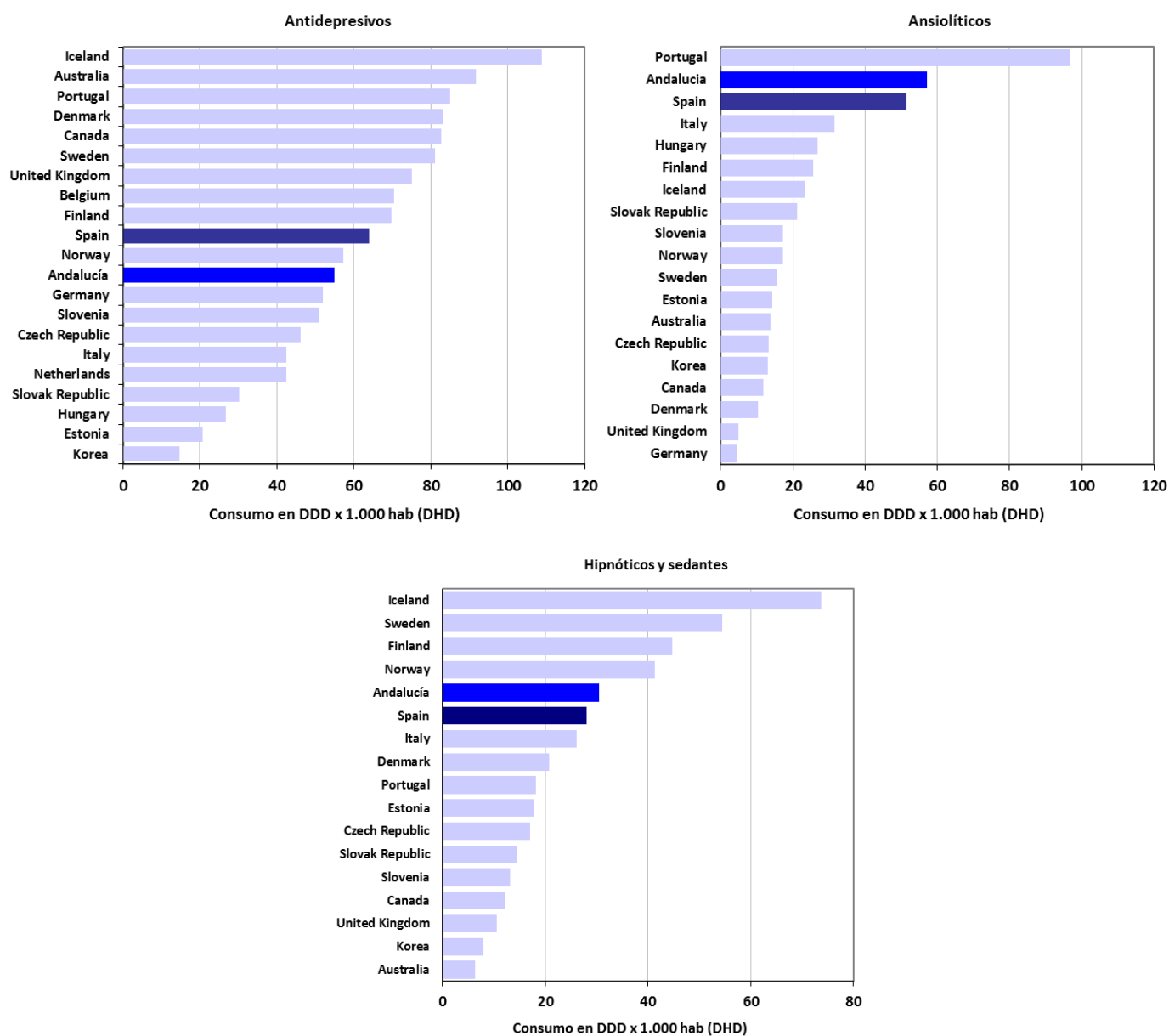
Gráfico 84. Evolución del número de envases por 1.000 habitantes según tipo de psicofármaco. SSPA y España, 2013.



Fuente: - Servicio de Asistencia Farmacéutica del Servicio Andaluz de Salud
 - Gili M, García Campayo J, Roca M. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. Gacet Sanit, 28 (2014) Supplement 1, pp. 104-108.

En la comparación internacional destaca que el consumo de DHD en ansiolíticos es en Andalucía y España de los más altos, según las estadísticas de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE/OECD), solo superados por Portugal. En el caso de los antidepresivos en Andalucía y España se observa un consumo medio en relación al resto de países.

Gráfico 85. Consumo de ansiolíticos, antidepresivos, hipnóticos y sedantes. Internacional, España y Andalucía, 2012.



Fuente: OECD Statistics: Health Data: Pharmaceutical market

8.5. PERSONAS ATENDIDAS EN LA RED DE APOYO SOCIAL DE FAISEM

Las personas atendidas en la red de apoyo social de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM)* son a su vez atendidas en los dispositivos sanitarios de salud mental del SSPA, manteniéndose una estrecha cooperación entre ambas redes de servicios.

Durante el año 2013, más de 10.000 personas con enfermedades mentales graves han sido usuarias de los programas de apoyo social de FAISEM¹²⁶.

En el año 2013, las personas que ocupaban las 1.914 plazas ofertadas por el **programa residencial** de FAISEM (casas hogar, viviendas supervisadas, apoyo domiciliario y plazas en residencias generales), fueron en su mayoría hombres (65%), con edad media de 49 años (solo el 2,1% tenía más de 65 años y el 7% menos de 35). El 89,2% de los hombres y el 61% de las mujeres eran personas solteras.

En cuanto al nivel educativo, el 23,9% de las personas no tenían estudios. El 52% recibía una pensión no contributiva, el 22% una contributiva y el 15% una pensión por orfandad.

La mayoría de las personas acogidas en este programa están diagnosticadas de esquizofrenia (85,0%), trastornos afectivos (5,0%), trastornos de la personalidad (5,7%), discapacidad intelectual (2,4%) y el resto, otros diagnósticos. Respecto a la situación jurídica de estas personas, el 30% estaban incapacitados civilmente.

Las personas atendidas en el año 2013 en el **programa de soporte diurno** de FAISEM (centros de día y talleres), fueron en su mayoría hombres (72%), solteros (83%) y con edad media de 47,5 años (rango de 19 a 87 años).

En cuanto al nivel educativo, el 16% no tenía estudios, una gran mayoría de las personas atendidas tenía Graduado Escolar (62%) y existía un 5% de personas con estudios universitarios. El 25% de las personas atendidas en este programa tenía unos ingresos económicos inferiores a la pensión no contributiva.

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

Las personas atendidas en este programa tenían una residencia previa con las siguientes características: el 60% vivía con la familia de origen, el 21% solo, y el 12% con su propia familia.

La mayoría de las personas acogidas en este programa tenían diagnóstico de esquizofrenia (71%). Otros diagnósticos con relativa presencia fueron los trastornos afectivos (8%) y los trastornos de la personalidad (8%).

En relación a los **programas de integración laboral**, en el año 2013 de las 660 personas trabajadoras de las empresas sociales, el 51% tenía una discapacidad por enfermedad mental, el 27,5% presentaban discapacidad por otra causa y el 20% no presentaban ninguna discapacidad.

Las personas con enfermedad mental de estas empresas se caracterizaban por ser en su mayoría hombres (58%), en una proporción muy similar al de la plantilla total (en la que el 57% eran hombres).

Por su parte, de las personas atendidas por los **servicios de orientación y apoyo al empleo** en el año 2013, el 65% eran hombres y el 35% mujeres, estando el grueso de la población atendidas (65%) entre los 25 y los 45 años de edad.

La gran mayoría de estas personas tenía estudios (85%) frente al 15% de personas con estudios primarios incompletos o sin estudios, siendo el nivel educativo más frecuente, el de Graduado Escolar. En cuanto a los diagnósticos más frecuentes en estas personas, un 35% tienen esquizofrenia, el 12% de trastorno bipolar y el 12% de trastornos de la personalidad.

El 82% de las personas atendidas tenía ya algún tipo de experiencia laboral.

8.6. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

En la actualidad, se define la Atención Temprana como el conjunto de actuaciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, con la finalidad de prevenir y detectar de forma precoz la aparición de cualquier alteración en el desarrollo, o el riesgo de padecerla, realizando, en

aquellos casos que lo precisen, una intervención integral dirigida a potenciar capacidades, para evitar o minimizar el agravamiento de una posible deficiencia¹²⁷.

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) son un ejemplo claro de trastorno que se puede beneficiar de una atención temprana de calidad, pues una detección precoz y una intervención integral contribuyen a potenciar las capacidades de esta población y evitan o minimizan la aparición de comorbilidades que complicarían su manejo posterior, mejorando la calidad de vida de la población afecta, así como de su familia y entorno.

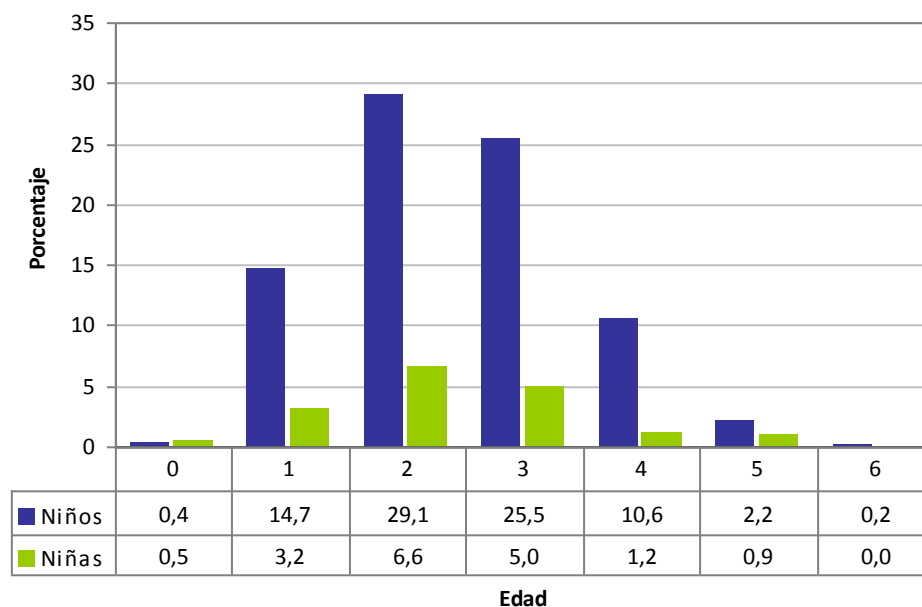
El abordaje eficaz de los TEA requiere de un enfoque integral, de una respuesta intersectorial, interdisciplinar y multiprofesional inserta en un modelo de intervención uniforme, centrado en el niño o la niña, la familia y el entorno. Al respecto se ha considerado prioritaria la comunicación interniveles y la comunicación directa de los profesionales de Atención Primaria con las Unidades de Salud Mental Infantojuvenil y los Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT) así como la coordinación eficaz con los centros educativos, para lo que será fundamental el uso de las TIC.

Desde 2011, en la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, existe el Sistema de Información de Atención Temprana (Alborada)¹²⁸ que tiene la finalidad de ser una herramienta para favorecer la coordinación y continuidad de la Atención Temprana, poniendo en contacto a todos los actores relacionados con la intervención sobre menores con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos y sus familias. Este sistema de información cuenta con un módulo específico integrado en la Historia de Salud Digital DIRAYA. Este módulo constituye la entrada funcional en el sistema desde donde parte la derivación a los CAIT y desde donde se podrán seguir las intervenciones realizadas en todos los ámbitos.

Los datos suministrados por el Sistema de Información de Atención Temprana (Alborada) correspondientes a los niños y niñas atendidas en 2013 en este programa por trastornos del espectro autista han sido de 1.269. Por sexo, destaca que 1.048 (82,54%) son niños y 220 (17,34%) niñas. Solo existe un caso en el que no se especifica el sexo.

En el Gráfico 86 se muestra la distribución de menores según edad y sexo. El mayor porcentaje existente de niños se centran en más del 50% entre 2 y 3 años. En niñas también predominan los casos de estas edades.

Gráfico 86. Menores de 6 años atendidos en los CAIT por trastorno del espectro autista según grupo de edad y sexo, SSPA, 2013.

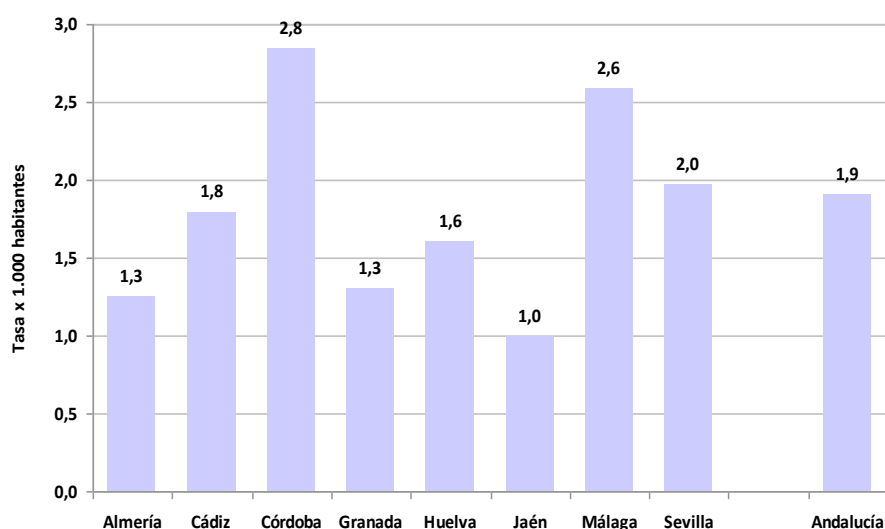


Fuente: Sistema de Información de Atención Temprana (Alborada).

En el siguiente gráfico se presenta la prevalencia de menores con trastorno del espectro autista de cada provincia de Andalucía en relación a su población de referencia de 0-6 años, expresada como tasa por cada 1.000 habitantes.

Las provincias con tasas superiores a la de Andalucía son Córdoba, Málaga y Sevilla. Por el contrario, presentan tasas más bajas las provincias de Jaén, Granada, Almería, Huelva y Cádiz.

Gráfico 87. Menores de 6 años atendidos en los CAIT por trastorno del espectro autista según provincia. SSPA, 2013.



Fuente: Sistema de Información de Atención Temprana (Alborada).
Instituto Nacional de Estadística. Población a 1 de enero de 2013.

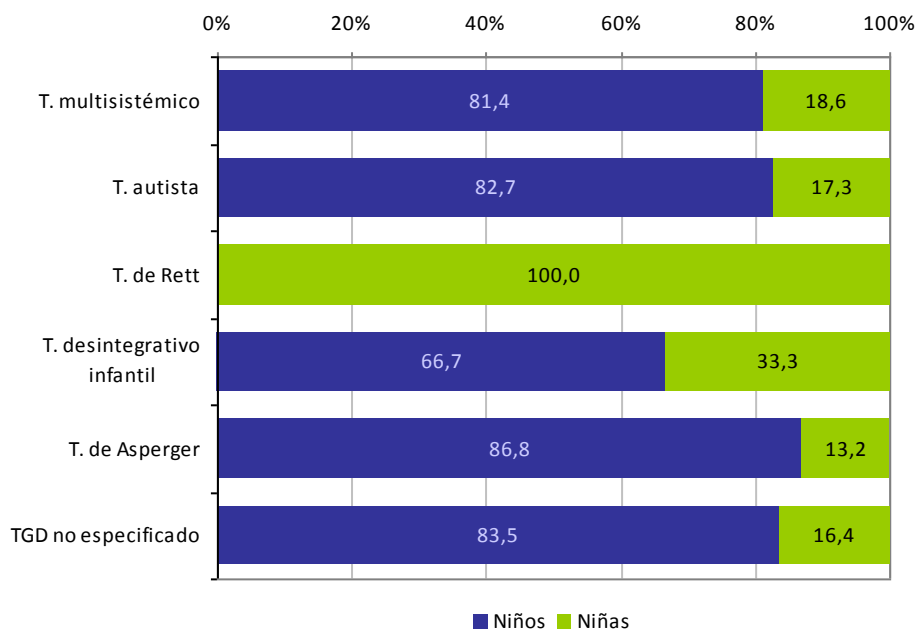
En la Tabla 34 se muestra datos de los niños y niñas de 0-6 años con trastorno del espectro autista y su diagnóstico siguiendo la Organización Diagnóstica de Atención Temprana (ODAT).

Tabla 34. Menores de 6 años atendidos en los CAIT por trastorno del espectro autista según grupo diagnóstico, SSPA, 2013.

Diagnóstico actual	Niños	Niñas	TOTAL	%
Trastorno multisistémico	96	22	118	9,30
Trastorno autista	450	94	544	42,87
Trastorno de Rett	0	7	7	0,55
Trastorno desintegrativo infantil	2	1	3	0,24
Trastorno de Asperger	46	7	53	4,18
Trastorno generalizado del desarrollo no especificado	454	89	544	42,87
TOTAL	1.048	220	1.269	100

Fuente: Sistema de Información de Atención Temprana (Alborada).

Al observar los tipos de diagnóstico según el sexo, los porcentajes relativos a niños y niñas son similares a los comentados para el global de pacientes con trastorno del espectro autista, (82,58% niños y 17,34% niñas) a excepción del trastorno de Rett y el trastorno desintegrativo infantil que presentan pocos casos en ambos sexos.

Gráfico 88. Menores de 6 años atendidos en los CAIT por trastorno del espectro autista según grupo diagnóstico. SSPA, 2013.

Fuente: Sistema de Información de Atención Temprana (Alborada).

En el año 2013, el 33,18% de los niños y niñas atendidos en estos CAIT han sido dados de alta. Como se presenta en la siguiente tabla algo más de la mitad de los menores son dados de alta por la edad (58,43%), un 16,86% simplemente cambian de equipo y solo un 5,46% son dados de alta por un desarrollo adecuado.

Tabla 35. Menores de 6 años con trastorno del espectro autista dados de alta en los CAIT según motivo. SSPA, 2013.

Motivo de alta	Niños	Niñas	TOTAL	%
Alta por cambio de equipo	56	15	71	16,86
Alta por desarrollo adecuado	16	7	23	5,46
Alta por edad	212	34	246	58,43
Alta por otros motivos	35	9	44	10,45
Alta voluntaria	33	4	37	8,79
TOTAL	352	69	421	100,00

Fuente: Sistema de Información de Atención Temprana (Alborada).

La siguiente información corresponde 3.122 niñas y niños menores de 6 años con trastorno del espectro autista atendidos en los CAIT desde julio de 2011 a junio de 2014, lo que supone un 11,37% del total de las personas atendidas en estos dispositivos.

Estos niños y niñas pueden presentar otros factores de riesgo o trastornos disfuncionales incluidos en la ODAT. En la Tabla 36 se presentan los principales factores de riesgo y trastornos disfunciones que concurren en los menores con trastorno del espectro autista.

Tabla 36. Factores de riesgo y trastornos disfuncionales del desarrollo en menores de 6 años con trastorno de espectro autista. SSPA, julio 2011-junio 2014

	Número
FACTORES DE RIESGO	1.a. Prenatal
	268
	1.b. Perinatal
	202
	2.c. Estrés durante el embarazo
	110
	1.d. Otros factores biológicos
	107
	1.c. Postnatal
	81
	2.b. Características de la familia
	75
	2.a. Características de los padres
TRASTORNOS DISFUNCIONALES	54
	2.e. Estrés postnatal
	53
	2.d. Estrés en el periodo neonatal
	39
	3.a. Exposición a entornos ambientales con factores de estrés
	25
	3.c. Exposición a factores de exclusión social de la familia
	18
	3.b. Exposición a entornos sociales con factores de estrés
	18
	4.g. Trastornos en el desarrollo de la comunicación y del lenguaje
	550
	4.e. Retraso evolutivo
	406
	4.d. Trastornos psicomotores
	276
	4.j. Trastornos de regulación y comportamiento
	91
	4.f. Trastornos en el desarrollo cognitivo
	79
	4.a. Trastornos en el desarrollo motor
	61
	5.b. Formas de relación familia-niño
	53
	4.c. Trastornos auditivos
	38
	5.a. Trastornos de la interacción
	31
	4.h. Trastornos en la expresión somática
	30
	4.b. Trastornos visuales
	25
	4.l. Plurideficiencias
	22
	4.i. Trastornos emocionales
	19
	4.m. Otros
	16
	6.a. Trastornos del entorno
	13

Fuente: Sistema de Información de Atención Temprana (Alborada).

Los factores de riesgo más frecuentes que concurren en menores con trastorno del espectro autista están relacionados con el embarazo y parto, concretamente, factores prenatales (268), perinatales (202) y estrés durante el embarazo (110).

En cuanto a los trastornos disfuncionales más frecuentes en estas niñas y niños son los trastornos en el desarrollo de la comunicación y del lenguaje (550), los retrasos evolutivos (406) y los trastornos psicomotores (276).

8.7. INMIGRACIÓN Y ENFERMEDAD MENTAL

Aunque la inmigración no es en sí misma una causa de trastorno mental, se puede considerar como un factor de riesgo para la salud mental.

La salud mental de las personas inmigrantes depende, en parte, de un conjunto de factores de riesgo entre los que se encuentran la ausencia de apoyo sociofamiliar, la falta de residencia fija, el hacinamiento, la cohabitación forzada, así como la actitud de rechazo, marginación y exclusión social de la sociedad receptora¹²⁹.

En el *II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012*¹³⁰, se proponen diferentes medidas de mejora de la atención de Salud Mental dirigida a población migrante, partiendo de la observación de un número creciente de personas migrantes que acuden a los servicios de Salud Mental y la consideración del proceso migratorio como un acontecimiento vital estresante, de potencial riesgo para la salud mental. Entre las estrategias de actuación dirigidas a población migrante se incluye la adaptación y contextualización de programas de intervención en salud mental *“a las características biológicas, psicológicas, sociales y culturales, así como a las creencias y valores de las personas inmigrantes con enfermedad mental, teniendo en cuenta la perspectiva de género”*, así como la traducción, adaptación y difusión de *“materiales informativos que faciliten a la población inmigrante el acceso a los servicios de salud mental”*¹³¹.

En el año 2014 se publican los resultados del estado de salud, determinantes y uso de servicios de la población inmigrada en España (comparación 2006 y 2012) por parte del Subprograma de Inmigración y Salud CIBERESP¹³². El objetivo del informe es describir el estado de salud, el acceso y uso de los servicios sanitarios, factores de riesgo y determinantes socioeconómicos de la población mayor de 15 años residente en España, en función de las características sociodemográficas (sexo, nivel de renta del país de nacimiento, tiempo de residencia y clase social), en comparación con la población nacida en España, y su evolución 2006-2012.

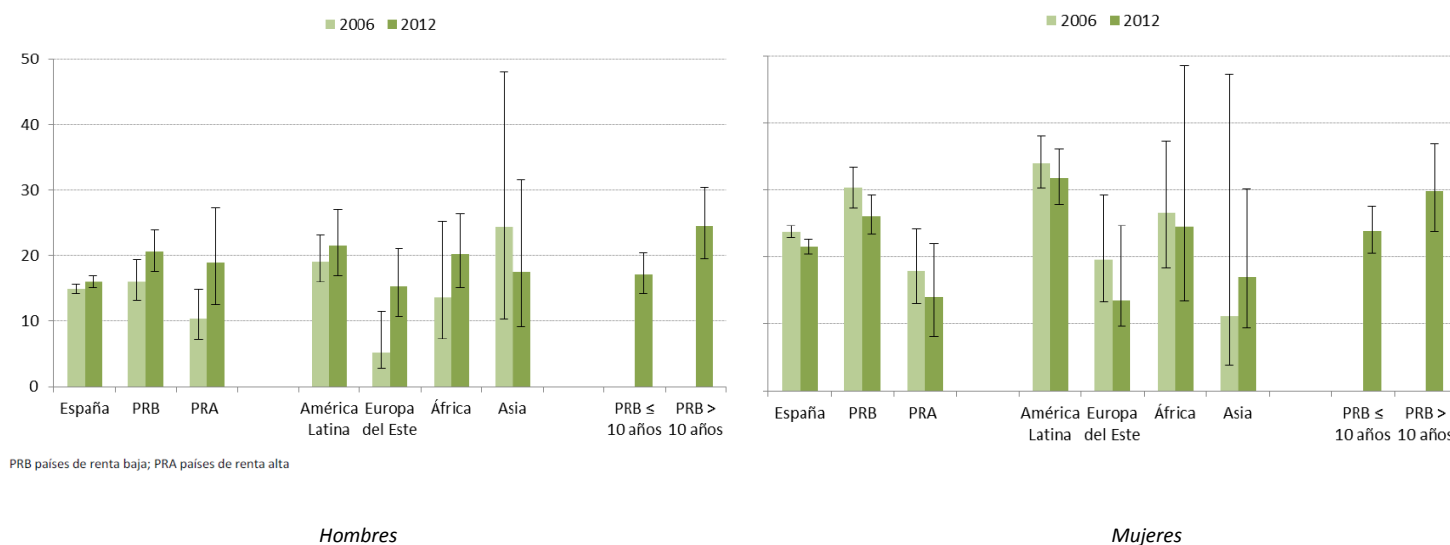
En este estudio se señala que tanto la evolución de 2006 a 2012 como la comparación entre personas inmigradas con mayor o menor tiempo de residencia muestran un deterioro de algunos indicadores de salud, sobre todo mental, y factores de riesgo de otro tipo de enfermedades como las cardiovasculares.

Los principales resultados muestran que las personas nacidas en países de renta baja (PRB) declaran un mayor riesgo para la salud mental que las personas nacidas en España, destacando la mala salud mental de las mujeres procedentes de América Latina.

En general, el riesgo de mala salud mental es menor en hombres que en mujeres, sin embargo la evolución entre los años 2006 y 2012 de los hombres ha sido más negativa exceptuando los originarios de Asia, donde se invierte la tendencia.

En cuanto al tiempo de residencia, el riesgo de mala salud mental es mayor en inmigrantes de países de rentas bajas con más tiempo de residencia.

Figura 2. Riesgo de mala salud mental según sexo, país de nacimiento y años de residencia. Datos a nivel nacional. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.



Fuente: Davide Malmusi, Merce Gotsens (coordinadores). Estado de salud, determinantes y uso de servicios de la población inmigrada en España. Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2012. CIBERESP, 2014.

Este estudio muestra además otros resultados como que las personas inmigrantes de países de renta baja que llevan más tiempo de residencia, refieren con mayor frecuencia haber padecido depresión,

ansiedad u otros trastornos mentales en el último año. Pese a esto, el consumo de tranquilizantes en las personas de países de renta baja es inferior respecto a las personas nacidas en España, aunque ha aumentado entre el 2006 y 2012.

8.8. PERSONAS INTERNADAS EN LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS DE SEVILLA Y FONCALENT (ALICANTE)

La mayoría de las personas con enfermedad mental que cumplen condena lo hacen en centros penitenciarios ordinarios. Tan sólo a aquellas personas que, por decisión judicial, son declaradas inimputables (al considerarse que cuando cometieron los hechos delictivos 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 (HPP) de Sevilla**, dependiente de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior, es solo para hombres.

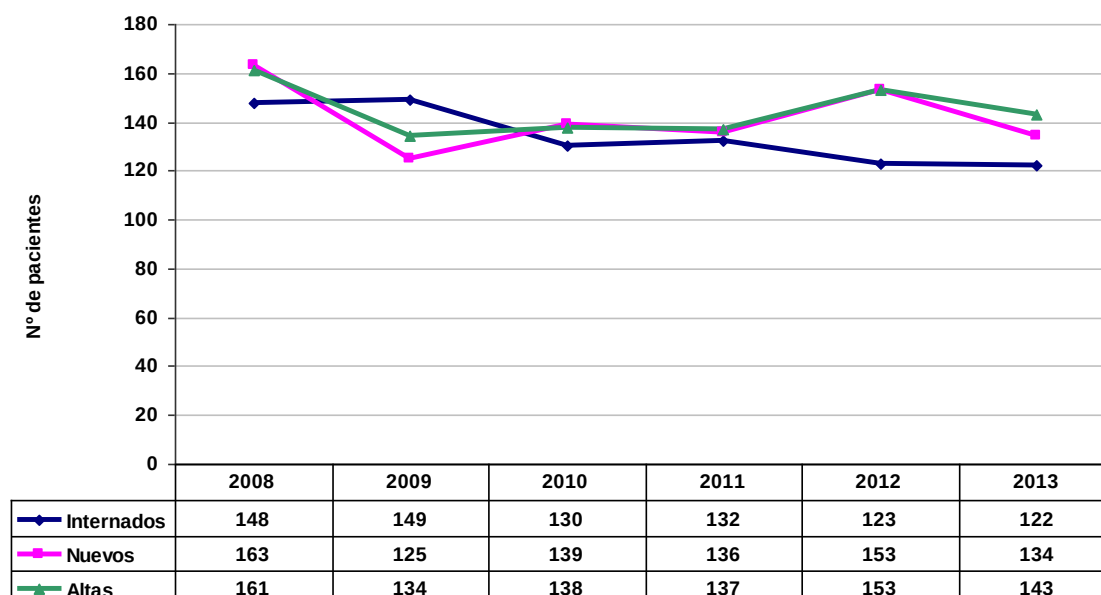
Como se puede observar en este periodo, el porcentaje de hombres ingresados en el Hospital Penitenciario de Sevilla no perteneciente a la Comunidad Autónoma de Andalucía, varía entre un 12,35% de 2009 y el 31,28% de 2012, excluyéndose para este análisis.

Tabla 37. Hombres internados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla según procedencia, 2008-2013.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nº total de hombres internados	179	170	178	177	179	170
% Hombres de fuera de Andalucía	17,32	12,35	26,97	25,42	31,28	28,24
% Hombres de Andalucía	82,68	87,65	73,03	74,58	68,72	71,76

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

Analizando la evolución en los últimos años (Gráfico 89) se observa un ligero descenso en el número de ingresados en este hospital, existiendo más hombres dados de alta que nuevos tanto en 2009 como en 2013. Hay que hacer constar que el número de altas corresponde a hombres que abandonaron el HPP de Sevilla por alguna de las siguientes circunstancias: libertad, tratamiento ambulatorio, traslado al HPP de Alicante o traslado a un centro penitenciario ordinario.

Gráfico 89. Hombres procedentes de Andalucía, internados, nuevos y de alta en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, 2008-2013.

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

La patología psiquiátrica más frecuente de estas personas es la esquizofrenia y trastornos por ideas delirantes que en este periodo oscila entre un 60% y un 75%. Para el resto de patologías el número de casos es pequeño, por ejemplo en el año 2013, le siguen los trastornos por consumo de sustancias psicotropas (8,62%) y en tercer lugar los trastornos de la personalidad y del comportamiento (5,17%).

Teniendo en cuenta solo las altas producidas por motivo de libertad o tratamiento fuera del centro, en la Tabla 38 se observa que entre un 50% y un 70% de los hombres vuelven al domicilio propio o familiar.

Tabla 38. Hombres dados de alta en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla según destino al alta, 2008-2013.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Domicilio propio o familiar	66,67	71,93	60,56	52,63	54,55	67,24
Recurso de apoyo social (FAISEM)	14,81	12,28	7,04	10,53	12,12	8,62
Dispositivos de salud mental	18,52	8,77	22,54	28,07	28,79	15,52
Otros: residencias mayores, drogodependencias, discapacidad intelectual...	0,00	7,02	9,86	8,77	4,55	8,62

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

En el **Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Foncalent (Alicante)** se internan las mujeres procedentes de Andalucía. En concreto, en el año 2013, de las 38 internas de este hospital, 14 (36,84%) procedían de nuestra comunidad autónoma.

Centrándonos en las mujeres andaluzas en 2013, el 50,00% padecían trastornos esquizofrénicos y trastornos por ideas delirantes. Solo 2 mujeres han sido dadas de alta volviendo a su domicilio.

En este hospital de Foncalent también se ingresan hombres aunque el porcentaje de hombres procedentes de Andalucía es muy bajo. En 2013, estaban internos 25 andaluces de un total de 272 lo que supone el 9,19%.

8.9. PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL ATENDIDAS EN LA RED DE ATENCIÓN A DROGODEPENDENCIAS

La atención socio-sanitaria a las drogodependencias en Andalucía se gestiona desde la Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias, dependiente de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales¹³³.

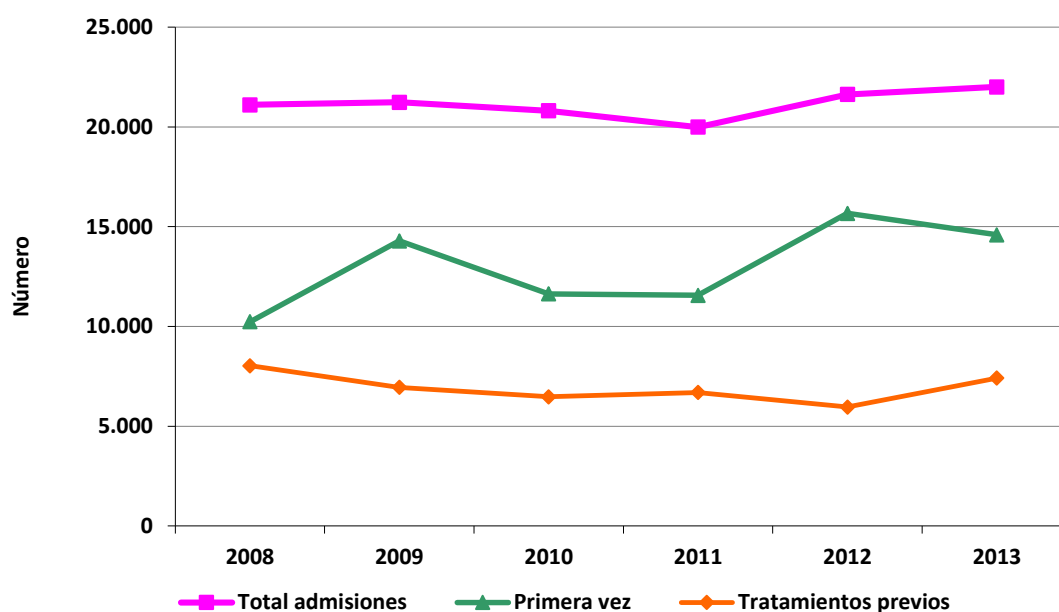
El modelo de intervención asistencial a la drogodependencia se estructura en torno a las necesidades personalizadas de tratamiento, que van desde la reducción de daños hasta la incorporación social, pasando por la desintoxicación y la deshabituación. También se contempla el seguimiento y la recaída.

La puerta de entrada al circuito terapéutico se hace a través de los **Centros de Tratamiento Ambulatorio**, siendo por tanto el canal de acceso al resto de los recursos y programas 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 indicador admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas u otras adicciones refleja la prevalencia de la morbilidad atendida en esta Red, así como sus características sociodemográficas, sanitarias y sobre las pautas de consumo de estas personas.

Según el Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (SIPASDA), en 2013 se admitieron a tratamiento, en centros ambulatorios públicos o concertados, un total de 22.000

personas, observándose cierta estabilidad en el número total de admisiones con un incremento del 4,2% respecto a las 21.107 admisiones del año 2008. Sin embargo, si existen diferencias en este periodo en cuanto al porcentaje que supone las personas admitidas por primera vez o las que han tenido tratamientos previos. Por ejemplo, el incremento de las admisiones del último año se debe en su mayoría a readmisiones a tratamiento.

Gráfico 90. Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas u otras adicciones en Centros de Tratamiento Ambulatorio, 2008-2013.



Fuente: Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (SIPASDA).

El consumo de sustancias psicoactivas ilegales supuso el 61,1% del total, mientras que el alcohol, la sustancia que más inicios de tratamiento motivó, suma el 29,9%; el 9,0% restante se debió al tabaquismo, juego patológico y otras adicciones sin sustancias.

El número de mujeres admitidas a tratamiento es muy inferior al de hombres, suponiendo sólo el 16,5% del total en 2013, similar en todo el periodo.

La edad media de esta población varía según el tipo de sustancia, las mayores son las personas admitidas a tratamiento por tabaco o alcohol (alrededor de 45 años) y las más jóvenes, las admitidas por consumo abusivo o dependencia a cannabis o MDMA (sobre 25 años). Además, el 4,4% fueron

personas nacidas fuera de España y entre el 38,8% y el 80,4%, dependiendo del tipo de sustancia, fueron personas desempleadas, siendo en todos los casos la situación laboral más habitual.

Las **comunidades terapéuticas** son centros de rehabilitación de carácter residencial que ofrecen asistencia orientada a la desintoxicación, deshabituación de la conducta adictiva, a la rehabilitación de hábito de comportamiento y al seguimiento de patologías orgánicas asociadas. Según el SIPASDA, en 2013 se registraron 1.253 protocolos de derivación, de los que el 86,3% correspondieron a hombres. Con respecto al año 2008 se observa una disminución en el número de derivaciones del 9,8%, recayendo este descenso exclusivamente en hombres.

El patrón por grupos de edad es muy similar en hombres y mujeres. El grupo de edad más numeroso es el comprendido entre 31 y 40 años, representando el 33,5% del total, 8 puntos menos que en 2008, mientras que el grupo de mayores de 45 años pasa de representar el 12,9% en 2008 al 26,6% en 2013, situándose como el segundo grupo de edad con más personas derivadas.

En 2013, el 30,7% de las personas ingresadas consumían alcohol como droga principal, seguido de heroína y rebujado^y (29,6%) y cocaína (29,5%). En relación al 2008, ha subido el consumo de alcohol que era de 21,0%, y ha disminuido el de heroína y rebujado que se situaba en un 44,2%.

Del total de personas ingresadas en comunidades terapéuticas durante 2013, se realizó evaluación psiquiátrica a un 42,2% de los hombres y a un 41,6% de las mujeres. Los datos clínicos recogidos indican que el 59,4% de las personas evaluadas (317 personas) sufrían alguna patología psiquiátrica. El porcentaje de personas con trastorno mental fue mayor en mujeres (75,0%) que en hombres (56,8%). En la Tabla 39 se detallan los trastornos que presentaban las personas ingresadas teniendo en cuenta que una persona puede tener más de un trastorno mental de los incluidos en la tabla.

^y Rebujado: mezcla de heroína y cocaína.

Tabla 39. Trastornos mentales en personas ingresadas en comunidades terapéuticas, 2013.

TRASTORNOS	Hombres		Mujeres	
	Número	%	Número	%
Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	46	9,8	10	7,2
Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos	11	2,3	7	5,1
Trastornos mentales debidos a la enfermedad médica	3	0,6	1	0,7
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	50	10,6	7	5,1
Trastorno del estado del ánimo	91	19,4	33	23,9
Trastorno de ansiedad	69	14,7	30	21,7
Trastornos somatomorfos	2	0,4	1	0,7
Trastornos facticios	2	0,4	0	0,0
Trastornos diasociativos	0	0,0	4	2,9
Trastornos sexuales y de la identidad	4	0,9	1	0,7
Trastornos de la conducta alimentaria	6	1,3	7	5,1
Trastornos del sueño	6	1,3	3	2,2
Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados	48	10,2	5	3,6
Trastornos adaptativos	7	1,5	2	1,4
Trastornos de la personalidad	125	26,6	27	19,6
TOTAL	470	100,0	138	100,0

Fuente: Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (SIPASDA).

Se concluye este apartado reflejando que 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. Este protocolo se ha ido actualizando en estos años siendo la última versión publicada en 2012¹³⁴.

9. SALUD MENTAL E INVESTIGACIÓN

Las actividades de investigación en salud mental cuentan con el apoyo de la Red de Fundaciones Gestoras de la Investigación del Sistema Sanitario Público de Andalucía, compuesta por siete fundaciones: FCÁDIZ (Cádiz), FIBICO (Córdoba), FABIS (Huelva), FIMABIS (Málaga), FISEVI (Sevilla), FIBAO (con carácter interprovincial, dando cobertura a Granada, Jaén y Almería) y la Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud, como entidad coordinadora de la Red.

Por otro lado, las universidades andaluzas y su personal investigador también contribuyen a la producción científica en salud mental, con proyectos de investigación desarrollados en el marco de colaboración entre los ámbitos académicos y asistenciales. También se cuenta con las iniciativas de investigación de FAISEM en el ámbito de los programas de apoyo social a personas con trastornos mentales graves.

En cuanto a la financiación pública de proyectos, durante el periodo 2008-2013 se han financiado 42 proyectos de investigación relacionados con la salud mental, a través de convocatorias públicas de la Junta de Andalucía. En la Tabla 40 se incluye el número de proyectos financiados por anualidades, tanto por parte de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, como por la Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo.

Tabla 40. Números de proyectos de investigación relacionados con la salud mental financiados por la Junta de Andalucía, 2008-2013.

Año	Financiación Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales	Financiación Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo
2008	5	4
2009	4	1
2010	3	4
2011	3	7
2012	4	5
2013	1	*
Total Proyectos	20	21
Importe Total	529.223 €	2.317.168 €
	2.846.391 €	

* 2013: Pendiente de resolución.

Fuente: Programa de Salud Mental de Andalucía

Según datos del año 2014 se han creado 38 grupos de investigación relacionados con la salud mental acreditados por la Secretaría General de Universidades, Investigación y Tecnologías de la Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo.

Tabla 41. Número de grupos de investigación y desarrollo tecnológico relacionados con la salud mental acreditados por la Junta de Andalucía, 2014.

Áreas de investigación	Nº de grupos
Ciencias y Tecnologías de la Salud (CTS)	27
Biosanitaria (BIO)	1
Humanidades (HUM)	9
Ciencias Económicas, Sociales y Jurídicas (SEJ)	1
Total:	38

Fuente: Programa de Salud Mental de Andalucía

A pesar de los recursos mencionados, la investigación realizada en Andalucía tiene un impacto muy limitado en los servicios de salud mental y en la labor asistencial que se realiza, sobre todo en lo relacionado con las actuaciones de índole psicosocial orientadas a la recuperación de las personas atendidas.



RECURSOS PARA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN ANDALUCIA

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

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, hospitalaria 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.

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 organizados en Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental (UGC-SM) dependientes de las diferentes áreas hospitalarias o áreas de gestión sanitaria, cuya cartera de servicios incluye atención ambulatoria y domiciliaria, programas de día y hospitalización². A finales de 2013, esta red se componía de los siguientes dispositivos :

- 77 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.

² 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).

- 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.
- 20 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.
- 16 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. Prestan una atención especializada, en régimen de hospitalización diurna, a pacientes derivados desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia.
- 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.
- 15 Comunidades Terapéuticas de Salud Mental (CTSM). Las CTSM son dispositivos asistenciales 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.

En la siguiente tabla se recoge la evolución de estos dispositivos durante el periodo 2008-2013.

Tabla 42. Evolución de los recursos sanitarios especializados para la atención a la salud mental, SSPA, 2008-2013.

Recursos sanitarios		2008	2009	2010	2011	2012	2013
USMC	Dispositivos	76	77	77	77	77	77
	Dispositivos	14	14	14	14	14	14
USMI-J	Nº de camas	39	40	40	37	37	33
	Plazas HD	252	252	252	252	252	252
UHSM ^{AA}	Dispositivos	19	20	21	21	21	20
	Nº de camas	548	558	578	578	563	546
HDSM	Dispositivos	13	15	16	16	16	16

^{AA} Aunque en el año 2010 se abrió una nueva UHSM en el Hospital Infanta Margarita de Cabra con 20 camas, este incremento no se refleja en el total de camas debido a los siguientes cambios: En la UGC-SM del H. Torrecárdenas, 3 camas de adultos pasan a la USMI-J; en la UGC-SM del H. V. de la Victoria, las 10 camas del H. Marítimo de Torremolinos contabilizadas inicialmente como de agudos, pasan a la nueva CTSM; y en la UGC-SM del H. V. Macarena se ha corregido el nº de camas registradas, contabilizándose sólo aquellas destinadas a ingresos.

Recursos sanitarios		2008	2009	2010	2011	2012	2013
URSM	Plazas	300	320	340	340	340	340
	Dispositivos	9	9	9	9	9	9
	Plazas	300	300	300	300	300	300
CTSM ^{BB}	Dispositivos	14	14	14	14	14	15
	Nº de camas	230	240	240	230	244	254
	Plazas Prog. Día	415	415	415	391	396	381

Fuente: Programa de Salud Mental.

A continuación, en la Tabla 43 se muestran los recursos sanitarios especializados de salud mental con los que cuenta cada provincia, ampliándose esta información en la Tabla 44 con las tasas por 100.000 habitantes.

Tabla 43. Recursos sanitarios especializados para la atención a la salud mental según provincia. SSPA, 2013.

	USMC		USMI-J		UHSM		HDSM		URSM		CTSM		
	Disp.	Disp	Nº de camas	Plazas HD	Disp	Nº de camas	Disp	Plazas	Disp	Plazas	Disp	Nº de camas	Plazas Prog. Día
Almería	5	1	3	12	2	46	3	60	1	30	1	14	30
Cádiz	10	4	10	50	3	70	1	20	1	60	2	35	50
Córdoba	9	1	0	20	2	63	1	40	1	30	1	19	30
Granada	9	1	2	40	3	71	3	60	1	30	2	30	36
Huelva	5	1	2	20	1	31	0	0	1	30	1	15	15
Jaén	8	1	5	15	2	52	1	20	1	30	1	28	30
Málaga	13	2	7	45	2	72	3	60	1	30	3	60	60
Sevilla	18	3	4	50	5	141	4	80	2	60	4	53	130
TOTAL	77	14	33	252	20	546	16	340	9	300	15	254	381

Fuente: Programa de Salud Mental.

Tabla 44. Recursos sanitarios especializados para la atención a la salud mental según provincia. Tasa por 100.000 habitantes. SSPA, 2013.

	USMI-J		UHSM	HDSM	URSM	CTSM	
	Nº de camas	Plazas HD	Nº de camas	Plazas	Plazas	Nº de camas	Plazas Prog. Día
Almería	0,43	1,73	6,65	8,67	4,34	2,02	4,34
Cádiz	0,80	4,01	5,61	1,60	4,81	2,81	4,01
Córdoba	0,00	2,50	7,87	5,00	3,75	2,37	3,75
Granada	0,22	4,34	7,70	6,51	3,25	3,25	3,90
Huelva	0,38	3,84	5,95	0,00	5,76	2,88	2,88
Jaén	0,76	2,27	7,86	3,02	4,53	4,23	4,53
Málaga	0,43	2,79	4,47	3,72	1,86	3,72	3,72
Sevilla	0,21	2,58	7,28	4,13	3,10	2,74	6,71
TOTAL	0,39	3,00	6,51	4,05	3,57	3,03	4,54

Fuente: Programa de Salud Mental.
Población BDU a 31 de diciembre 2013.

^{BB} Aunque se crean 27 nuevas camas de CTSM en varias UGC-SM (2 en la UGC-SM del H. Torrecárdenas, 5 en la UGC-SM del H. Puerto Real y 20 en la UGC-SM del H. V. de la Victoria), se reajustan el nº de camas en otras UGC-SM, reduciéndose 6 camas (1 en la UGC-SM Intercentros de Huelva y 5 en la UGC-SM del H. V. de las Nieves) y se reducen provisionalmente 7 camas por problemas de infraestructura en otras 2 UGC-SM (5 en la UGC-SM del H. V. Macarena y 2 en la UGC-SM del H. V. del Rocío).

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 la Tabla 45 y el Gráfico 91, se muestra la distribución del equipo de profesionales de salud mental en los diferentes dispositivos en el año 2013, destacando las USMC con el 34,0% de profesionales seguido de las UHSM con el 31,2% y de las CTSM con el 18,7%.

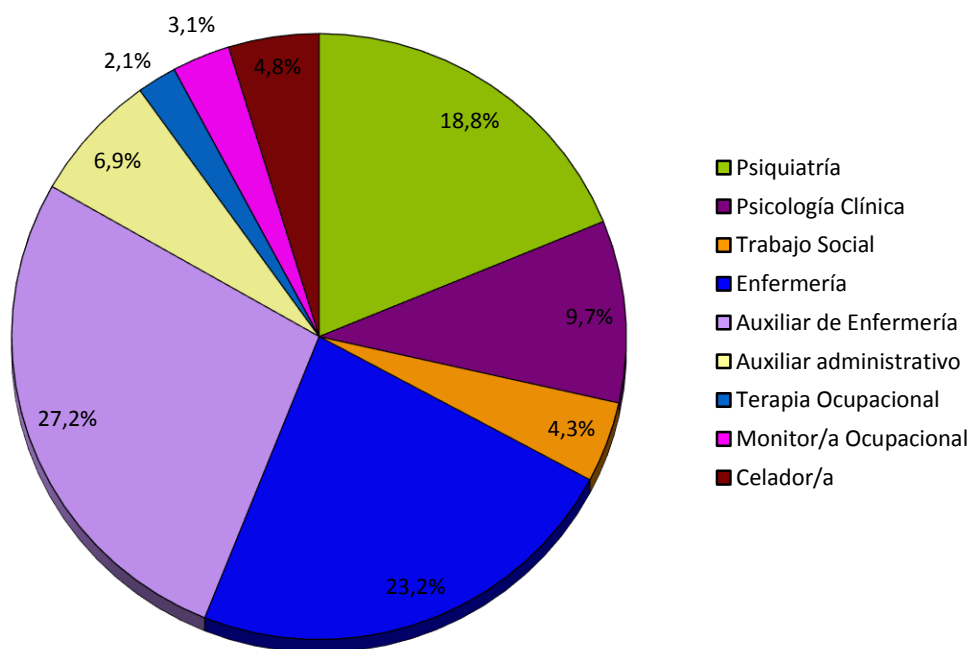
Tabla 45. Distribución de los recursos humanos según categoría profesional y tipo de dispositivo. SSPA, 2013.

	Psiquiatra	Psicólogo/a Clínico/a	Trabajador/a Social	Enfermero/a	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar Advo	Terap. Ocupac.	Monitor/a Ocupacional	Celador/a	TOTAL
USMC	296	144	76	155	119	108	-	-	3	901
USMI-J	35	33	11	40	28	14	13	5	-	179
UHSM	92	18	8	238	351	20	10	10	81	827
HDSM	27	25	1	35	16	13	12	16	2	147
URSM	8	16	7	13	24	8	9	16	-	101
CTSM	34	24	12	132	193	13	12	35	42	497
TOTAL	492	259	115	613	730	175	56	82	128	2.651

Fuente: Programa de Salud Mental.

Al global de profesionales de los diferentes dispositivos habría que añadirle los adscritos a las diferentes Direcciones de UGC-SM, contabilizándose un total de **2.687 profesionales**.

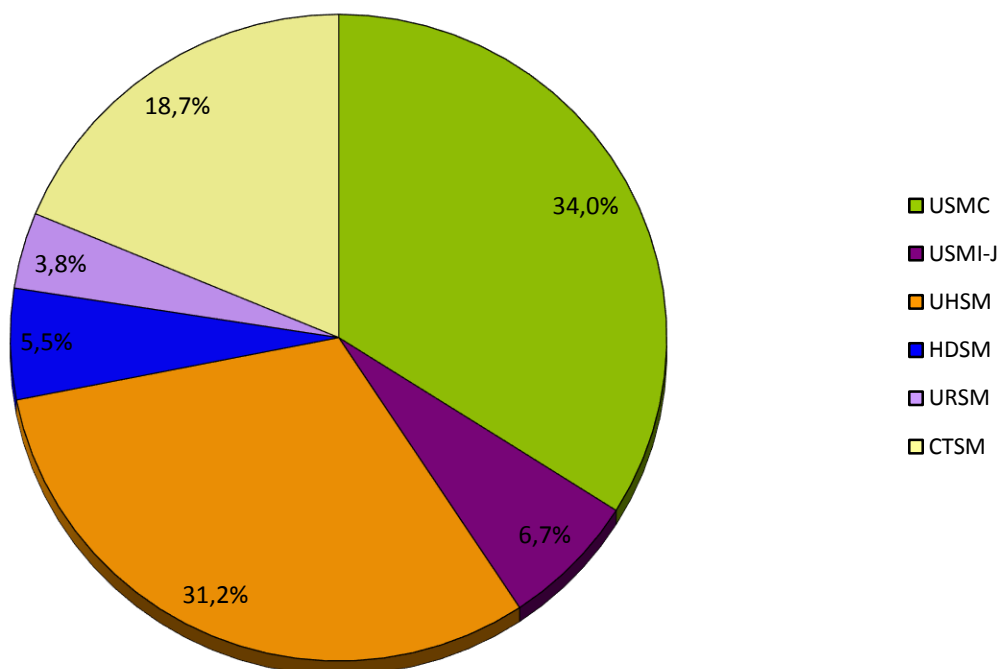
Gráfico 91. Distribución de los recursos humanos según categoría profesional. SSPA, 2013.



Fuente: Programa de Salud Mental.

En el gráfico 89 se presenta la distribución del total de recursos humanos por categoría profesional, destacando el personal de enfermería (auxiliares y diplomadas) y psiquiatras.

Gráfico 92. Distribución de los recursos humanos según dispositivo. SSPA, 2013.



Fuente: Programa de Salud Mental.

En la siguiente tabla se recoge la evolución del total de recursos humanos por categoría profesional durante el periodo 2008-2013.

Tabla 46. Evolución de los recursos humanos según categoría profesional. SSPA, 2008-2013.

	2008	2009	2010	2011	2012*	2013*
Psiquiatría	506	507	511	513	509	505
Psicología Clínica	257	258	260	262	263	261
Trabajo Social	122	122	122	122	118	116
Enfermería	621	622	634	636	627	624
Auxiliar de Enfermería	753	754	764	764	748	730
Auxiliar administrativo	186	186	188	188	184	184
Terapia Ocupacional	54	54	56	57	56	56
Monitor/a Ocupacional	93	93	93	93	85	82
Celador/a	125	125	129	129	120	128
TOTAL	2.717	2.721	2.757	2.764	2.710	2.687

* Desde mediados de 2012 y durante 2013, en torno a 200 de estos profesionales, con contratos eventuales, trabajaron sólo el 75 % de la jornada, situación que afectó sobre todo al personal facultativo.

Fuente: Programa de Salud Mental.

1.3. UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL

Como ya se ha mencionado, la red de dispositivos especializados de atención a la salud mental se organiza en UGC-SM, contando con 24 a finales de 2013. Asimismo, se cuenta con un Área Integrada de Gestión de Salud Mental en la Agencia Pública Sanitaria Hospital de Poniente, a la que están adscritas dos dispositivos de salud mental, que dan cobertura de hospitalización completa de corta estancia y de hospitalización parcial a parte de la población de referencia de la UGC-SM del H. Torrecárdenas de Almería.

En la Tabla 47 se detallan los dispositivos y recursos sanitarios para la atención de las personas con enfermedad mental existentes en cada UGC-SM, ampliándose esta información en la Tabla 48 con el número de profesionales, especificando la categoría profesional.

Tabla 47. Recursos sanitarios especializados para la atención a la salud mental por UGC-SM. SSPA, 2013.

UGC SM	USMC	USMIJ			UHSM		HDSM		URSM		CTSM		
	Disp	Disp	Nº camas	Plazas HD	Disp	Nº camas	Disp	Plazas	Disp	Plazas	Disp	Nº camas	Plazas HD
H. TORRECÁRDENAS	3	1	3	12	1	31	1	20	1	30	1	14	30
A.P.S. HOSPITAL DE PONIENTE					1	15	1	20					
A.G.S. NORTE DE ALMERIA (Huércal-Overa)	2						1	20					
H. PUERTA DEL MAR	2	1											
H. PUERTO REAL	3	1	4	20	1	28			1	30	1	20	20
A.G.S. CAMPO DE GIBRALTAR	2	1	2	20	1	14	1	20		30			
A.G.S. NORTE DE CÁDIZ (Jerez)	3	1	4	10	1	28					1	15	30
H. REINA SOFÍA	5	1		20	1	43		20	1	30	1	19	30
A.G.S. SUR DE CÓRDOBA (Cabra)	2				1	20	1	20					
A.S. NORTE DE CÓRDOBA (Pozoblanco)	2												
INTERCENTROS GRANADA (H. V. Nieves)	3	1	2	40	1	29	1	20			1	15	30
INTERCENTROS GRANADA (H. S. Cecilio)	2				1	30			1	30	1	15	6
A.G.S. NORDESTE DE GRANADA	2				1	12	1	20					
A.G.S. SUR DE GRANADA	2						1	20					
INTERCENTROS HUELVA 5	5	1	2	20	1	31			1	30	1	15	15
UGC SM COMPLEJO HOSP. DE JAÉN 6	5	1	5	15	1	37			1	30	1	28	30
A.G.S. NORTE DE JAÉN (H. S. J. Cruz)	2				1	15							
A.G.S. NORTE DE JAÉN (H. S. Agustín)	1						1	20					
H. REGIONAL DE MÁLAGA	2	1	2	20	1	42			1	30	1	20	30
A.G.S. ESTE DE MÁLAGA-AXARQUÍA	1						1	20					
A.G.S. NORTE DE MÁLAGA	1						1	20					
H. V. DE LA VICTORIA	8	1	5	25	1	30	1	20			2	40	30
A.G.S. SERRANÍA DE MÁLAGA	1												

UGC SM	USMC	USMIJ			UHSM		HDSM		URSM		CTSM		
	Disp	Disp	Nº camas	Plazas HD	Disp	Nº camas	Disp	Plazas	Disp	Plazas	Disp	Nº camas	Plazas HD
H. V. DEL ROCIO	6	1	4	20	2	57	1	20	1	30	2	30	70
H. V. MACARENA	6	1		20	1	44	1	20	1	30	1	8	30
A.G.S. SUR DE SEVILLA	4	1		10	1	31	1	20			1	15	30
A.G.S OSUNA	2				1	9	1	20					
TOTAL	77	14	33	252	20	546	16	340	9	300	15	254	381

Fuente: Programa de Salud Mental

Tabla 48. Recursos humanos para la atención especializada a la salud mental por UGC-SM. SSPA, 2013.

Unidad de Gestión Clínica	Psiquiatra	Psicólogo/a Clínico/a	Trabajador/a Social	Enferm.	Auxiliar de Enferm.	Auxiliar Advo	Terapeuta Ocup.	Monitor/a Ocup.	Celador/a	TOTAL
H. TORRECARDENAS	32	21	8	50	52	10	6	3	9	191
A.P.S. HOSPITAL DE PONIENTE	5	3	-	12	7	1	-	-	-	28
A.G.S. NORTE DE ALMERIA	5	3	2	5	3	1,5	1	1	-	21,5
H. PUERTA DEL MAR	11	5	3	5	6	5	-	-	-	35
H. PUERTO REAL	21	12	4	27	43	6	4	6	6	129
A.G.S. CAMPO DE GIBRALTAR	16	8	3	18	19	5	2	2	6	79
A.G.S. NORTE DE CADIZ (Jerez)	26	13	5	32	41	8	3	3	4	135
H. REINA SOFIA	34,4	14,4	7	46	61	12	2	-	5	181,8
A.G.S. SUR DE CORDOBA (Cabra)	10	5	2	16	13	4	2	-	4	56
A.S. NORTE DE CORDOBA (Pozoblanco)	4	2	2	2	2	2	-	-	-	14
INTERCENTROS GRANADA (H. V. Nieves)	25,7	12	7	26,3	37,5	9	3	5	6	131,5
INTERCENTROS GRANADA (H. S. Cecilio)	19,4	9	3,5	28	38	6	2	4	3	112,9
A.G.S. NORDESTE DE GRANADA (Baza)	8	5	2	10	10	3	-	-	6	44
A.G.S SUR DE GRANADA (Motril)	8	4	2	5	3	3	1	2	-	28
INTERCENTROS HUELVA	27	10	9	31	47	13	3	6	7	153
COMPLEJO HOSP. DE JAEN	25	13	5,2	45	60	8	2	4	4	166,2
SM A.G.S. NORTE DE JAEN (H. S. J. Cruz)	6	5	2	11	14,7	2,5	0	0	1	42,2
SM A.G.S. NORTE DE JAEN (H. S. Agustín)	6	4	0,6	5	3	2	1	2	0	23,6
SM H. REGIONAL DE MALAGA	29	14	6	33	55	10	4	6	8	165
SM A.G.S. ESTE DE MALAGA-AXARQUIA	6	3	1	5	2	3	1	2	-	23
SM A.G.S NORTE DE MALAGA (Antequera)	5	3	1	3	1	2	1	1	-	17
SM H. V. DE LA VICTORIA	53	24	10	64	67	20	4	8	8	258
SM A.G.S SERRANIA DE MALAGA (Ronda)	2	2	1	1	1	1	-	-	-	8
SM H. V. DEL ROCIO	48	29	12	59	72	19	7	13	15	274
SM H. V. MACARENA	39,8	20	11	43	36	15	3	8	16	191,8
SM A.G.S. SUR DE SEVILLA (Valme)	23,5	14	6	32	24	10	4	5	15	133,5
SM A.G.S OSUNA	9	4	1	10	12	3	-	1	5	45
TOTAL ANDALUCÍA	505	261	116	624	730	184	56	82	128	2.687

Fuente: Programa de Salud Mental

2. RECURSOS COMUNITARIOS DE APOYO SOCIAL

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 generales de formación y apoyo al empleo** vinculadas a las políticas 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 los principios de recuperación y de ciudadanía plena.

2.2. RECURSOS ESPECÍFICOS DE FAISEM

La Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM) se creó en 1993 y tiene como objetivo el desarrollo y gestión de recursos de apoyo social para personas con dependencia y discapacidad derivada de padecer trastornos mentales graves.

Estas personas necesitan atención en importantes y variadas áreas de su funcionamiento social, personal y familiar. Esto exige un conjunto coordinado de intervenciones sanitarias y de apoyo social

que garantice su permanencia en la comunidad y el respeto a la consideración de ciudadanos y ciudadanas.

Sus programas se dirigen por tanto a aquellas áreas en que dichas personas pueden presentar dificultades o carencias y que básicamente son las relacionadas con el alojamiento, el empleo, la actividad cotidiana y las relaciones sociales. Algunas de ellas necesitan a además tutela, cuando esa necesidad está legalmente establecida, o algún tipo más especial de protección por encontrarse en mayor riesgo de marginación o desventaja social (colectivos sin hogar o en instituciones penitenciarias).

Programas que se desarrollan en estrecha relación con los servicios de Salud Mental del Sistema Sanitario Público y, cuando corresponde, con la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.

El acceso a los programas de FAISEM se realiza mediante derivación de los servicios de salud mental del SSPA. En el caso del programa residencial, donde la demanda es muy alta, el acceso 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 los Servicios Sociales. 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 resueltos a nivel provincial.

Y también desde FAISEM se desarrollan actividades de apoyo a los movimientos asociativos de familiares y de personas directamente afectadas, además de otras más específicas como son las de lucha contra el estigma y la discriminación o la promoción de actividades deportivas y culturales, así como las dirigidas a la investigación, docencia y cooperación técnica nacional e internacional.

En las siguientes tablas se muestra la evolución de la capacidad de atención de los diferentes programas organizados por FAISEM en términos de número de dispositivos y plazas y de tasas por 100.000 habitantes.

Tabla 49. Evolución de los dispositivos y plazas de los distintos programas de FAISEM. Andalucía, 2008-2013.

	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	D	P	D	P	D	P	D	P	D	P	D	P
PROGRAMA RESIDENCIAL												
Casas-hogar	47	762	49	802	55	895	55	900	52	900	52	912
Viviendas supervisadas	184	702	197	753	168	738	168	729	155	684	156	688
Plazas en residencias generales	30	122	30	122	30	101	30	73	-	51	-	44
Plazas en pensiones	2	11	2	11	-	14	-	14	-	-	-	-
Atención domiciliaria	-	585	-	585	-	441	-	495	-	281	-	270
PROGRAMA EMPLEO												
Cursos formación para el empleo	49	238	52	257	40	193	59	288	19	98	11	57
Empresas sociales*	9	250	9	256	10	288	10	340	10	322	10	334
Servicios de orientación y apoyo**	8	922	8	841	8	823	8	1.335	8	1.251	8	1.551
PROGRAMA SOPORTE DIURNO												
Talleres ocupacionales	115	2.589	124	2.740	124	2.702	107	2.521	91	2.025	85	2.054
Centros de día	-	40	-	87	-	464	17	536	26	789	28	925
Clubes sociales	50	1.669	52	1.750	53	1.810	49	1.683	45	1.885	45	1.629
Plazas de estancia diurna	-	-	-	199	-	261	-	270	-	270	-	270
Programa de vacaciones	-	861	-	1.017	-	1.017	-	678	-	320	-	254
PROGRAMAS ESPECÍFICOS												
Atención a personas sin hogar	-	60	-	60	-	60	-	132	-	139	-	130
Atención a población penitenciaria	-	-	-	-	-	-	-	79	-	171	-	211
APOYO A INSTITUCIONES TUTELARES												
Entidades tutelares	8	671	8	671	8	805	-	805	-	1.364	-	1.467

* Las plazas hacen referencia a los puestos de trabajo de personas con TMG.

** Las plazas hacen referencia a las personas que obtuvieron un contrato y/o fueron orientadas específicamente a programas de empleo.

D: Nº de dispositivos | P: Plazas

Fuente: Memorias FAISEM, 2008-2013.

El mayor incremento del número de plazas por 100.000 habitantes desde el año 2008, se produce dentro del Programa de Empleo, tanto en los servicios de orientación y apoyo, como en el nivel de contratación de las empresas sociales.

Por el contrario, algunos Programas de Soporte Diurno como el programa de vacaciones, los talleres ocupacionales o las plazas en clubes sociales han sufrido un descenso en comparación con el año 2008,

si bien parte del descenso en estos programas se deben a la aparición de los Centros de Día, que absorben un número considerable de plazas de talleres y clubes sociales.

Tabla 50. Evolución de las tasas de plazas por 100.000 habitantes de los distintos programas de FAISEM. Andalucía, 2008-2013.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
PROGRAMA RESIDENCIAL						
Casas-hogar	9,3	9,7	10,8	10,8	10,7	10,8
Viviendas supervisadas	8,6	9,1	8,9	8,9	8,1	7,3
Plazas en residencias generales	1,5	1,5	1,2	1,2	0,6	0,7
Plazas en pensiones	0,1	0,1	0,2	0,2	-	-
Atención domiciliaria	7,1	7,1	5,3	5,3	3,3	3,2
PROGRAMA EMPLEO						
Cursos de formación para el empleo	2,9	3,1	2,3	3,4	1,2	0,7
Empresas sociales	3,0	3,1	3,5	4,0	3,8	4,0
Servicios de Orientación y Apoyo	11,2	10,2	10,0	8,6	14,8	18,5
PROGRAMA SOPORTE DIURNO						
Talleres ocupacionales	31,6	33,1	32,7	30,0	24,0	24,5
Centros de día	-	-	-	6,4	9,4	11,0
Clubés sociales	20,3	21,1	21,9	20,0	22,3	19,4
Plazas de estancia diurna	-	-	-	3,2	3,2	3,2
Programa de vacaciones	10,5	12,3	12,3	8,1	3,8	3,0
PROGRAMAS ESPECÍFICOS						
Atención a personas sin hogar	0,7	-	-	1,2	1,7	1,5
Atención a población penitenciaria	-	-	-	0,9	2,0	2,5
APOYO A INSTITUCIONES TUTELARES						
Entidades tutelares	8,2	-	9,7	9,6	16,2	17,5

Fuente: Memorias FAISEM, 2008-2013.

PROGRAMA RESIDENCIAL

Durante el año 2013, el Programa Residencial ha ofertado un total de 1.914 plazas, distribuidas entre sus diferentes dispositivos de la siguiente forma: 912 plazas en *casas-hogar*, 688 en *viviendas supervisadas*, 270 en *atención domiciliaria* y 44 en *residencias*.

Por provincias, Sevilla y Málaga son las que tienen un mayor número de plazas globales (412 y 398 respectivamente) estando en el extremo opuesto Huelva con 135 y Jaén 144.

Tabla 51. Plazas del programa residencial según provincia. Andalucía, 2013.

	Casas-hogar	Viviendas supervisadas	Atención domiciliaria	Plazas en residencias	TOTAL	HOMBRES %	MUJERES %
Almería	88	61	-	-	149	65,6	34,4
Cádiz	159	60	24	-	243	66,5	33,5
Córdoba	60	56	40	4	160	61,4	38,6
Granada	120	90	44	19	273	65,0	35,0
Huelva	60	52	23	-	135	66,7	33,3
Jaén	79	58	7	-	144	69,7	30,3
Málaga	146	143	109	-	398	68,5	31,6
Sevilla	200	198	23	21	412	68,3	31,7
TOTAL	912	688	270	44	1.914	65,0	35,0

Fuente: Memoria FAISEM, 2013.

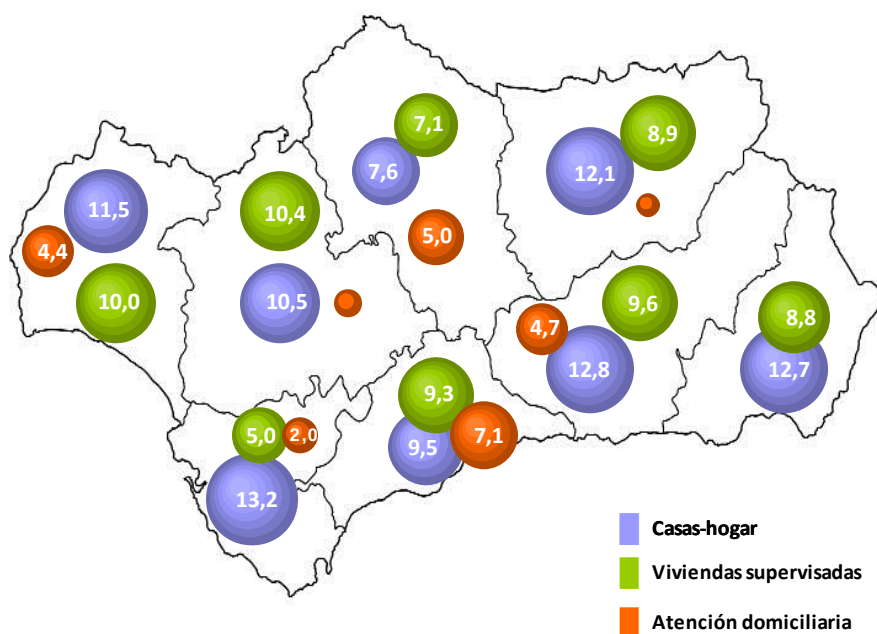
En el Gráfico 93 se muestran las tasas por 100.000 habitantes por provincias de los diferentes dispositivos del Programa Residencial de FAISEM.

Según este, las provincias con mayores **tasas de plazas por 100.000 habitantes de casas-hogar** son Cádiz (13,2), Granada (12,8) y Almería (12,7). Por el contrario, tienen una menor tasa las provincias de Córdoba (7,6) y Málaga (9,5).

En el caso de las viviendas supervisadas, las provincias con mayores tasas por 100.000 habitantes de este tipo de dispositivos son: Sevilla (10,4) y Huelva (10,0). En el otro extremo se encuentra Cádiz con una tasa de 5 plazas en viviendas supervisadas cada 100.000 habitantes.

Por último, en el caso de las plazas de apoyo domiciliario destaca la provincia de Málaga con una mayor tasa de este recurso (7,1).

Gráfico 93. Plazas del programa residencial según provincia. Tasas por 100.000 habitantes. Andalucía, 2013.



Fuente: Memoria FAISEM, 2013.

PROGRAMA EMPLEO

A lo largo del 2013 se han realizado 11 cursos dentro de la Formación Profesional para el Empleo (FPE) desarrollada por FAISEM, en las provincias de Jaén, Córdoba y Almería, con un global de 57 alumnos.

Por otro lado, en los Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo (SOAE) 1.551 personas fueron orientadas específicamente a programas de empleo, realizándose 788 nuevas contrataciones a personas con trastorno mental grave. Cabe destacar que el 33% de estos nuevos contratos se realizaron dentro de empresas del mercado general, el 43% en empresas sociales y el 25% en otros Centros Especiales de Empleo (CEE).

Tabla 52. Actividad del programa del empleo según provincia. Andalucía, 2013.

	FPE		SOAE		Total contratos
	Nº acciones formativas	Nº alumnos	Personas atendidas	Personas contratadas	
Almería	3	17	29	34	95
Cádiz	0	0	66	36	69
Córdoba	3	13	153	30	38
Granada	0	0	307	46	105
Huelva	0	0	56	49	108
Jaén	5	27	157	28	52
Málaga	0	0	302	84	162
Sevilla	0	0	481	97	156
TOTAL	11	57	1.551	404	788

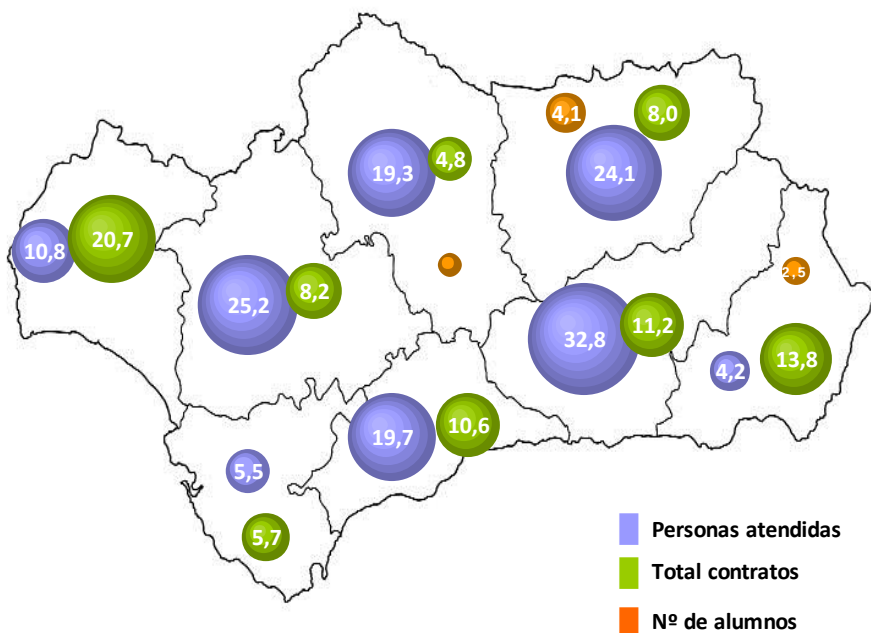
FPE: Formación profesional para el empleo. SOAE: Servicios de orientación y apoyo al empleo.

Fuente: Memoria FAISEM, 2013.

En cuanto a las tasas por 100.000 habitantes por provincias, el siguiente gráfico muestra que Granada es la provincia que mayor número de personas atendidas por el SOAE por población (32,8), seguido de Sevilla (25,2) y Jaén (24,1). Por el contrario, Almería y Cádiz son las provincias con menor número de personas atendidas por el SOAE por población, con unas tasas de 4,2 y 5,5 respectivamente.

De igual forma, Huelva es la provincia con un mayor número de contratos cada 100.000 habitantes (20,7), seguido de Almería (13,8) y Granada (11,2), siendo en este caso Córdoba (4,8) y Cádiz (5,7) quien tiene la menor tasa de inserción en el mercado laboral.

Gráfico 94. Actividad del programa del empleo según provincia. Tasas por 100.000 habitantes. Andalucía, 2013.



Fuente: Memoria FAISEM, 2013.

PROGRAMAS DE SOPORTE DIURNO Y FOMENTO DE LAS RELACIONES SOCIALES

Dentro del Programa de Soporte Diurno, se diferencian las actividades desarrolladas en los Centros de Día, en Talleres Ocupacionales y en Clubes Sociales.

-----Centros de día

En el año 2013 hay en funcionamiento 28 Centros de Día con un total de 925 plazas. El índice de ocupación es del 81% siendo el promedio de asistencia al día de 523 personas. La participación de hombres es del 70% en este tipo de dispositivos.

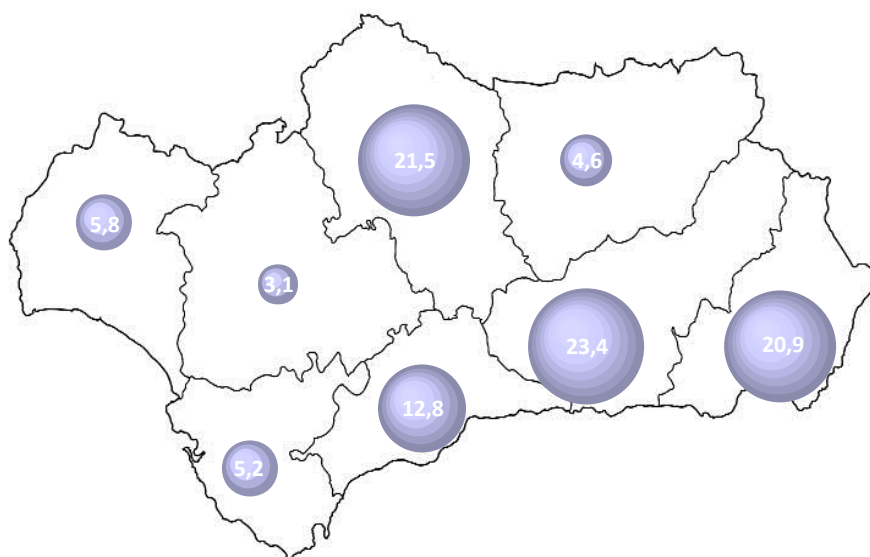
En cuanto a la distribución provincial de plazas en los Centros de Día destaca Málaga y Granada con 6 centros cada una y más de 200 plazas. Por el contrario, Huelva tiene 1 centro de día y tiene 30 plazas disponibles.

Tabla 53. Plazas y datos de asistencia de los Centros de Día según provincia. Andalucía, 2013.

	Nº de centros	Nº de plazas	Tasas x 100.000 hab.	Personas atendidas	Ocupación %	Asistencia media	Hombres %	Mujeres %
Almería	4	145	20,9	54	36%	40,8	75,0	25,0
Cádiz	3	65	5,2	39	63%	36,0	73,2	26,8
Córdoba	5	172	21,5	220	123%	95,2	69,6	30,4
Granada	6	216	23,4	144	82%	128,0	63,4	36,6
Huelva	1	30	5,8	57	133%	35,0	67,5	32,5
Jaén	2	30	4,6	30	100%	19,5	81,8	18,2
Málaga	6	207	12,8	151	82%	150,0	73,9	26,1
Sevilla	1	60	3,1	22	37%	18,7	77,3	22,7
TOTAL	28	925	11,0	717	81%	523,23	69,7	30,3

Fuente: Memoria FAISEM, 2013.

El gráfico siguiente muestra las tasas por 100.000 habitantes de las plazas de los centros de día por provincias, siendo Granada (23,4), Córdoba (21,5) y Almería (20,9) las que mayor número de plazas por población tienen, y Sevilla (3,1) la que menos.

Gráfico 95. Plazas de los Centros de Día por provincia. Tasas por 100.000 habitantes. Andalucía, 2013.


Fuente: Memoria FAISEM, 2013.

-----Talleres Ocupacionales

En el año 2013 el número de talleres ocupacionales en funcionamiento han sido de 85 con un total de 2.054 plazas. El número de asistentes alcanzó los 1.849 siendo el índice de ocupación del 90%.

Por provincias, Sevilla fue la provincia con un mayor número de talleres organizados (17), junto a Jaén, Huelva y Málaga con 15.

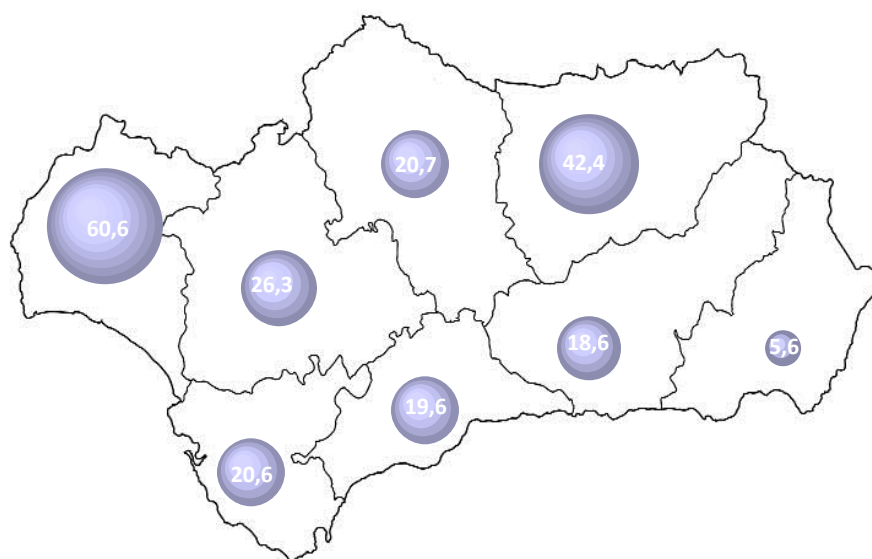
Tabla 54. Plazas y datos de asistencia de los Talleres Ocupacionales según provincia. Andalucía, 2013.

	Nº de Talleres	Nº de plazas	Tasas x 100.000 hab.	Nº Asistentes	Ocupación %	Asistencia Media/día	Hombres %	Mujeres %
Almería	2	39	5,6	39	100,0	29,0	69,2	30,8
Cádiz	10	257	20,6	205	79,8	117,7	82,8	17,2
Córdoba	6	165	20,7	165	100,0	66,9	74,7	25,3
Granada	5	171	18,6	167	97,7	71,6	64,7	35,3
Huelva	15	316	60,6	295	93,4	125,1	66,0	34,0
Jaén	15	279	42,4	214	76,7	168,7	65,9	34,1
Málaga	15	317	19,6	307	96,8	177,5	76,5	23,5
Sevilla	17	510	26,3	457	89,6	181,5	77,5	21,0
TOTAL	85	2.054	24,5	1.849	90,0	938,0	73,0	27,0

Fuente: Memoria FAISEM, 2013.

El gráfico siguiente muestra la distribución provincial de las tasas por 100.000 habitantes de las plazas de los talleres ocupacionales.

Gráfico 96. Plazas de los Talleres Ocupacionales por provincia. Tasas por 100.000 habitantes. Andalucía, 2013.



Fuente: Memoria FAISEM, 2013.

----- Programas de fomento de relaciones sociales (club y vacaciones)

La Tabla 55 recoge el número de clubs sociales así como el número de plazas disponibles en el año 2013.

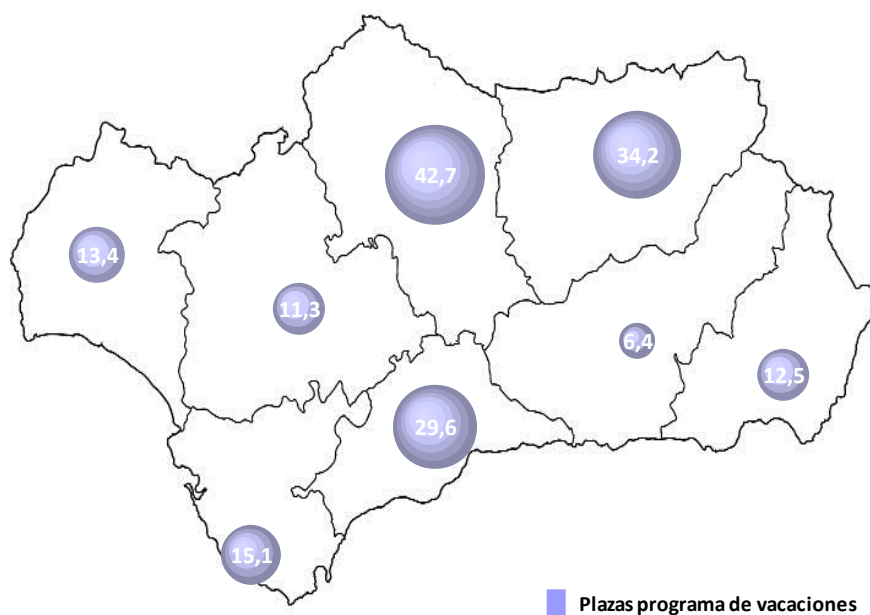
Tabla 55. Centros y plazas del programa de relaciones sociales según provincia. Andalucía, 2013.

	Nº Clubs	Nº de plazas
Almería	2	86
Cádiz	6	182
Córdoba	3	339
Granada	3	60
Huelva	2	70
Jaén	7	223
Málaga	14	454
Sevilla	8	215
TOTAL	45	1.629

Fuente: Memoria FAISEM, 2013.

Córdoba es la provincia que mayor número de plazas del programa de vacaciones tiene por población con un total de 42,7 por 100.000 habitantes, seguido de Jaén con 34,2. Por el contrario, Granada sólo cuenta con 6,4 plazas por cada 100.000 habitantes.

Gráfico 97. Plazas del programa de vacaciones por provincia. Tasas por 100.000 habitantes. Andalucía, 2013.



Fuente: Memoria FAISEM, 2013.

PROGRAMAS ESPECÍFICOS CON GRUPOS DE PERSONAS CON RIESGO O SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL

Estos programas están dirigidos a las personas con trastorno mental grave internadas en centros penitenciarios y aquellos que se encuentren sin hogar.

En el año 2013 se ha prestado atención a un total de 211 personas con TMG internadas en instituciones penitenciarias.

En cuanto a la atención a personas con TMG en situación de marginación social, en el año 2013 se han atendido a 130 personas.

PROMOCIÓN DE MECANISMOS DE TUTELA

En el año 2013 se ha atendido un total de 1.467 personas en las fundaciones tutelares promovidas por FAISEM, de las cuales 639 (el 43,6%) son atendidas por padecer algún tipo de trastorno mental.

Tabla 56. Personas atendidas en las distintas fundaciones tutelares participadas por FAISEM según tipo de atención y discapacidad. Andalucía, 2013.

	Enfermedad mental	Otra discapacidad	Total	% con enfermedad mental
Defensa judicial	136	219	355	38,31
Administración de bienes	45	35	80	56,25
Curatela	63	22	85	74,12
Tutela	395	552	947	41,71
TOTAL	639	828	1.467	43,56

Fuente: Memoria FAISEM, 2013.

RECURSOS HUMANOS

En la siguiente tabla se observa la evolución de la plantilla de profesionales de FAISEM a lo largo del periodo 2008-2013, siendo una característica general el predominio del sexo femenino.

Tabla 57. Evolución del nº de trabajadores de FAISEM desde comienzo II PISMA por sexo. Andalucía, 2008-2013.

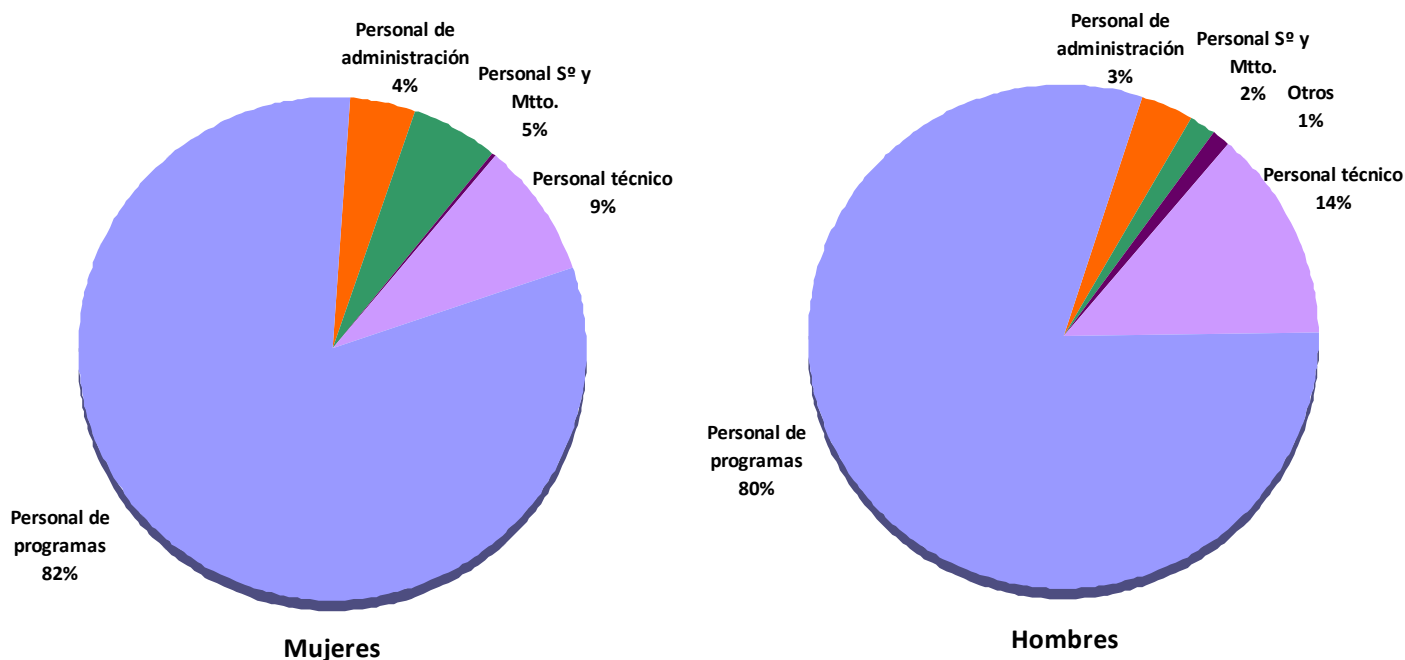
	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
CATEGORÍA PROFESIONAL	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Personal técnico	27	70	32	81	38	72	33	77	35	77	38	66
Personal de programas	208	528	224	576	226	609	238	642	227	614	225	619
Personal de administración	7	25	7	29	6	30	8	29	9	33	9	31
Personal Sº y Mtto.*	7	48	9	56	6	49	6	46	4	42	5	41
Otros	4	0	3	1	3	2	6	6	6	6	3	3
TOTAL	253	671	275	743	279	762	291	800	281	772	280	760

Fuente: Memoria FAISEM 2013.

*Sº y Mtto: Servicio y mantenimiento

En el año 2013 la plantilla de FAISEM estaba compuesta principalmente por personal de los diferentes programas de apoyo social, que representan un 81,2% del total de la plantilla (Gráfico 98).

Gráfico 98. Distribución de los recursos humanos según clasificación profesional y sexo. Andalucía, 2013.



*Sº y Mtto: Servicio y mantenimiento

Fuente: Memoria FAISEM 2013.

Al cierre del año 2013, el porcentaje de personas con discapacidad en plantilla de FAISEM era alrededor de un 3,5%.

2.3. REDES DE ASOCIACIONES DE APOYO MUTUO

El apoyo entre iguales se considera uno de los pilares del proceso de recuperación, tanto de las personas afectadas como de sus familiares. Así mismo, es un recurso complementario a la atención sanitaria y social que se presta desde las administraciones públicas, como así lo demuestra la Estrategia Al lado¹³⁵, ejerciendo además un papel catalizador para la mejora constante de los servicios.

La red andaluza de asociaciones de apoyo mutuo en salud mental es amplia y diversa, representando a diferentes sectores de personas usuarias y familiares. En la siguiente tabla se cuantifican las Asociaciones registradas en la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y aquellas federadas, inscritas en la Consejería de Justicia e Interior (todas las Asociaciones inscritas en la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, lo están también en la Consejería de Justicia e Interior).

Tabla 58. Red andaluza de asociaciones de apoyo mutuo en salud mental.

Federaciones / Asociaciones	Nº de asociaciones
Federación Andaluza de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES Andalucía) ²⁹	16
Federación Andaluza de Asociaciones de Usuarios/as de Salud Mental (En Primera Persona) ³⁰	11
Federación Andaluza de Asociaciones de Ayuda al Trastorno Hipercinético y Déficit de Atención (FAHYDA) ³¹	14
Federación Andaluza de Padres con Hijos con Trastornos del Espectro Autista (Autismo Andalucía) ³²	11
Federación Andaluza de Síndrome de Asperger (Asperger Andalucía) ³³	7
Asociaciones relacionadas con los Trastornos de la Conducta Alimentaria	3
Asociaciones relacionadas con otras enfermedades mentales	13
TOTAL	75

Fuentes: Censo de Asociaciones de Salud de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y Directorio de Asociaciones de la Consejería de Justicia e Interior. Junta de Andalucía.

²⁹ <http://www.feafesandalucia.org/>

³⁰ <http://enprimerapersona.org/>

³¹ <http://fahyda.blogspot.com.es/>

³² <http://www.autismoandalucia.org/>

³³ http://www.asperger.es/index_asoc.php?r=101&as=101&lang=1

Adicionalmente, existen otras **52 asociaciones** inscritas exclusivamente en el registro de la Consejería de Justicia e Interior, pero no en el registro de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, por lo que no se han incluido en la tabla anterior.

La relación entre las distintas asociaciones y los servicios de salud mental es también muy dispar, contando tanto con asociaciones que trabajan “codo a codo” con los servicios de salud mental, como con aquellas que no mantienen vínculo alguno. Esta disparidad también se mantiene en el nivel de implicación de las distintas asociaciones en las estructuras de participación existentes en el SSPA y FAISEM.

Sin duda, los movimientos asociativos que más vinculación tienen con los servicios de salud mental, tanto sanitarios como de apoyo social, son aquellos que representan a las personas adultas con trastornos mentales graves y muy especialmente a las asociaciones federadas a FEAFES-Andalucía y En Primera Persona.

La relación entre estas federaciones y sus asociaciones y los servicios públicos es estrecha, habiendo colaborado, recíprocamente, a la consolidación de las diferentes estructuras. Con estas federaciones, tanto FAISEM como el SAS mantienen una línea de ayuda a la financiación de estructuras, acciones y programas que desarrollan ambas organizaciones³⁴.

Junto al continuo desarrollo del movimiento de familiares, se ha producido un fortalecimiento progresivo de las asociaciones autogestionadas por las propias personas usuarias, la mayoría de las cuales se encuentran agrupadas en la Federación En Primera Persona. Su interlocución, junto a la FEAFES-Andalucía, con el nivel decisorio en salud mental, ha ido aumentando sensiblemente en los últimos años⁶³.

La participación a nivel individual y colectivo, contemplada en el II Plan Integral de Salud Mental, ha favorecido un empoderamiento de las asociaciones locales de usuarios/as y familiares, produciéndose un incremento en la participación, tanto en las decisiones individuales vinculadas a su relación con los servicios, como a nivel colectivo, con la promoción de las Comisiones de Participación Ciudadana y la

³⁴ Así mismo y a través de las convocatorias de ayudas públicas de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, se financian proyectos concretos desarrollados por las diferentes asociaciones y federaciones vinculadas a Salud.

incorporación de usuarios/as y familiares a los grupos de trabajo vinculados a las líneas del Plan Integral de Salud Mental⁶³.

Así mismo, se ha visto incrementada la participación de las personas con problemas de salud mental en la provisión de servicios y en la formación de profesionales. Estas personas poseen un valioso conocimiento, derivado de su experiencia directa y en primera persona, que debería sumarse al conocimiento de los profesionales sin experiencia personal directa con la enfermedad. En este sentido, en Andalucía se han desarrollado experiencias que ponen en valor el conocimiento acumulado por la convivencia con la enfermedad^{135,136}, pilotando la oferta de sesiones de apoyo mutuo a través de los servicios de salud mental. La experiencia promovida inicialmente por el propio Plan Integral de Salud Mental, con la coordinación de la Escuela Andaluza de Salud Pública, ha servido para que exista una continuidad en esta oferta, que poco a poco se va extendiendo, de forma autónoma promovida por la Federación En Primera Persona, contando con la colaboración de los dispositivos de salud mental.

Del mismo modo, la familia y cuidadores informales, que gestionan una gran parte de la carga de la atención de las personas con más necesidades de apoyo y que residen en su medio familiar, también deben participar en la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas de salud mental⁴². La experiencia andaluza de colaboración entre FEAFES Andalucía, sus asociaciones y los servicios públicos es muy extensa y productiva¹³⁵, sin olvidar su constante reivindicación por más y mejores servicios y una atención de calidad.

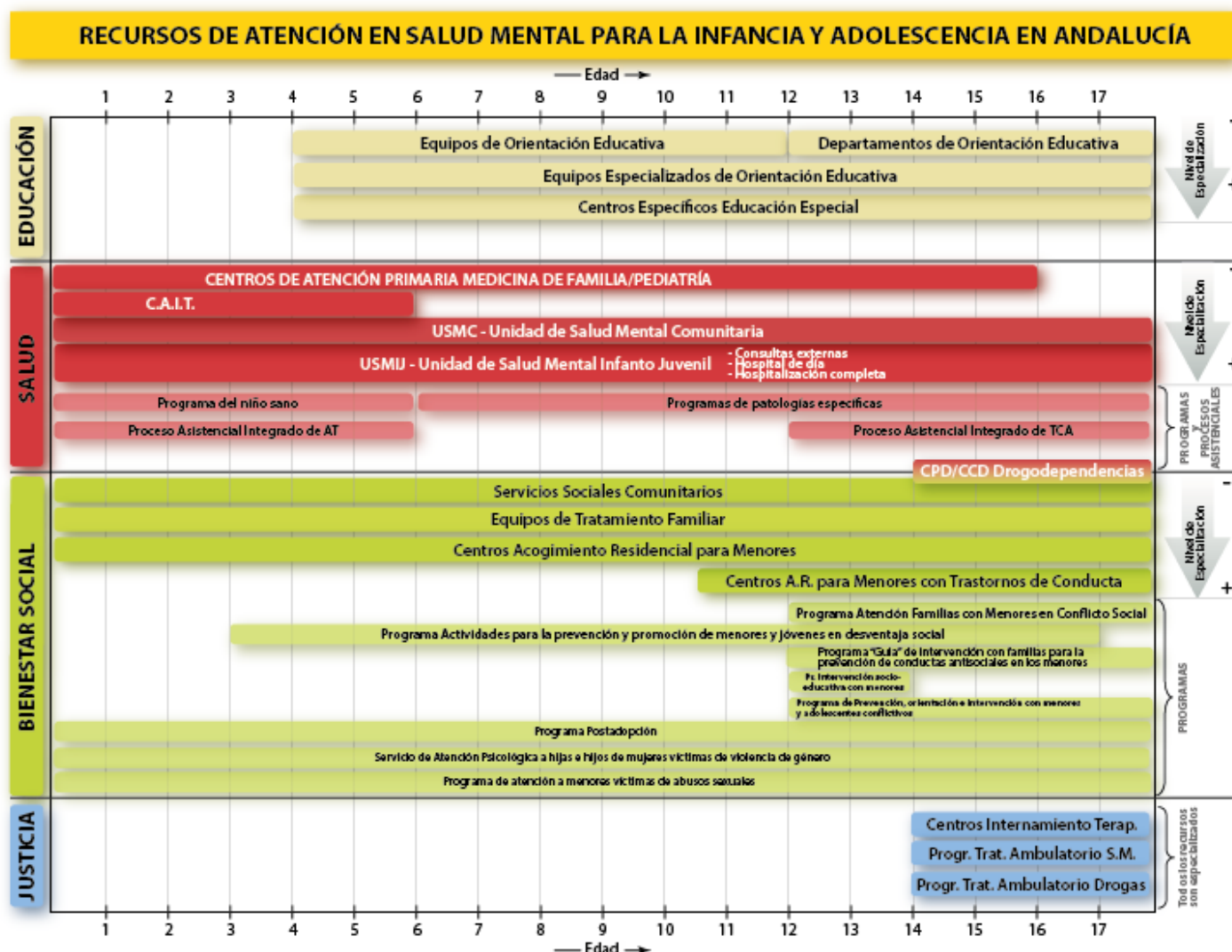
También conviene resaltar el papel de las personas usuarias como colaboradores docentes en la formación de profesionales. El PISMA, a través de la Escuela Andaluza de Salud Pública, ha contado de forma progresiva con personas con problemas de salud mental, y en la actualidad, en algunas actividades formativas, colaboran desde el diseño de la propia actividad, identificando objetivos, contenidos, diseñando materiales formativos, debatiendo con el alumnado y participando en la evaluación.

Y sin olvidar los esfuerzos que el movimiento asociativo de Andalucía realiza en la lucha contra el estigma, tanto de manera independiente como a través de la estrategia intersectorial “1decada4”³³, y en la defensa de sus derechos, especialmente en sus relaciones con los servicios sanitarios y sociales, al amparo de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad¹³⁷.

3. RECURSOS INTERSECTORIALES DESTINADOS A LA SALUD MENTAL DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

El Observatorio de la Infancia de Andalucía, dependiente de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales ha elaborado el siguiente esquema para resaltar los diferentes recursos intersectoriales públicos existentes en Andalucía destinados a cubrir las necesidades de salud mental de la infancia y la adolescencia (Figura 3).

Figura 3. Recursos intersectoriales destinados a la salud mental para la infancia y adolescencia en Andalucía.



Fuente: Observatorio de la Infancia. Consejería de Igualdad, Salud y Política Social.



ANÁLISIS DE OPINIONES Y EXPECTATIVAS SOBRE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA

ANÁLISIS DE OPINIONES Y EXPECTATIVAS SOBRE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA

1. INTRODUCCIÓN

En 2014 finalizó la prórroga del Plan Integral de Salud mental de Andalucía (PISMA) 2008-2012. Con anterioridad a esta fecha comenzó a planificarse un nuevo Plan de Salud mental para los años 2016 a 2020. Para elaborar este nuevo documento estratégico se planteó la necesidad de conocer las necesidades percibidas y las expectativas planteadas, en relación a la salud mental en Andalucía, por las personas con enfermedad mental y sus familias, así como por los/las profesionales del sistema sanitario y social que las atienden y de la ciudadanía andaluza en general.

En este contexto el Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud, como parte del equipo de redacción del Plan Integral de Salud Mental, solicitó a la Escuela Andaluza de Salud Pública la realización de un estudio de necesidades y expectativas en el marco de la estructura inicial planteada para el nuevo Plan.

2. OBJETIVOS

El objetivo de este estudio ha sido explorar las opiniones y expectativas de los colectivos destinatarios, afectados o implicados en el desarrollo de las medidas del Plan de Salud Mental en relación a la atención a la Salud Mental en Andalucía.

De manera más concreta, los objetivos específicos de este estudio, en la atención a la salud mental son:

- Conocer las opiniones y expectativas de las personas con trastorno mental.
- Conocer las opiniones y expectativas de los familiares de personas con trastorno mental.
- Conocer opiniones y expectativas de los/las profesionales sanitarios y de apoyo social que atienden a personas con problemas de salud mental.
- Conocer opiniones y expectativas de movimientos asociativos o de representación ciudadana.

3. METODOLOGÍA

Se requería que el estudio pudiese producir resultados fácilmente integrables en el planteamiento de contenidos del Plan y poder conseguir la opinión de un grupo amplio de personas de perfiles heterogéneos. También se deseaba permitir una mayor accesibilidad geográfica a informantes de distintas localidades y provincias y reducir costes de desplazamiento, especialmente gravosos, para entidades sin ánimo de lucro y particulares y dificultosos para algunos segmentos como los/las profesionales de atención primaria de salud.

Al tratarse de nuevo de una exploración poco estructurada de percepciones (no se conocían las posibles respuestas como para acotar un cuestionario con preguntas cerradas, se exploran discursos...) se mantuvo, como para anteriores estudios de expectativas para el PISMA, el **abordaje cualitativo**. Sin embargo, para adecuarse a los requerimientos señalados al inicio de este apartado, se optó por la **recogida de datos “on line”**. Para adecuarse a este medio se decidió usar como técnica de recogida de datos la entrevista semiestructurada individual, en lugar de los grupos focales usados en anteriores ocasiones. Este formato era el más asequible que otros formatos posibles de recogida de datos “online” (chat, video chat...) para un nivel de manejo de INTERNET medio o bajo (en algunos casos).

3.1. INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS

De acuerdo con lo expuesto en apartado anterior, se optó por un cuestionario semiestructurado “on line” como método de recogida de información. El cuestionario se diseñó en la plataforma “Lime Survey” y recogía la opinión de los participantes sobre 6 ámbitos de intervención y para diferentes grupos de edad.

Los ámbitos de intervención fueron:

1. *Promoción de la salud y el bienestar emocional de la población en general y, de manera específica, de las personas con enfermedades mentales, patologías orgánicas u otros condicionantes que generan altas dosis de sufrimiento.*
2. *Prevención de los problemas de salud mental, prestando una atención especial a personas con factores de riesgo.*

3. *Detección e intervención precoz ante la aparición de trastornos mentales, así como ante situaciones de vulneración de derechos en el ámbito de la salud mental.*
4. *Calidad del proceso de atención: Recuperación de las personas afectadas por trastornos mentales (comunes y/o graves), garantizando sus derechos ciudadanos y el uso de intervenciones seguras y eficaces durante el proceso de atención.*
5. *Erradicación o reducción del estigma, la discriminación, las desigualdades en salud y cualquier otra condición de vulneración de derechos de las personas con problemas de salud mental.*
6. *Participación efectiva de la ciudadanía y sus organizaciones en todo lo relacionado con su salud mental y bienestar.*

Los grupos de edad fueron: a) *Infancia y adolescencia*; b) *Juventud*; c) *Edad adulta*; d) *Edad madura o vejez*.

Las personas invitadas a responder el cuestionario podrían seleccionar libremente sobre qué grupos de edad y/o ámbitos de intervención querían responder. De hecho, se les animaba a que seleccionasen aquellos que, por su trabajo o situación, les eran más cercanos. Una vez seleccionado el ámbito de intervención y el grupo de edad sobre el que se desea responder, los participantes debían responder una serie de cuestiones específicas.

Para cada ámbito de intervención y grupo de edad, existían las siguientes preguntas:

- Una pregunta de escala tipo Likert, en la que se le pedía al participante que expresase en una escala de 1 a 10, su **valoración de la situación actual de la salud mental en Andalucía en relación a ese ámbito concreto y en el momento actual**. Además, y tras responder a esta escala, los participantes, si lo deseaban, podían expresar los motivos que les habían llevado a emitir esa puntuación.
- Preguntas abiertas en las que los participantes han podido elaborar libremente sus respuestas. En concreto, se les preguntaba qué **áreas de mejora** identificaba, **qué acciones concretas** proponía para esas áreas de mejora y, en el caso de los/las profesionales de la red de atención a la salud mental, **cómo desarrollarlas y evaluarlas**.

El cuestionario se envió el 5 de agosto de 2014 y estuvo disponible hasta el 31 de septiembre de 2014. De cara a aumentar la tasa de respuesta, se amplió el plazo de respuesta y se envió un recordatorio a quienes aún no habían respondido. Así pues, se realizó un segundo envío durante los días 29 y 30 de

septiembre. Y un tercer envío el día 21 de octubre. El cuestionario se cerró definitivamente el 31 de octubre de 2014.

3.2. POBLACIÓN ENTREVISTADA

Se realizó un **muestreo intencional** mediante identificación de informantes clave con los siguientes **criterios de inclusión**:

1. Profesionales de la red de atención a la salud mental de Andalucía.
2. Personas con enfermedad mental.
3. Familiares de personas con enfermedad mental.
4. Profesionales de servicios que inciden, a nivel intersectorial, en algún ámbito de intervención de la salud mental.
5. Representantes de movimientos asociativos o de representación ciudadana.

Dentro de cada perfil se marcaron distintos **criterios de segmentación**, que garantizaron la recogida de distintas opiniones o puntos de vista:

- En la selección de los/las profesionales de la red de salud mental los criterios de segmentación que se aplicaron para fijar perfiles a incluir fueron el **perfil profesional** (médico, enfermera, psiquiatra, psicólogo, monitor...) y la **red de atención** específica (atención primaria de salud, atención especializada en salud mental, FAISEM).
- En la selección de personas con enfermedad mental y familiares de éstas, los criterios de segmentación fueron **la edad** (mayoría o minoría de edad) y el **tipo de enfermedad** que padeciese la persona (ansiedad, esquizofrenia, autismo...). Se intentó reclutar a los informantes a través de asociaciones.
- En la selección de profesionales que inciden en la atención a la salud mental, el criterio de segmentación fue la **red de atención representada** (Servicios sociales de atención a infancia, drogas..., servicios judiciales...).
- En la selección de representantes de la ciudadanía el criterio de heterogeneidad fue el **colectivo ciudadano representado** (infancia, mujeres, personas mayores...).

Como **criterios de diversificación** se plantearon el **lugar de residencia/trabajo y el sexo**, se trató de que hubiese personas (sobre todo personas con trastorno mental y familiares) de todas las provincias, de ámbitos urbanos y rurales y que el número de hombres y mujeres fuese equitativo. También se procuró incluir personas con distintos niveles sociales, económicos y educativos.

3.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se ha realizado un análisis de la tasa de respuesta y de la heterogeneidad de los perfiles de respuesta con el cálculo de porcentajes y otras medidas relativas.

Los resultados de la primera pregunta de valoración global, al tratarse de respuestas a una escala tipo Likert, se han analizado con promedios y desviaciones del promedio de las respuestas obtenidas para cada ámbito de intervención en los distintos grupos de perfiles de respuesta. Para resumir, se han analizado fundamentalmente los resultados obtenidos en los profesionales de la red de salud mental (profesionales de los servicios de salud mental, de FAISEM y de atención primaria) y los obtenidos en otros grupos de interés.

En las respuestas a las preguntas abiertas se ha realizado un análisis de contenido y saturación del discurso en determinadas ideas, seleccionando para este resumen, los factores o propuestas con mayor coincidencia en el discurso de las personas entrevistadas. De nuevo se resume la información aportada, por un lado, por profesionales de la red de salud mental (a los que se les preguntaba con más profundidad sobre el desarrollo de acciones) y al resto de perfiles entrevistados (personas con enfermedad mental, familiares, profesionales de servicios intersectoriales y representantes de asociaciones ciudadanas), a este segundo grupo los denominamos “otros grupos de interés”.

En el caso del análisis de las acciones de mejora se ha realizado un único resumen de las expectativas más mencionadas, sin diferenciar por perfil.

4. PRINCIPALES RESULTADOS DEL ESTUDIO

4.1. TASA DE RESPUESTA

La tasa de respuesta global ha sido del 53,93%, una tasa similar a la obtenida en la mayoría de estudios de panel, esto es, con cuestionarios autocumplimentados enviados por vía telemática o postal. Sin embargo, como se puede ver hay diferencias por perfiles.

Tabla 59. Población seleccionada y muestreada. Tasas de respuesta.

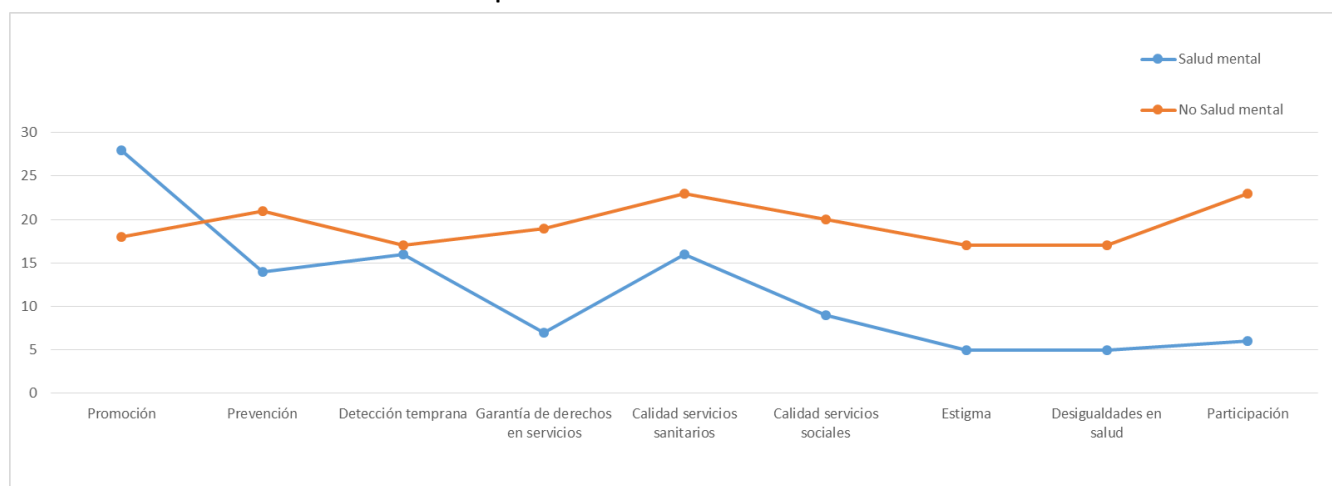
Perfil	Responden	No responden	Total	Tasa de respuesta %
Profesionales de salud mental especializada	16	24	40	40,00
Profesionales de atención primaria de salud	6	2	8	75,00
Profesionales de FAISEM	3	4	7	42,86
Personas con trastorno mental	8	7	15	53,33
Familiares de personas con trastorno mental	10	6	16	62,50
Profesionales de otros servicios intersectoriales	9	8	17	52,94
Representantes ciudadanía	8	2	10	80,00
Respuesta total	60	53	113	53,93

Justo al contrario que en las tasas de respuesta globales (personas que ha respondido alguno de los ámbitos), en respuestas efectivas (aportaciones o número de respuestas en cada uno de los cuestionarios), los perfiles menos representados en las respuestas son los de atención primaria en el panel de salud mental y los de representantes de la ciudadanía en el panel de otros grupos de interés. La mayor representación en respuestas, la obtienen los/las profesionales de la red especializada de salud mental en el panel de profesionales de salud mental y los familiares en el panel otros grupos de interés. Esto se debe a que algunas personas de estos dos colectivos han sido especialmente activas en la producción de respuestas para todos los ámbitos y, en el caso de los profesionales de la red específica de salud mental, a que la muestra intencional sobrerrepresentaba a este colectivo como se puede comprobar en la anterior tabla.

Los ámbitos que suscitaron mayor interés y por tanto, más respuestas entre las personas entrevistadas, fueron el ámbito de Promoción, Calidad en Servicios sanitarios y Participación. También es destacable la diferencia en las respuestas obtenidas en el ámbito de Detección e intervención temprana, muy alta en el panel de profesionales de la red de salud mental (panelistas SM) y de las más

bajas en el panel de otros grupos de interés (panelistas NSM). Estos y otros detalles se pueden observar en el siguiente gráfico.

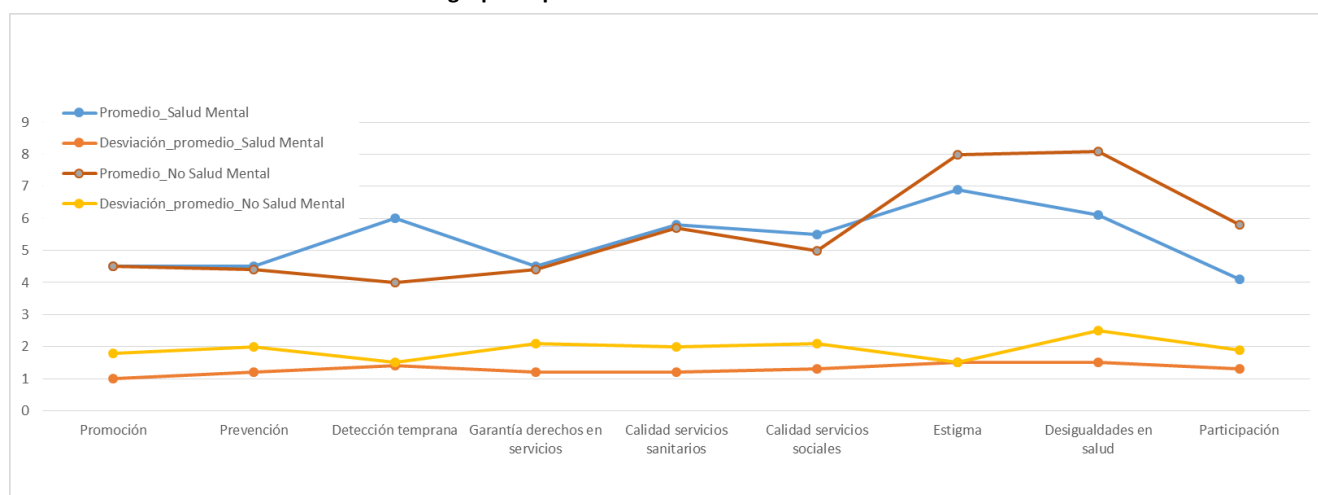
Gráfico 99. Distribución por ámbitos del número de personas con respuestas efectivas en cada panel o grupo de personas entrevistadas.



4.2. VALORACIÓN GLOBAL

Las valoraciones promedio de los distintos ámbitos de intervención realizadas por profesionales de la red de salud mental y por otros colectivos de interés son parecidas. Tan sólo destacar la menor percepción de gravedad del Estigma y las Desigualdades en salud, percibida por los/las profesionales de la red de salud mental (denominado “Salud Mental” o “SM”) frente al resto de grupos de interés (denominado “No Salud Mental”, “NSM” o “NSalud mental”).

Gráfico 100. Promedio de puntuaciones por ámbitos del número de personas con respuestas efectivas en cada panel o grupo de personas entrevistadas.



La valoración promedio, recoge la puntuación media que las personas que han respondido a cada panel le han otorgado al grado de adecuación de las actuaciones públicas en cada ámbito de intervención. Se valoraba una escala de 0 a 9, siendo 0 y 9 actuación o intervención máxima. Actuación o intervención óptima o máxima. En los ámbitos de Estigma y Desigualdades, sin embargo, se solicitó la valoración de la gravedad de la problemática en el caso de personas con trastorno mental. En este caso se valoraba con una escala de 0. Mínima magnitud de esta problemática en personas con trastorno mental a 9. Máxima presencia de esta problemática en personas con trastorno mental.

Es destacable, igualmente, cómo la percepción positiva de los profesionales sobre la actuación en detección e intervención temprana no es compartida por el resto de colectivos, esto podría deberse, según los testimonios recogidos, al sufrimiento percibido por la demora en la confirmación de determinados trastornos que han vivido personas con trastorno mental y familiares. Por último, el grupo de profesionales de la red de salud mental perciben peor la situación de la participación que el resto de colectivos de interés.

4.3. ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN EL PANEL DE PROFESIONALES DE LA RED DE SALUD MENTAL

Los discursos sobre análisis de situación vertidos, para los diferentes ámbitos, por profesionales de la red de atención a la salud mental son bastante coherentes y consistentes no apreciándose diferencias significativas por perfil.

En cuanto a los diferentes grupos de edad analizados, cabe señalar que los grupos de infancia y adolescencia y personas adultas han sido los que han aglutinado más opiniones y respuestas. Por su parte, las respuestas para los grupos de jóvenes y mayores han sido menos numerosas y, en ocasiones, no se han generado respuestas para alguna de las dimensiones exploradas.

En referencia a la valoración general de todas las dimensiones, y aunque estas han sido muy ricas en matices, cabe destacar dos ideas que se repiten de manera recurrente para los diferentes ámbitos y grupos de edad:

- 1.- La necesidad de mejorar la **dotación de recursos existentes**. Se menciona sobre todo el hecho de que son necesarios más profesionales, con más tiempo y con más y mejor formación.

2. La necesidad de mejorar la **coordinación** tanto dentro del propio sistema sanitario, como a nivel intersectorial.

De un análisis más pormenorizado por dimensiones se pueden señalar los siguientes aspectos o áreas de mejora en la atención a la Salud Mental en Andalucía.

- En relación a la **promoción de la salud y el bienestar emocional** se señala el limitado énfasis que se tiene en esta materia puesto que los principales esfuerzos están dedicados al tratamiento de patologías. También se señala que la promoción de la salud mental ocupa un segundo lugar en relación a las acciones dirigidas a la promoción de la salud física. Como claves para trabajar en beneficio de la promoción de la salud y el bienestar emocional se señala la importancia de trabajar en el ámbito comunitario, cuidar las redes sociales y trabajar en habilidades sociales y para la vida cotidiana.
- En relación a la **prevención de los problemas de salud mental** se subraya la necesidad de ofrecer más información en esta materia de cara a hacerla más visible y luchar contra el estigma ligado a la enfermedad mental. Se apunta la necesidad de trabajar con población en riesgo de exclusión social y con personas que tengan antecedentes familiares de trastorno mental. Como herramientas clave para trabajar en esta línea se apunta a una mejor coordinación intersectorial y a una mayor dotación de profesionales.
- En referencia a la **detección precoz de los trastornos mentales y la intervención temprana** ante los primeros síntomas se vuelve a insistir en la necesidad de mejorar la coordinación y la dotación de profesionales expertos en este ámbito. Por grupos de edad se identifican las siguientes áreas prioritarias de actuación:
 - Infancia y adolescencia: Trastornos del desarrollo.
 - Adultos: Suicidio.
 - Mayores: Psicosis.
- En relación a la **detección y actuación inmediata ante la vulneración de derechos** de las personas con trastorno mental, se señala que las actuaciones en este ámbito están sobre todo dirigidas a la población adulta, siendo niños/as y mayores más vulnerables. Se señala además que es preciso desarrollar acciones que promuevan la sensibilización y la toma de conciencia de los derechos de las personas con enfermedad mental.

- En relación a la **calidad** de la atención prestada por los **Servicios sanitarios** a las personas con problemas de salud mental se señalan algunas debilidades de carácter global y general como la falta de equidad en el acceso a la atención, el hecho de que los psicofármacos sean la principal opción terapéutica, y de nuevo, la falta de personal y de recursos y las dificultades en materia de coordinación.
- En cuanto a la **calidad** de la atención prestada por los **Servicios sociales** a las personas con problemas de salud mental, se señala la necesidad de mejorar en materia de coordinación intersectorial, las dificultades que tienen las personas usuarias para acceder a los recursos disponibles y la importancia de impulsar políticas de empleo específicas para las personas con enfermedad mental.
- En referencia a la erradicación del **estigma y la vulneración de derechos** de las personas con enfermedad mental, en líneas generales se señala que es preciso trabajar en materia de sensibilización teniendo como públicos principales a la población general, los propios profesionales del ámbito de la salud mental y las propias personas con trastorno mental. Además, se considera necesario avanzar hacia el empoderamiento de éstas, diseñando planes individualizados de atención y teniendo más en cuenta sus preferencias y vivencias.
- En referencia a en qué medida la salud de las personas con problemas de salud mental se ve afectada por **desigualdades en salud**, se señala que el hecho de vivir en un entorno rural y/o tener un nivel socioeconómico bajo son variables que contribuyen a esta desigualdad.
- Finalmente, en el ámbito de la **participación de la ciudadanía** en todo lo relacionado con su salud mental y bienestar emocional, se señala que no existe una cultura de participación ciudadana en salud, y menos aún en el ámbito de la salud mental. Como causas que podrían explicar ese déficit en el área de la salud mental se señala la propia autoestigmatización de las personas con trastorno mental y las reticencias de algunos profesionales al respecto.

4.4. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE OTROS AGENTES DE INTERÉS PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

Aunque no se encuentran diferencias significativas por perfil en el discurso, sí es destacable que las personas con las personas con enfermedad mental valoran peor que el resto de colectivos la gravedad del estigma y las desigualdades sociales que les afectan y también las labores de prevención de los

trastornos mentales. La familia, por su parte, valora peor las intervenciones ligadas al proceso de atención a la enfermedad mental (garantía de derechos y calidad en servicios sanitarios-sociales), así como las tareas de promoción de la salud y el bienestar. Los/las profesionales de servicios intersectoriales evalúan la detección de los primeros síntomas con menor puntuación que el resto de personas de su panel. Y por último, las personas de asociaciones ciudadanas perciben la participación por debajo de lo que lo hacen el resto de colectivos.

De nuevo, en cuanto a los diferentes grupos de edad analizados, cabe señalar que los grupos de infancia y adolescencia y personas adultas han sido los que han aglutinado más opiniones y respuestas. Por su parte, las respuestas para los grupos de jóvenes y mayores han sido menos numerosas y, en ocasiones, no se han generado respuestas para alguna de las dimensiones exploradas.

De un análisis más pormenorizado por dimensiones se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- En relación a la **promoción de la salud y el bienestar emocional** se señala la ausencia de lugares de encuentro o mecanismos de coordinación para los agentes comunitarios (Servicios educativos, sociales, sanitarios, asociaciones) que trabajan en este ámbito. Se identifica igualmente la escasez de mensajes en medios de comunicación social sobre la promoción del bienestar emocional como valor y de información/consejos sobre cómo cuidar la salud y el bienestar emocional. También se denuncia la insuficiencia de intervenciones para mejorar la calidad de vida de personas con trastornos mentales (accesibilidad, no discriminación, integración educativa, laboral...). Se coincide con el colectivo de profesionales en la importancia de trabajar con las redes sociales (padres, grupos de jóvenes, asociaciones de mayores...) las habilidades sociales y para la vida cotidiana.
- En relación a la **prevención de los problemas de salud mental** se subraya la necesidad de ofrecer más información y formación (detección de vulnerabilidad, intervenciones preventivas, indicadores de necesidad de derivación a salud...) en esta materia de cara a hacerla más visible sobre todo a profesionales que trabajan con población vulnerable. Se señala como población vulnerable fundamentalmente a personas en riesgo de exclusión social, con antecedentes familiares de trastorno mental, menores con entornos de crianza inadecuados (sobrepotección, abandono, violencia familiar...) o personas con estilos de afrontamiento ineficaces.

- En referencia a la **detección precoz de los trastornos mentales y la intervención temprana ante los primeros síntomas** se insiste en la necesidad mejorar los procesos de detección de los primeros síntomas de los trastornos que más sufrimiento (reducir tiempos de espera) generan en personas afectadas y familiares (episodios psicóticos, trastornos bipolares, trastornos de la personalidad) o en las situaciones que más complejo resulta (personas con toxicomanía, discapacidad intelectual...). Se señala, asimismo, que se necesita formar profesionales para conseguir más expertos en este ámbito en atención primaria de salud y en Educación. A nivel general se indica la necesidad de contar con el tejido asociativo para informar sobre síntomas, evolución de la enfermedad...
- En relación a la **detección y actuación inmediata ante la vulneración de derechos de las personas con trastorno mental**, destaca la denuncia de la lentitud en la actuación, ligada a que no se señalan poblaciones de riesgo, no se informa a las personas con enfermedad mental de sus derechos como usuarias de los servicios, se desaprovechan espacios de posible detección (terapias), no se involucra a la familia o profesionales intersectoriales (educación...) como agentes de detección/denuncia, no se incrementa la vigilancia ante posibles indicios y no se denuncia ante los organismos pertinentes los casos confirmados. La falta de recursos se señala como causa de muchas de las limitaciones antes señaladas. Se indica, asimismo, que no se poseen o no se siguen protocolos de actuación para obtener consentimientos informados o voluntades anticipadas en casos de riesgo de vulneración de derechos (Ej. incapacitación civil, ingresos involuntarios, medidas de contención física y farmacológica, traslados por los cuerpos de seguridad).
- En relación a la **calidad de la atención prestada por los Servicios sanitarios** a las personas con problemas de salud mental se señalan algunas debilidades de carácter global y general: Se coincide con el personal de la red de salud mental en la falta de personal y de recursos, señalando como consecuencias negativas más destacadas el escaso tiempo de atención en consulta o la excesiva latencia entre sesiones terapéuticas. También se coincide en la necesidad de ofrecer alternativas al tratamiento farmacológico y en la importancia de las dificultades en materia de coordinación y desarrollo de intervenciones con otros agentes comunitarios, así como en las dificultades de acceso a los servicios para colectivos con necesidades especiales, morbilidad asociada o en riesgo de exclusión, especialmente menores de edad. En este panel, además se señalaron como problemas importantes la información

insuficiente o inadecuada sobre la enfermedad y los tratamientos o la escasez de intervenciones familiares o sociales.

- En cuanto a la **calidad de la atención prestada por los Servicios sociales** a las personas con problemas de salud mental, coinciden con el panel de profesionales de salud mental en la necesidad de mejorar la coordinación intersectorial entre Servicios sociales, sanitarios, educativos y judiciales, de reducir el tiempo de demora en el acceso a los recursos (especialmente los dispuestos por la Ley de dependencia) y de contar con eficiente asesoramiento ante los primeros indicios de enfermedad en ese escenario.. Se denuncia, además, como algunos recursos sociales útiles para personas con enfermedad mental de la Ley de dependencia (asistente personal...) están reservados actualmente a la discapacidad física. También señalan la falta de autonomía y de capacidad de actuación de los Servicios sociales fuera de la gestión de ayudas o de la derivación a servicios de salud mental. Denuncian una formación profesional deficiente, sobre todo en el trato con personas con enfermedad mental y la desvinculación de la familia del enfermo en las intervenciones.
- En referencia a la **erradicación del estigma y la vulneración de derechos de las personas con enfermedad mental**, en líneas generales se coincide con el panel de profesionales en que es necesario continuar con el esfuerzo de mayor sensibilización y concienciación contra el estigma y sobre la realidad de la enfermedad mental en todos los ámbitos, pero se hace hincapié en la formación del colectivo de profesionales de la comunicación, en el trabajo con las empresas y en los entornos más desfavorecidos. Se incide en que se necesitan más actuaciones sobre el autoestigma que padecen las propias personas con trastorno mental. Se señala como importante una buena atención sanitaria y social, puesto que la mejora de los síntomas de la enfermedad contribuye a luchar contra el estigma. Además cabe resaltar la falta de dotación de medios en aquellas entidades que velan por los derechos de los enfermos mentales.
- En referencia a en la medida en que la salud de las personas con problemas de salud mental se ve afectada por **desigualdades en salud**, se coincide con el grupo de profesionales en que circunstancias como un nivel socioeconómico bajo o vivir en zonas territorialmente aisladas, contribuyen tener problemas para acceder a los recursos públicos. Además señala que, siendo el sistema sanitario público el único universalmente accesible, la escasez de recursos o la escasa calidad de recursos (mala praxis...) contribuye a las desigualdades. Se indica como la insuficiencia económica impide a muchas familias asumir los costes de la medicación, de un

tratamiento privado o de recursos de apoyo necesarios para completar las lagunas de los recursos públicos. Por último, ponen de manifiesto como el personal sanitario no dando credibilidad a la sintomatología de personas con enfermedad mental (estigma), genera desigualdad de acceso a procedimientos diagnósticos y de tratamiento en este colectivo.

- Finalmente, en el **ámbito de la participación de la ciudadanía** en todo lo relacionado con su salud mental y bienestar emocional, se coincide con los/las profesionales de salud mental que no existe una cultura de participación ciudadana en salud y menos aún en el ámbito de la salud mental, incluso se señala un retroceso del compromiso participativo en la sociedad. Se indica, por otra parte, como se limita la participación de las personas en su propio proceso de atención por el estigma de incapacidad de la enfermedad mental o, en general, de la discapacidad intelectual. Se señala, asimismo la falta de apoyo económico efectivo al movimiento asociativo que permita un tejido asociativo de calidad (más personas implicadas, formación, reflexión...). Se denuncia la falta de determinación de la Administración sanitaria para desarrollar los cauces comprometidos de participación activa (no solo informativa) en la planificación sanitaria descentralizada (centros y equipos). En ese sentido, se señala la necesidad de aumentar y mejorar los cauces de participación actuales.

Aunque en algún apartado se visibiliza, transversalmente se reivindica la especial problemática de las personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo que padecen trastornos mentales y la necesidad de actuaciones específicas con esta población.

4.5. PRINCIPALES EXPECTATIVAS EXPRESADAS

En este apartado, se presentan como expectativas un resumen de las **acciones de mejora** más citadas en los discursos de todas las personas entrevistadas (independientemente de su perfil como panelistas) para mejorar la situación actual de la atención a la Salud Mental en Andalucía.

4.5.1. Promoción de la salud y el bienestar emocional

- Aumentar desde servicios comunitarios el número de intervenciones que enseñen “hábitos de vida mentalmente saludable” como habilidades emocionales y herramientas para el manejo de la vida diaria dirigidas a toda la población o a poblaciones de riesgo.
- Incluir contenidos de promoción de la salud mental en intervenciones dirigidas a la promoción de la salud general.
- Formar a padres, familias, profesores, profesionales de Servicios sociales y otros agentes comunitarios sobre herramientas para fortalecer la salud y el bienestar emocional, sobre todo en la infancia-adolescencia.
- Fortalecer las políticas públicas que aborden problemas sociales o condiciones de vida que dificultan el bienestar emocional de la población.
- Facilitar la creación y mantenimiento de redes sociales y de apoyo a la familia.
- Realizar intervenciones que mejoren la calidad de vida de las personas con trastornos mentales y sus familiares, como actuaciones para la inclusión, apoyo a las asociaciones de personas usuarias o familiares, creación de escuelas de pacientes y familiares, o cuidando el proceso de atención sanitaria o social, información y pautas para las familias de personas con trastornos mentales.
- Difundir mensajes en medios de comunicación social sobre la importancia de la salud mental y el bienestar emocional como valor, y sobre consejos de cómo cuidar la salud y el bienestar emocional.

4.5.2. Prevención de los problemas de salud mental

- Trabajar con posibles agentes comunitarios de prevención en salud mental: a) ofreciéndoles formación sobre indicadores de riesgo, detección de situaciones de vulnerabilidad, intervenciones preventivas, derivación a salud; b) elaborando guías, protocolos de actuación

y derivación; c) reforzando la presencia de profesionales asesores/colaboradores en atención primaria y/o especializada de salud mental para el desarrollo de iniciativas o programas de prevención de trastornos mentales en los distintos ámbitos; d) estableciendo comisiones intersectoriales que permitan trabajar conjuntamente en medidas preventivas.

- Realizar mapas de poblaciones de riesgo por zonas geográficas.
- Desarrollar intervenciones con la población en riesgo de exclusión social, desde la mejora de sus condiciones de vida a la especialización del personal del salud mental en fenómenos de exclusión social.

4.5.3. Detección precoz de los trastornos mentales e intervención temprana ante los primeros síntomas

- Mejorar la coordinación intersectorial: a) informando y formando a agentes comunitarios que puedan realizar labores de detección (atención primaria, salud laboral, educación...) sobre herramientas de detección de los trastornos que más sufrimiento generan y sobre procesos de derivación; b) estableciendo protocolos específicos y descentralizados de coordinación c) desarrollando sistemas de información que permitan compartir experiencias a nivel autonómico.
- Mejorar el proceso de detección en el ámbito sanitario: a) Ofrecer herramientas, acompañamiento y formación al personal de atención primaria para que pueda identificar poblaciones de riesgo, hacer seguimiento de casos de riesgo, intervenir en casos leves o moderados, detectar señales de alarma o criterios para una correcta derivación a la atención especializada y ofrecer consejos y directrices sobre como actuar durante la espera de derivación. Formar al personal especializado en diagnóstico diferencial de casos complejos (patología dual, morbilidad asociada...).
- Mejorar los recursos de atención: Crear unidades funcionales de primeros episodios, dotar de tiempo las consultas de atención primaria y especializada para un correcto diagnóstico, aumentar el número de consultas especializadas a corto plazo.
- Informar a la ciudadanía, familias y a todos los agentes relacionados con la salud mental sobre qué son y qué síntomas tienen los trastornos mentales y reducir el estigma que retrasa la petición de ayuda y su diagnóstico. Se debe desmitificar la cronicidad y gravedad esperada de la enfermedad mental e informar de la posibilidad de una recuperación mayor con una actuación temprana.

4.5.4. Detección y actuación inmediata ante la vulneración de derechos de las personas con trastorno mental

- Fortalecer el papel activo de las personas con enfermedad mental en el respeto de sus derechos con acciones como: a) Campañas de concienciación contra el estigma o por los derechos de las personas con enfermedad mental (integración laboral...). b) Contribución al mantenimiento de asociaciones de enfermos mentales y entidades tutelares.
- Tener en cuenta para la mejora de los servicios la percepción de personas usuarias.
- Formar a los/las profesionales de los servicios sanitarios y sociales sobre los derechos de las personas con enfermedad mental, incorporando contenidos de la Convención de derechos de personas con discapacidad, de la infancia, de las personas mayores u otros colectivos de los que puedan formar parte las personas con enfermedad mental.
- Realizar medidas para fomentar el respeto de los derechos humanos en los servicios con acciones como: a) Contemplar los derechos humanos como eje transversal en el PISMA. b) Plantear objetivos sobre garantía de derechos en los contratos programa de las unidades de gestión clínica. c) Implantar la planificación anticipada de decisiones en salud mental. d) Realizar evaluaciones o controles en los servicios por parte de los organismos tutelares o la fiscalía (en el caso de menores). e) Sancionar a los que vulneren los derechos.
- Facilitar herramientas de identificación e indicar espacios de exploración e intervención con la vulneración de derechos (terapias...).
- Formación y herramientas a otros agentes del entorno de la persona con enfermedad mental sobre sus derechos, sobre indicios de vulneración de derechos y sobre procedimientos de denuncia. Potenciar los espacios de formación conjunta de estas personas con la participación de profesionales de salud y de servicios sociales sobre esta temática (aprendizaje mutuo).

4.5.5. Calidad de la atención prestada por los servicios sanitarios

- Reforzar los recursos y ampliar y mejorar la estabilidad de la plantilla para que se puedan ofrecer profesionales de referencia estables, mayor tiempo en consulta, sesiones psicoterapéuticas con la frecuencia necesaria y citas periódicas para un adecuado seguimiento de la enfermedad mental. Especialmente necesario es en su opinión, el aumento de profesionales de trabajo social, psicología y el desarrollo de recursos especializados para casos de especial dificultad. Asimismo, se señala la importancia de reforzar la formación del personal

sanitario y los recursos de salud mental infantil y abordar el problema del alta de jóvenes atendidos en infantil como las personas con trastorno mental con trastornos del espectro autista (más tiempo de seguimiento en la juventud o programas de desensibilización progresiva).

- Proporcionar formación, mejor conjunta, a profesionales y personas con enfermedad mental sobre el modelo de recuperación de las personas con enfermedad mental, y generar herramientas que motiven la orientación de la práctica profesional hacia el proceso de recuperación y a la implicación de personas con trastorno mental y familiares en el proceso de atención (especialmente importante en el caso de menores).
- Formación a otros perfiles de profesionales sanitarios (no necesariamente especialistas en psicología clínica o psiquiatría) para realizar intervenciones menos especializadas.
- Continuar mejorando la coordinación intersectorial con agentes comunitarios (Educación, Servicios sociales) y otros agentes implicados en la atención de personas con enfermedad mental, especialmente en casos de morbilidad asociada (Centros de atención a drogodependencias....) o necesidades especiales (Centros de atención temprana, residenciales, de día...), con fórmulas como redes a través de INTERNET, redes en zonas de proximidad, atención de casos, terapias conjuntas, etc. El colectivo profesional de salud mental menciona la importancia de mejorar la atención integral a personas con trastorno mental grave, con instrumentos como las comisiones intersectoriales o con programas de formación conjuntos con personal de Servicios sociales (especializados y comunitarios) y con instrumentos de valoración de la dependencia en este colectivo que recojan la información que les pueden ofrecer desde salud mental.
- Mejorar el funcionamiento de los servicios con elementos como: a) cartera de servicios de salud mental, b) definir áreas de actuación prioritarias y filtros de derivación para priorizar la atención a las personas más graves, d) elaborar un protocolo de atención urgente homogéneo en toda la comunidad.

4.5.6. Calidad de la atención prestada por los servicios sociales

- Mejora en la formación del colectivo profesional de los Servicios sociales, en general, sobre enfermedad mental, estigma, filosofía de prestación de apoyos centrados en la persona, modelo de calidad de vida en la discapacidad, el trabajo conjunto con las familias, con especial

énfasis en el personal de algunos Servicios sociales como la ayuda domiciliaria o los centros de protección de menores.

- Aumentar el número de recursos sociales y humanos, a través de una mayor concesión presupuestaria, para ampliar la concesión de ayudas de la Ley de Dependencia, fortalecer los recursos ya existentes y desarrollar nuevas tipologías de servicios, más flexibles basadas en el uso de la comunidad y centradas en la persona. Se plantea fortalecer los servicios ofertados por el movimiento asociativo de personas con trastorno mental y familiares, o en el caso de los profesionales de salud mental, una oferta mayor de Servicios sociales de FAISEM (atención domiciliaria especializada...).
- Mejora de procesos de atención: Mayor concreción en los protocolos de intervención y desarrollo de un sistema de evaluación de la calidad de las intervenciones. Revisar el proceso de concesión de ayudas a la dependencia, reduciendo su burocratización y permitiendo que la valoración tenga en consideración información específica de salud mental.
- Establecer e implantar protocolos u otras fórmulas de actuación conjunta y seguimiento de casos compartidos entre Servicios sociales y sanitarios que garanticen la continuidad de la atención. Especial importancia tienen las acciones, sobre todo en jóvenes con trastorno mental, para el acceso al mundo laboral donde se hacen necesarias intervenciones de salud mental con agentes de orientación laboral y de empleo.

4.5.7. Erradicación del estigma y vulneración de derechos de las personas con enfermedad mental

- Continuar y ampliar las acciones contra el estigma de la enfermedad mental: Continuar celebrando el día de la Salud Mental. Realizar campañas de sensibilización destinadas al público en general, alejadas del paternalismo con imágenes impactantes o historias reales de recuperación de personas con enfermedad mental, aprovechado lugares frecuentados y accesibles. Los valores a trabajar son el respeto, la igualdad y la empatía. Realizar campañas específicas o integrar contenidos en el currículo educativo sobre diversidad funcional en todos los niveles formativos. Formar a los medios de comunicación sobre estigma y abordaje de la temática de la enfermedad mental.
- Empoderar a las personas con enfermedad mental y a su entorno más cercano a través del fortalecimiento del movimiento asociativo o el aumento de los recursos y funciones de las entidades tutelares. La formación en obligaciones y derechos (incluida su participación en su propio plan de tratamiento) de estas personas son también una herramienta útil.

- Luchar contra la discriminación a través de medidas que faciliten su participación en actividades sociales (educativas, deportivas, culturales, etc.) y laborales (vigilancia del cumplimiento de las leyes vigentes) y la mejora de su sintomatología (con una atención sanitaria eficaz).
- En infancia, se plantea, aparte de la necesidad de apoyos a la integración educativa, sanciones a personas que falten el respeto a niños con enfermedad mental y promover las familias de acogida para menores con enfermedad mental.

4.5.8. Lucha contra las desigualdades en salud

- Formación a cualquier tipo de profesional que pueda trabajar con personas con enfermedad mental contra el estigma y las desigualdades en salud que afectan a este colectivo.
- Aumentar los recursos públicos y privados de calidad, evaluando la eficacia de los servicios, gestionando apoyos económicos para los que se muestre eficaces y facilitando el acceso de cualquier persona con enfermedad mental a estos servicios independientemente de su nivel social. El acceso a los servicios es también clave en el discurso del colectivo de profesionales de atención a la salud mental.
- Aumentar la accesibilidad a los servicios de salud mental: a) a personas con enfermedad mental en general: mediante referentes sanitarios y sociales que faciliten una coordinación eficaz entre distintos agentes intervinientes y que reduzca la burocracia b) a personas con enfermedad mental o con síntomas de padecerla que viven en riesgo de exclusión social, con fórmulas como consultas abiertas y especializadas o equipos que trabajen en medio abierto en los entornos más desfavorecidos..., especialmente en la intervención con menores en protección.
- Realizar estudios sobre cómo afectan las desigualdades en salud a las personas con enfermedad mental en función de su posición social (condición social, etárea, sexo, nivel educativo) y sus habilidades y recursos personales.
- Acciones y políticas para reducir las desigualdades sociales en general: acceso a la educación, jubilaciones dignas, acceso a recursos económicos suficientes, acceso al empleo...

4.5.9. Participación de la ciudadanía en todo lo relacionado con su salud mental y bienestar emocional

- Realizar acciones para luchar contra el estigma y empoderar a las personas con enfermedad mental para participar en todo lo relacionado con su salud mental. El empoderamiento debe basarse en acciones que fomenten su autonomía e independencia (ingresos económicos suficientes, incluidos en el mundo laboral...) y con la participación plena en la sociedad (actividades culturales, medioambientales...).
- Promoción de la participación a nivel general (campañas de sensibilización sobre la importancia de la participación e información sobre los cauces de participación existentes) y de las personas con enfermedad mental, en particular (campaña de sensibilización y recogida de opiniones “tu opinión importa”), de nuevo se insiste en acciones formativas conjuntas de profesionales y personas afectadas y si es posible lideradas u organizadas por personas con trastorno mental y familiares.
- Fortalecer el movimiento asociativo de personas usuarias y familiares. Coordinar macro y micro entre los servicios sanitarios y sociales y el movimiento asociativo con reuniones periódicas donde se tenga en cuenta realmente sus opiniones y se ofrezca información asequible sobre actuaciones a realizar. Apoyar en especial a las asociaciones de personas con trastornos crónicos y de gravedad (TDAH...). Trabajar con ellos en acciones concretas.
- Hacer los cauces de participación más efectivos: a) mejorando los cauces: definir el concepto de participación social, usar metodologías más participativas y abrir espacios de participación en las reuniones –aún muy informativas-, afianzamiento de las comisiones de participación ciudadana a nivel hospitalario, comarcal y provincial e incorporación de representantes de la ciudadanía –no sólo personas afectadas-, personas menores, etc. b) buscando canales nuevos (recogida de sugerencias en los servicios, Web donde se pueda opinar).

ANEXO I: ÍNDICE DE FIGURAS Y GRÁFICOS

Gráfico 1. Pirámides de edad de la población andaluza, 2008-2013.	4
Gráfico 2. Evolución del porcentaje de población extranjera respecto al global de Andalucía, 2008-2013.	6
Gráfico 3. Evolución de personas inmigrantes por sexo, según la BDU, 2007-2013.	7
Figura 1. Cinco caminos hacia el bienestar mental	11
Gráfico 4. Hombres con depresión, ansiedad u otros trastornos mentales en los últimos 12 meses según CCAA. España, 2012.	29
Gráfico 5. Mujeres con depresión, ansiedad u otros trastornos mentales en los últimos 12 meses según CCAA. España, 2012.	30
Gráfico 6. Hombres en riesgo de mala salud mental según CCAA. España, 2012.	31
Gráfico 7. Mujeres en riesgo de mala salud mental según CCAA. España, 2012.	32
Gráfico 8. Riesgo de mala salud mental en personas adultas según grupos de edad y sexo. Andalucía, 2012.	33
Gráfico 9. Riesgo de mala salud mental en personas adultas según estado civil y sexo. Andalucía, 2012.	34
Gráfico 10. Riesgo de mala salud mental en personas adultas según nivel de estudios y sexo. Andalucía, 2012.	34
Gráfico 11. Riesgo de mala salud mental en personas adultas según situación laboral y sexo. Andalucía, 2012.	35
Gráfico 12. Riesgo de mala salud mental en personas adultas según clase social y sexo. Andalucía, 2012.	36
Gráfico 13. Niños en riesgo de mala salud mental según CCAA. España, 2012.	37
Gráfico 14. Niñas en riesgo de mala salud mental según CCAA. España, 2012.	37
Gráfico 15. Menores en riesgo de mala salud mental según sexo y tipo de problema. Andalucía, 2012.	38
Gráfico 16. Calidad de vida relacionada con la salud en chicos de 8 a 14 años según CCAA. España, 2012.	39
Gráfico 17. Calidad de vida relacionada con la salud en chicas de 8 a 14 años según CCAA. España, 2012.	39
Gráfico 18. Calidad de vida relacionada con la salud. Porcentaje de niños y niñas de 8-14 años según rango de valoración. Andalucía, 2012.	40
Gráfico 19. Suicidios según grupo de edad y sexo. Tasas por 100.000 habitantes. Andalucía, 2012.	52
Gráfico 20. Suicidios en hombres. Tasa ajustada por 100.000 habitantes según CCAA. España, 2012.	53
Gráfico 21. Suicidios en mujeres. Tasa ajustada por 100.000 habitantes según CCAA. España, 2012.	53
Gráfico 22. Evolución de las tasas ajustadas de suicidios por 100.000 habitantes y sexo. Andalucía y España, 2002-2012.	55
Gráfico 23. Altas hospitalarias por intento de suicidio por 100.000 habitantes. SSPA, 2008-2013.	56
Gráfico 24. Urgencias hospitalarias por intento de suicidio según edad y sexo. SAS, 2013.	57

Gráfico 25. Urgencias hospitalarias por intento de suicidio según tipo de alta. SAS, 2013. _____	57
Gráfico 26. Duración media de las bajas por trastorno mental según provincia. SSPA, 2013. _____	60
Gráfico 27. Personas sin hogar con alguna enfermedad grave o crónica por tipo de enfermedad y sexo. España, 2012. _	66
Gráfico 28. Distribución de los dictámenes de valoración. Tasa por 100 habitantes según CCAA, 2013. _____	70
Gráfico 29. Distribución de las solicitudes y de dictámenes de valoración. Tasa por 100 habitantes. Provincias de Andalucía, 2013. _____	71
Gráfico 30. Distribución de las resoluciones de valoración según grado. Andalucía, 2013. _____	72
Gráfico 31. Distribución de las resoluciones de valoración según grado y sexo. Andalucía, 2013. _____	72
Gráfico 32. Distribución de personas con discapacidad según tipo de primera deficiencia que concurre. España, 2013 _	76
Gráfico 33. Número y tasa de menores bajo tutela de la administración pública. Andalucía, 2008-2013. _____	80
Gráfico 34. Número y tasa de menores en acogimiento residencial. Andalucía, 2008-2013. _____	81
Gráfico 35. Tasa de menores en acogimiento residencial según provincia. Andalucía, 2013. _____	81
Gráfico 36. Número y tasa de menores en acogimiento familiar. Andalucía, 2009-2013. _____	82
Gráfico 37. Tasa de menores en acogimiento familiar según provincia. Andalucía, 2013. _____	83
Gráfico 38. Diagnósticos de menores en acogimiento residencial con graves trastornos de conducta. Andalucía, 2011. _____	85
Gráfico 39. Notificaciones de maltrato infantil registradas en el sistema RUMI por tipo. Andalucía, 2012. _____	86
Gráfico 40. Notificaciones de maltrato infantil registradas en el sistema RUMI por tipo según sexo. Andalucía, 2012. _	87
Gráfico 41. Notificaciones a través del teléfono de notificación de maltrato infantil por tipo. Andalucía, 2012. _____	88
Gráfico 42. Tasa de riesgo de pobreza. Andalucía y España, 2008-2012. _____	89
Gráfico 43. Hogares que no pueden llegar a fin de mes por tipo. Andalucía y España, 2012. _____	89
Gráfico 44. Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (estrategia Europa 2020). Andalucía y España, 2012. _____	90
Gráfico 45. Tasa de riesgo de pobreza antes y después de transferencias sociales. Andalucía, 2008-2012. _____	91
Gráfico 46. Alumnado del 2º ciclo de educación infantil y primaria con necesidades educativas especiales. Andalucía, Curso 2013-2013. _____	94
Gráfico 47. Alumnado del 2º ciclo de educación infantil y primaria con necesidades educativas especiales en integración y en aulas específicas. Andalucía, Curso 2012-2013. _____	95
Gráfico 48. Alumnado de ESO y Bachillerato con necesidades educativas especiales en integración. Andalucía, Curso 2012-2013. _____	96
Gráfico 49. Alumnado de ESO y Bachillerato con necesidades educativas especiales en integración y en aulas específicas. Andalucía, Curso 2012-2013. _____	97

Gráfico 50. Alumnado con necesidades educativas especiales por tipo de necesidad en centros específicos de educación especial. Andalucía, Curso 2012-2013. _____	98
Gráfico 51. Tipo de maltrato por sexo. Proyecto PISMA-ep 2013. Andalucía. _____	101
Gráfico 52. Riesgo de suicidio, trastorno del estado del ánimo* o cualquier trastorno mental según existencia de maltrato por sexo. Proyecto PISMA-ep 2013. Andalucía. _____	102
Gráfico 53. Probabilidad de riesgo de suicidio, trastorno del ánimo* o cualquier trastorno mental según existencia de malos tratos y sexo. Proyecto PISMA-ep 2013. Andalucía. _____	103
Gráfico 54. Variación en las derivaciones desde atención primaria a las USMC por distrito. SSPA, 2008-2013. _____	105
Gráfico 55. Derivaciones desde atención primaria a las USMC. Tasa por 1.000 habitantes. SSPA, 2013. _____	106
Gráfico 56. Personas atendidas en las USMC según grupo de edad y sexo. SSPA, 2013. _____	107
Gráfico 57. Distribución de las personas atendidas por trastorno mental por provincias. Tasas por 1.000 habitantes. SSPA, 2013. _____	108
Gráfico 58. Personas atendidas en las USMC según grupo diagnóstico. SSPA, 2013. _____	110
Gráfico 59. Tasa de personas atendidas en las USMC por 100.000 habitantes según grupo diagnóstico. SSPA, 2013. ____	111
Gráfico 60. Personas atendidas en las USMC según grupo diagnóstico y sexo. SSPA, 2013. _____	112
Gráfico 61. Consultas realizadas por personal facultativo en las USMC por persona y año según grupo diagnóstico. SSPA, 2013. _____	113
Gráfico 62. Personas con ansiedad, depresión y somatizaciones atendidas en las USMC según grupo de edad y sexo. SSPA, 2013. _____	115
Gráfico 63. Personas con trastorno mental grave atendidas en las USMC según grupo de edad y sexo. SSPA, 2013. ____	116
Gráfico 64. Personas con trastornos de la conducta alimentaria atendidas en las USMC según grupo de edad y sexo. SSPA, 2013. _____	117
Gráfico 65. Personas con trastornos por déficit de atención e hiperactividad atendidas en las USMC según grupo de edad y sexo. SSPA 2013. _____	118
Gráfico 66. Personas atendidas en las USMIJ según grupo de edad y sexo. SSPA, 2013. _____	119
Gráfico 67. Personas atendidas en las USMIJ según grupo diagnóstico. SSPA, 2013. _____	120
Gráfico 68. Tasa de personas atendidas en las USMIJ por 100.000 menores de 18 años según grupo diagnóstico. SSPA, 2013. _____	121
Gráfico 69. Personas atendidas en las USMIJ según grupo diagnóstico y sexo. SSPA, 2013. _____	122
Gráfico 70. Personas atendidas en las USMIJ por trastornos de la infancia y adolescencia según tipo de trastorno. SSPA, 2013. _____	123

Gráfico 71. Consultas realizadas por personal facultativo en las USMIJ por persona y año según grupo diagnóstico. SSPA, 2013.	124
Gráfico 72. Personas con trastornos por déficit de atención e hiperactividad atendidas en las USMIJ según grupo de edad y sexo. SSPA, 2013.	126
Gráfico 73. Personas con trastornos generalizados del desarrollo atendidas en las USMIJ según grupo de edad y sexo. SSPA, 2013.	127
Gráfico 74. Personas con trastornos de la conducta alimentaria atendidas en las USMIJ según grupo de edad y sexo. SSPA, 2013.	128
Gráfico 75. Distribución de las altas por trastorno mental por provincias. Tasas por 1.000 habitantes. SSPA, 2013.	129
Gráfico 76. Altas hospitalarias por trastorno mental según GRD por sexo y grupos de edad. SSPA, 2013.	131
Gráfico 77. Porcentaje de reingresos por trastorno mental según hospital. SSPA, 2013.	132
Gráfico 78. Evolución del porcentaje de reingresos por trastorno mental. SSPA, 2008-2013.	133
Gráfico 79. Urgencias atendidas por trastorno mental según grupo de edad y sexo. SAS, 2013.	136
Gráfico 80. Urgencias atendidas por trastorno mental según grupo CCS. SAS, 2013.	137
Gráfico 81. Urgencias atendidas por trastorno mental según tipo de alta. SAS, 2013.	138
Gráfico 82. Distribución del número de envases según tipo de psicofármaco. SSPA, 2013.	140
Gráfico 83. Evolución de las Dosis Diarias Definidas por Habitante y Día (DHD). Tasas por 1.000 habitantes. SSPA, 2008-2013.	142
Gráfico 84. Evolución del número de envases por 1.000 habitantes según tipo de psicofármaco. SSPA y España, 2013.	143
Gráfico 85. Consumo de ansiolíticos, antidepresivos, hipnóticos y sedantes. Internacional, España y Andalucía, 2012.	144
Gráfico 86. Menores de 6 años atendidos en los CAIT por trastorno del espectro autista según grupo de edad y sexo, SSPA, 2013.	148
Gráfico 87. Menores de 6 años atendidos en los CAIT por trastorno del espectro autista según provincia. SSPA, 2013.	149
Gráfico 88. Menores de 6 años atendidos en los CAIT por trastorno del espectro autista según grupo diagnóstico. SSPA, 2013.	150
Figura 2. Riesgo de mala salud mental según sexo, país de nacimiento y años de residencia. Datos a nivel nacional. ENS 2006 y 2012. Porcentajes estandarizados por edad.	153
Gráfico 89. Hombres procedentes de Andalucía, internados, nuevos y de alta en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, 2008-2013.	155
Gráfico 90. Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas u otras adicciones en Centros de Tratamiento Ambulatorio, 2008-2013.	157
Gráfico 91. Distribución de los recursos humanos según categoría profesional. SSPA, 2013.	168

Gráfico 92. Distribución de los recursos humanos según dispositivo. SSPA, 2013. _____	169
Gráfico 93. Plazas del programa residencial según provincia. Tasas por 100.000 habitantes. Andalucía, 2013. _____	177
Gráfico 94. Actividad del programa del empleo según provincia. Tasas por 100.000 habitantes. Andalucía, 2013. _____	179
Gráfico 95. Plazas de los Centros de Día por provincia. Tasas por 100.000 habitantes. Andalucía, 2013. _____	180
Gráfico 96. Plazas de los Talleres Ocupacionales por provincia. Tasas por 100.000 habitantes. Andalucía, 2013. _____	181
Gráfico 97. Plazas del programa de vacaciones por provincia. Tasas por 100.000 habitantes. Andalucía, 2013. _____	182
Gráfico 98. Distribución de los recursos humanos según clasificación profesional y sexo. Andalucía, 2013. _____	184
Figura 3. Recursos intersectoriales destinados a la salud mental para la infancia y adolescencia en Andalucía. _____	188
Gráfico 99. Distribución por ámbitos del número de personas con respuestas efectivas en cada panel o grupo de personas entrevistadas. _____	196
Gráfico 100. Promedio de puntuaciones por ámbitos del número de personas con respuestas efectivas en cada panel o grupo de personas entrevistadas. _____	196

ANEXO II: ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Evolución de la población por UGC-SM. SSPA, 2008-2013.	5
Tabla 2. Prevalencia de enfermedad mental en la población general entre 15 y 65 años según países y tipo de estudio. Europa.	42
Tabla 3. Características generales de la muestra. Estudio PISMA-ep. Andalucía.	46
Tabla 4. Prevalencia punto estimada de trastornos mentales. Estudio PISMA-ep. Andalucía.	47
Tabla 5. Factores de riesgo. Estudio PISMA-ep. Andalucía.	48
Tabla 6. Prevalencia-año de esquizofrenia y trastornos afines del área de referencia del Hospital Regional de Málaga según sexo, área urbana o rural y zona socioeconómica deprimida, 2008.	50
Tabla 7. Bajas por trastorno mental, duración media y tasas por 1.000 habitantes activos según Distrito. SSPA, 2013.	59
Tabla 8. Bajas por Ansiedad, Depresión y Somatizaciones, duración media y tasas por 1.000 habitantes activos según Distrito. SSPA, 2013.	61
Tabla 9. Principales estudios a nivel nacional e internacional sobre la prevalencia de los trastornos mentales en prisiones en los últimos años.	64
Tabla 10. Personas sin hogar con trastorno mental grave el Programa de Intervención en Salud Mental y Exclusión Social. Málaga, 2012.	68
Tabla 11. Prestaciones del Programa Individual de Atención según tipología y sexo. Andalucía, 2014.	73
Tabla 12. Número de dispositivos y plazas concertadas con la ASSDA para personas mayores. Andalucía, 2014.	74
Tabla 13. Número de dispositivos y plazas concertadas con la ASSDA para personas con discapacidad. Andalucía, 2014.	76
Tabla 14. Plazas de atención residencial concertadas por la ASSDA para personas con discapacidad según tipología. Andalucía, 2014.	77
Tabla 15. Plazas de atención diurna concertadas por la ASSDA para personas con discapacidad según tipología. Andalucía, 2014.	77
Tabla 16. Población escolarizada y porcentaje de alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo, ciclo educativo y sexo. Andalucía, Curso 2012-2013.	92
Tabla 17. Alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo por tipo de necesidad, ciclo educativo y sexo. Andalucía, Curso 2012-2013.	93
Tabla 18. Derivaciones desde atención primaria a las USMC por distrito. SSPA, 2008-2013.	104
Tabla 19. Personas atendidas en las USMC según grupo diagnóstico. SSPA, 2013.	109
Tabla 20. Evolución de pacientes y consultas. USMC. SSPA, 2008-2013.	114
Tabla 21. Personas atendidas en las USMIJ según grupo diagnóstico. SSPA, 2013.	119

Tabla 22. Evolución de pacientes y consultas. USMIJ. SSPA, 2008-2013.	125
Tabla 23. Evolución del número de altas por trastorno mental en relación al total de altas. SSPA, 2008-2013.	128
Tabla 24. Distribución de las altas por trastorno mental según sexo. SSPA, 2008-2013.	129
Tabla 25. Altas hospitalarias por enfermedad mental según GRD. Mayores de 18 años. SSPA, 2008-2013.	130
Tabla 26. Altas hospitalarias por enfermedad mental según GRD. Menores de 18 años. SSPA, 2008-2013.	131
Tabla 27. Actividad media anual en las Comunidades terapéuticas. SSPA, 2008-2013.	134
Tabla 28. Actividad media anual de los Hospitales de Día de Salud Mental. SSPA, 2008-2013.	135
Tabla 29. Actividad media anual de las Unidades de Rehabilitación de Salud Mental. SSPA, 2008-2013.	135
Tabla 30. Urgencias atendidas por trastorno mental según grupo CCS. SAS, 2013.	136
Tabla 31. Urgencias atendidas por trastorno mental según tipo de alta. SAS, 2013.	138
Tabla 32. Total de envases, Dosis Diaria Definida (DDD) y Dosis Diaria Definida por Habitante y Día (DHD). SSPA, 2008-2013.	141
Tabla 33. Total de envases por 1.000 habitantes. España, 2009-2013.	142
Tabla 34. Menores de 6 años atendidos en los CAIT por trastorno del espectro autista según grupo diagnóstico, SSPA, 2013.	149
Tabla 35. Menores de 6 años con trastorno del espectro autista dados de alta en los CAIT según motivo. SSPA, 2013.	150
Tabla 36. Factores de riesgo y trastornos disfuncionales del desarrollo en menores de 6 años con trastorno de espectro autista. SSPA, julio 2011-junio 2014	151
Tabla 37. Hombres internados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla según procedencia, 2008-2013.	154
Tabla 38. Hombres dados de alta en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla según destino al alta, 2008-2013.	155
Tabla 39. Trastornos mentales en personas ingresadas en comunidades terapéuticas, 2013.	159
Tabla 40. Números de proyectos de investigación relacionados con la salud mental financiados por la Junta de Andalucía, 2008-2013.	160
Tabla 41. Número de grupos de investigación y desarrollo tecnológico relacionados con la salud mental acreditados por la Junta de Andalucía, 2014.	161
Tabla 42. Evolución de los recursos sanitarios especializados para la atención a la salud mental, SSPA, 2008-2013.	165
Tabla 43. Recursos sanitarios especializados para la atención a la salud mental según provincia. SSPA, 2013.	166
Tabla 44. Recursos sanitarios especializados para la atención a la salud mental según provincia. Tasa por 100.000 habitantes. SSPA, 2013.	166
Tabla 45. Distribución de los recursos humanos según categoría profesional y tipo de dispositivo. SSPA, 2013.	167
Tabla 46. Evolución de los recursos humanos según categoría profesional. SSPA, 2008-2013.	169

Tabla 47. Recursos sanitarios especializados para la atención a la salud mental por UGC-SM. SSPA, 2013. _____	170
Tabla 48. Recursos humanos para la atención especializada a la salud mental por UGC-SM. SSPA, 2013. _____	171
Tabla 49. Evolución de los dispositivos y plazas de los distintos programas de FAISEM. Andalucía, 2008-2013. _____	174
Tabla 50. Evolución de las tasas de plazas por 100.000 habitantes de los distintos programas de FAISEM. Andalucía, 2008-2013. _____	175
Tabla 51. Plazas del programa residencial según provincia. Andalucía, 2013. _____	176
Tabla 52. Actividad del programa del empleo según provincia. Andalucía, 2013. _____	178
Tabla 53. Plazas y datos de asistencia de los Centros de Día según provincia. Andalucía, 2013. _____	180
Tabla 54. Plazas y datos de asistencia de los Talleres Ocupacionales según provincia. Andalucía, 2013. _____	181
Tabla 55. Centros y plazas del programa de relaciones sociales según provincia. Andalucía, 2013. _____	182
Tabla 56. Personas atendidas en las distintas fundaciones tutelares participadas por FAISEM según tipo de atención y discapacidad. Andalucía, 2013. _____	183
Tabla 57. Evolución del nº de trabajadores de FAISEM desde comienzo II PISMA por sexo. Andalucía, 2008-2013. _____	184
Tabla 58. Red andaluza de asociaciones de apoyo mutuo en salud mental. _____	185
Tabla 59. Población seleccionada y muestreada. Tasas de respuesta. _____	195

ANEXO III: 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.	T. Esquizofrénicos e ideas delirantes

CIE-10	DESCRIPCIÓN	ABREVIATURA
	F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos. F29 Psicosis no orgánica sin especificación.	
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 somatomorfos: 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) F45 Trastornos somatomorfos. F48 Otros trastornos neuróticos.	T. 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.	Retraso mental

CIE-10	DESCRIPCIÓN	ABREVIATURA
	F79 Retraso mental sin especificación.	
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

ABREVIATURAS

- **ADS:** Ansiedad, Depresión y Somatizaciones.
- **AGS:** Área de Gestión Sanitaria.
- **ASM:** Activos para la Salud Mental.
- **ASSDA:** Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.
- **AVE:** Acontecimiento Vital Estresante.
- **BDU:** Base de Datos de Usuarios.
- **CAIT:** Centros de Atención Infantil Temprana.
- **CCAA:** Comunidades Autónomas.
- **CCS:** Clinical Classification Software - Agency for Healthcare Research and Quality.
- **CEE:** Centro Especial de Empleo.
- **CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión.
- **CMBD:** Conjunto Mínimo Básico de Datos.
- **CTSM:** Comunidad Terapéutica de Salud Mental.
- **DDD:** Dosis Diaria Definida.
- **DHD:** Dosis Diaria Definida por Habitante y Día.
- **DSAP:** Distrito Sanitario de Atención Primaria.
- **DSM-IV:** Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV.
- **EAS:** Encuesta Andaluza de Salud.
- **EASP:** Escuela Andaluza de Salud Pública.
- **ENS:** Encuesta Nacional de Salud.
- **ESO:** Educación Secundaria Obligatoria.
- **FAHYDA:** Federación Andaluza de Asociaciones de Padres y Personas con Trastornos de déficit de Atención e Hiperactividad.
- **FAISEM:** Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental.
- **FEAFES:** Federación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental.
- **FPE:** Formación profesional para el empleo.
- **GHQ:** General Health Questionnaire.
- **GRD:** Grupos Relacionados con el Diagnóstico.
- **HDSM:** Hospital de Día de Salud Mental.

- **HPP:** Hospital Psiquiátrico Penitenciario.
- **IC:** Intervalos de Confianza.
- **INE:** Instituto Nacional de Estadística.
- **IP:** Incapacidad (Laboral) Permanente
- **MCVL:** Muestra Continua de Vidas Laborales.
- **NEAE:** Necesidades Específicas de Apoyo Educativo.
- **NEE:** Necesidades Educativas Especiales.
- **OCDE/OECD:** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
- **ODAT:** Organización Diagnóstica de Atención Temprana.
- **OIA:** Observatorio de la Infancia de Andalucía.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **OPAM:** Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones.
- **OR:** Odds Ratio.
- **PAI:** Proceso Asistencial Integrado.
- **PASMIA:** Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia.
- **PIA:** Programa Individual de Atención
- **PISMA:** Plan Integral de Salud Mental de Andalucía.
- **PISMES:** Programa de Intervención en Salud Mental y Exclusión Social.
- **PSH:** Personas Sin Hogar.
- **PSM:** Programa de Salud Mental.
- **RESMA:** Registro de Casos de Esquizofrenia y Trastornos Afines de Málaga.
- **RUMI:** Registro Unificado de Maltrato Infantil
- **SAAD:** Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
- **SAS:** Servicio Andaluz de Salud.
- **SESPAS:** Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.
- **SF-12:** Short Form 12 Health Survey.
- **SIMIA:** Sistema de Información Específico Sobre Maltrato Infantil.
- **SIPASDA:** Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.
- **SISMA:** Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.
- **SOAE:** Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo.
- **SSPA:** Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- **TCA:** Trastornos de la Conducta Alimentaria.

- **TDH:** Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad.
- **TEA:** Trastornos del Espectro Autista.
- **TGD:** Trastornos Generalizados del Desarrollo.
- **TLP:** Trastorno Límite de la Personalidad.
- **TMG:** Trastorno Mental Grave.
- **TP:** Trastornos de la Personalidad.
- **UGC-SM:** Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental.
- **UHSM:** Unidad de Hospitalización de Salud Mental.
- **URSM:** Unidad de Rehabilitación de Salud Mental.
- **USMC:** Unidad de Salud Mental Comunitaria.
- **USMIJ:** Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- **ZNTS:** Zonas con Necesidades de Transformación Social.

REFERENCIAS

- 1 Instituto Nacional de Estadística. Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2013. Datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia.
- 2 Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Estadísticas sobre población extranjera.
- 3 Observatorio Permanente Andaluz de Migraciones. Consejería de Justicia e Interior de la Junta de Andalucía. Informe anual Andalucía e inmigración 2012. Sevilla; 2013.
- 4 Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass;1987.
- 5 Foresight Programme. Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Final Project report. London: The Government Office for Science; 2008.
- 6 Power A K. Transforming the Nation's Health: next steps in mental health promotion. American journal of public health; 2010, 100 (12): 2343-46.
- 7 Botello BR, Hernán M. Opiniones de los jóvenes sobre la salud mental en Huelva según el modelo de activos. Gaceta Sanitaria. 2009;33.96.
- 8 Benson PL, Scales PC, Hamilton SF, Sesman A. Positive youth development: Theory, research and applications. En: Lerner RM (Ed.). Theoretical models of human development. Volume 1 of Handbook of Child Psychology (6th ed., pp. 894-941). NJ: Wiley; 2006.
- 9 Hernán M, Mena AL, Lineros C, Botello B, García-Cubillana P, Huertas A (Eds). Activos para la salud y promoción de la salud mental. Experiencia formativa. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2013.
- 10 Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal; 1993, 16: 11-23.
- 11 Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promotion & Education; 2007, Suppl 2: 17-22.
- 12 Hernán M, Lineros C. Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales. Rev FUNDESFAM; 2010, 2, 2.
- 13 Lindstrom B, Eriksson M. Contextualising salutogenesis and Antonovsky in public health development. Health Promotion International; 2006, 21(3): 238-44.
- 14 Anotonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International; 1996, 11: 11-8.
- 15 Seligman M, Csikszentmihalyi M. Positive Psychology: An Introduction. American Psychologist; 2000, 55:5-14.
- 16 Luthar SS. Resilience in development: A synthesis of research across five decades. En Cicchetti D, Cohen DJ (Eds.). Developmental Psychopathology: Risk, disorder, and adaptation (2ª edition, Vol. 3, pp. 739-795). Nueva York: Wiley; 2006.
- 17 Oliva A, Hernando A, Parra A, Pertegal MA, Ríos M, Antolín L. La promoción del desarrollo adolescente. Recursos y estrategias de intervención. Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2008.
- 18 Albee GW. A competency model to replace the defect model. En: Gibbs MS, Lachenmeyer JR, Sigal J. Community Psychology. Nueva York: Gardner Press; 1980.
- 19 Andrew Collins W, Alan Sroufe L. Capacity for Intimate Relationships: A Developmental Construction. En: Furman W, Brown B B, Feiring C (Eds.). The development of romantic relationships in adolescence (pp. 25-147). New York: Cambridge University Press; 1999.
- 20 Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012. Sevilla. 2008.
- 21 Herrman H, Saxena S, Moodie R (Eds). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Report of the WHO. Departament of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. World Health Organization; 2005.

- 22 World Health Organization. Mental health: facing the challenges, building solutions Report from the WHO European Ministerial Conference. Helsinki; 2005.
- 23 Jacobson N, Greenley D. What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*; 2001, 52 (4): 482-5.
- 24 Shepherd G, Boardman J, Slade M. Making Recovery a Reality. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2008 (Traducción: Hacer de la recuperación una realidad. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2008).
- 25 Escudero C, García B, Hernández M, Lalucat L, Sánchez V, Teixidó M, Villegas F. Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Cuadernos Técnicos nº 8). Madrid: AEN; 2007.
- 26 Gostin LO. Beyond moral claims. A human rights approach to mental health. Special section: keeping human rights on the bioethics agenda. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*; 2001, 10: 264-74.
- 27 Pelletier JF, Fortin D, Laporta M, Pomey MP, Roelandt JL, Gue'zennec P, Murray M, DiLeo P, Davidson L, Rowe M. The Global Model of Public Mental Health through the WHO Quality Rights project. *Journal of Public Mental Health*; 2013, 12(4): 212-23.
- 28 Knifton L. Recovery, public health and health promotion. Scottish Recovery Network news. Disponible en: <http://www.scottishrecovery.net/Latest-News/recovery-public-health-and-health-promotion.html>.
- 29 Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. IV Plan Andaluz de Salud. Sevilla. 2013.
- 30 Jané-Llopis E, Anderson P. Marco político para la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. En: Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. *Mental Health Policy and Practice across Europe* (pp. 209-234); World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2007.
- 31 Jané-Llopis E, Anderson P. *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe*. Nijmegen: Radboud University Nijmegen; 2005.
- 32 Global Anti-Stigma Alliance. Disponible en: <http://www.time-to-change.org.uk/globalalliance>.
- 33 Estrategia andaluza contra el estigma de la enfermedad mental "1decada4". Disponible en: <http://www.1decada4.es>.
- 34 López M et al. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*; 2008, 28, 101:43-83.
- 35 Corrigan P, et al. Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv*; 2003, 54, 8:1.105-10.
- 36 Elbogen EB, Van Dorn RA et al. Treatment engagement and violence risk in mental disorders. *British Journal of Psychiatry*; 2006, 189(4), 354-360.
- 37 Mena AL, Bono A et al. Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2010, 30 (108): 597-611.
- 38 Mena Jimenez A. (8 de septiembre de 2009). *Enfermedad mental: presunta culpable*. IDEAL.
- 39 ONU. *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)*. Nueva York; 2006.
- 40 Palacios, A. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Colección CERMI nº 36. Ediciones Cinca; 2008.
- 41 WHO Europe. *Stigma: A Guidebook for Action*. Published by Health Scotland. 2008.
- 42 European Commission. *Thematic Conference Combating Stigma and Promoting Social Inclusion. Conclusions from the Conference. Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for Better Mental Health and Well-being*. Lisbon; 2010.
- 43 Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med.* 2003 Jan; 56(2):299-312.
- 44 Bono A, Mena AL. Estigma y atención a la salud física de las personas con enfermedad mental. Vídeo. Grupo de Sensibilización sobre la Salud Mental. Plan Integral de Salud Mental. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2011.
- 45 Jones S, Howard L, Thornicroft G. Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatr. Scand.* 2008, 118 (3): 169-71.
- 46 Samele C, Seymour L et al. A formal investigation into health inequalities experienced by people with learning difficulties and people with mental health problems - Area Studies Report. Report to the Disability Rights Commission (DRC). Sainsbury Centre for Mental Health; 2006.

- 47 Saiz J, Bobes JL et al. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(5):251-264.
- 48 Bernardo M, Bobes J. Relevancia del manejo de la comorbilidad en el tratamiento del paciente con esquizofrenia. Consenso Delphi. Sociedad Española de Psiquiatría; 2009.
- 49 Tosh G1, Clifton AV, Xia J, White MM. General physical health advice for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Mar 28.
- 50 Brohan E, Elgie R et al. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe Study. *Schizophrenia Research*; 2010, 122, 232-238.
- 51 Stuart H, Arboleda-Florez J. *Paradigms Lost. Fighting stigma and the lessons learned*. Oxford University Press; 2010.
- 52 Corrigan PW, Morris SB et al. Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*; 2012, 63(10), 963-973.
- 53 Corrigan PW, Roe D, and Tsang HWH. *Challenging the Stigma of Mental Illness. Lessons for Therapists and Advocates*. West Sussex, England: John Wiley and Sons, Ltd; 2011.
- 54 Lefley, HP, Wasow, M. *Helping Families Cope With Mental Illness*. Harwood Academic Publishers; 2013.
- 55 Corrigan PW, Markowitz F et al. Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination. *Schizophrenia Bulletin*; 2004, 30 (3):481-491.
- 56 Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. *Boletín Oficial del Estado*, 21 de abril de 2008, núm. 96, p.20648-20658.
- 57 Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Anteproyecto de Ley de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_9_bienestar_social/ley_personas_discapacidad/anteproyecto_ley_personas_discapacidad.pdf
- 58 Bono A, Matillas B. et al. Derechos humanos y salud mental en Andalucía. Protección de los Derechos Humanos de las personas con trastorno mental en el marco de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad. Plan Integral de Salud Mental. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2012.
- 59 Corrigan PW, Larson J, R  sh N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*. Jun 2009; 8(2): 75–81.
- 60 Sainsbury Centre for Mental Health. *Hacer de la recuperación una realidad*; 2008. Traducción: Servicio Andaluz de salud, 2008.
- 61 Centre for Mental Health. *Implementando la recuperación. Un nuevo marco para el cambio organizativo*; 2009. Traducción: Servicio Andaluz de Salud, 2010.
- 62 Centre for Mental Health. *Implementando la recuperación: Una metodología para el cambio organizativo*; 2010. Traducción: Servicio Andaluz de Salud, 2010.
- 63 Servicio Andaluz de Salud. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Informe de Evaluación Interna. Periodo 2008-2013. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía; 2014 (En prensa).
- 64 Ibáñez V. La perspectiva de los derechos humanos en salud mental. En Ortiz, A. *Hacia una psiquiatría crítica*. Colección salud mental colectiva. Ed. Grupo 5; 2013.
- 65 Fox J. Empowerment and institutional Change: Mapping “Virtuous Circles” of State-Society Interaction. En Alsop, R. *Power, Rights and Poverty: concepts and connections*. Washington, DC: World Bank; 2005.
- 66 Estigma No. Disponible en: <http://www.contraelestigma.es/>.
- 67 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.
- 68 Fryers T, Melzer D, Jenkins R. The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005;1:14–14.

- 69 Laaksonen E, Martikainen P, Lahelma E. Socioeconomic circumstances and common mental disorders among Finnish and British public sector employees: evidence from the Helsinki Health Study and the Whitehall II Study. *Int J Epidemiol*. 2007;36:776–786.
- 70 De Vogli R, Gimeno D. Changes in income inequality and suicide rates after “shock therapy”: evidence from Eastern Europe. *J Epidemiol Commun Health*. 2009;63:956–956.
- 71 Marmot MG, Bell R. How will the financial crisis affect health? *BMJ*. 2009;338:b1314–b1314.
- 72 Solantaus T, Leinonen J, Punamäki RL. Children’s mental health in times of economic recession: replication and extension of the family economic stress model in Finland. *Dev Psychol*. 2004;40:412–429.
- 73 Conger RD, Ge X, Elder GH Jr. Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Dev*. 1994;65():541–561.
- 74 Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategias en Salud Mental del SNS 2006. Madrid. El Ministerio; 2007.
- 75 Eurofound. Third European Quality of Life Survey - Quality of life in Europe: Impacts of the crisis. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2012. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef1264.htm>.
- 76 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.
- 77 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.
- 78 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.
- 79 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.
- 80 Central Statistics Office. Ireland. Report on vital statistics 2009. Dublin: Stationery Office; 2012.
- 81 Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ*. 2012; 345: e5142-e5142.
- 82 Economou M, Madianos M, Theleritis C. Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *Lancet*. 2011; 378: 1459-1459.
- 83 Dooley D, Catalano R, Wilson G. Depression and unemployment: panel findings from the Epidemiologic Catchment Area study. *Am J Commun Psychol*. 1994; 22: 745-765.
- 84 McKee-Ryan F, Song Z, Wanberg CR. Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *J Appl Psychol*. 2005; 90: 53-76.
- 85 Jenkins R, Bhugra D, Bebbington P. Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychol Med*. 2008; 38: 1485-1493.
- 86 Meltzer H, Bebbington P, Brugha T. The relationship between personal debt and specific common mental disorders. *Eur J Public Health*. (In Press).
- 87 Eurofound. Third European Quality of Life Survey – Quality of life in Europe: Impacts of the crisis. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2012.
- 88 Gili M, García Campayo J, Roca M. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014; 28(S1): 104-108.
- 89 Alameda-Palacios J, Ruiz-Ramos M, García-Robredo B. Suicidio, prescripción de antidepresivos y desempleo en Andalucía. *Gac Sanit*. 2014; 28(4): 309-312.
- 90 Gutiérrez Armesto A, Duran Pla E, Pérez Morilla E, Romero Rodríguez E, Mayoral Cortés JM. Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Crónicas: Indicadores de Salud Mental. Sevilla: Servicio de Epidemiología y Salud Laboral. Secretaría General de Salud Pública, Inclusión Social y Calidad de Vida. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2015. (No publicado).
- 91 Bartoll X, Palència L, Malmusi D et al. The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *Eur J Public Health*. 2014 Jun; 24(3):415-8.

- 92 Chiara Samele, Stuart Frew and Norman Urquía. Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and benefits to be Expected from Investments into Mental Health. European profile of prevention and promotion of mental health (EuroPoPP-MH); European Comission, 2013.
- 93 Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*; 2011, 21, 655-679.
- 94 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.
- 95 Cervilla J, Ruiz-Pérez I, Rodríguez-Barranco M, Rivera M, Molina E, Valmisa E et al. Study Protocol and Methods in the Andalusian Epidemiological Mental Health Study: The PISMAep Study. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 2015 (en prensa).
- 96 Cervilla JA, Gutiérrez B, Ruiz-Pérez I, Rodríguez-Barranco M, Valmisa E, Carmona J et al. Prevalence and Correlates of Mental Disorder in the Province of Granada (Spain): The GRANADSP Study. 2015 (en consideración editorial).
- 97 Ching-López A, Cervilla J, Rivera M, Molina E, McKenney K, Ruiz I et al. Epidemiological support for genetic variability at HPA axis and serotonergic systems as risk factors for Major Depression. *NeuropsychiatrDisTreat*; 2015 (en prensa).
- 98 Moreno-Küstner B, Mayoral F, Navas-Campaña D, García-Herrera JM, Angona P, Martín C, Rivas F. Prevalence of schizophrenia and related disorders in Malaga (Spain): results using multiple clinical databases. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2014, October 15: 1-11.
- 99 Zonas de Necesidades de Transformación social. Disponible en:
<http://juntadeandalucia.es/organismos/igualdadsaludypoliticassociales/areas/inclusion/zonas-transformacion.html>
- 100 M. Andrée López X, Durán J, Alonso JM, Martínez M, Espallargues Benavides F. Estimación de la carga de enfermedad por incapacidad laboral permanente en España durante el periodo 2009-2012. *REV. Esp. Salud Pública* 2014; 88:349-258.
- 101 Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Informe General 2012. Madrid: Ministerio del Interior – Secretaría General Técnica; 2012.
- 102 Fundación Pública Andaluza para la integración Social de Personas con Enfermedad Mental – FAISEM. Prevalencia de problemas de salud mental en centros penitenciarios andaluces. Informe general, Agosto 2012.
- 103 Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro A, Pérez-Arnau F, Arroyo JM et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Crim Behav Ment Health*. 2011 Dec; 21 (5): 321-32.
- 104 Bedoya, A. et al. Incidencia del suicidio en las prisiones de Cataluña: análisis descriptivo y comparado. *Rev. esp. sanid. penit.* [online]. 2009, vol.11, n.2, pp. 37-41. ISSN 1575-0620.
- 105 Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Protocolo de aplicación del Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM). Madrid: Ministerio del Interior – Secretaría General Técnica; 2009.
- 106 Arroyo-Cobo JM. Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. *Rev. esp. sanid. penit.* [online]. 2011, vol.13, n.3, pp. 100-111. ISSN 1575-0620.
- 107 Salavera, C. Influencia de los trastornos mentales y de la personalidad en el abandono de procesos en personas sin hogar. *Anales de psicología*, 2014, vol. 30, nº 1 (enero), 78-82. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.124081>
- 108 Pascual JC, Malagón A, Arcega JM, Gines JM, Navinés R, Gurrea A, García-Ribera C, Bulbena A: Utilization of psychiatric emergency services by homeless persons in Spain. *General Hospital Psychiatry* 2008, 30(1):14-19.
- 109 Salavera C, Puyuelo M, Tricás JM y Lucha O. Comorbilidad de trastornos de personalidad: Estudio en personas sin hogar, *Universitas Psychologica*; 2010, 9(2), 457-468.
- 110 Fazel S, V Khosla, Muñeca H, Geddes J. The Prevalence of Mental Disorders among the Homeless in Western Countries: Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *PLoS Med* 5; 2008 (12): E225. Disponible en:
<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0050225>.
- 111 Instituto Nacional de Estadística. Encuesta a las personas sin hogar. Madrid: INE; 2012.
- 112 Guía práctica para el cuidado en el entorno familiar de personas en situación de dependencia. Capítulo 1: La atención a personas en situación de dependencia. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Disponible en:
http://www.assda.junta-andalucia.es/es/programas/publicacionesdependencia/guiapracticadep/wfprogramitem_view_pub.

- 113 Sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Avance evaluación 2013. Situación a 31 de diciembre del 2013. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. IMSERSO. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/im_082047.pdf.
- 114 Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2012. Serie documentos estadísticos. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. IMSERSO. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2014.
- 115 Base estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad. (Informe a 31/12/2013). Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. IMSERSO. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2014.
- 116 Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud. Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2010.
- 117 Observatorio de la Infancia de Andalucía. Menores de edad en Andalucía. Datos cuantitativos. Informe 2014. Granada: Observatorio de la Infancia de Andalucía; 2014.
- 118 Observatorio de la Infancia de Andalucía. Informe sobre la atención a la salud mental de la infancia y adolescencia en Andalucía. Granada: Observatorio de la Infancia de Andalucía; 2013.
- 119 Angulo MC, Luna M, Prieto I, Rodríguez L, Salvador ML. Manual de Servicios, Prestaciones y Recursos Educativos para el Alumnado con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo. Consejería de Educación de la Junta de Andalucía, 2008.
- 120 European Agency for Fundamental Rights. Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la UE. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2014.
- 121 Informe de magnitudes en materia de violencia de género. Dirección General de Violencia de Género y Asistencia a Víctimas. Consejería de Justicia e Interior de Andalucía, enero 2015.
- 122 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. V Macroencuesta sobre violencia de género. Avance de resultados. Delegación del Gobierno para la violencia de género. Abril; 2015.
- 123 Federación de Asociaciones para la Promoción de la Mujer con Discapacidad LUNA Andalucía. Autodiagnóstico de la situación de las mujeres con discapacidad en Andalucía. Consejería para a Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía; 2011.
- 124 Velasco C, Luna JD, Martín A, Caño A, Martín-de-las-Heras S. 'Intimate partner violence against Spanish pregnant women: application of two screening instruments to assess prevalence and associated factors'. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014; 93: 1050–1058.
- 125 Gili M, García Campayo J, Roca M. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gacet Sanit*, 28 (2014) Supplement 1, pp. 104–108.
- 126 Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Memoria de actividades. Año 2013. Sevilla: FAISEM.
- 127 Jiménez Alés R, Pons Tubío A (coord.). Procesos Asistencia Integrado: Trastorno del Espectro Autista. Sevilla: Consejería de Salud, 2010.
- 128 Pons Tubío A y Fornieles García Y (coord.). Tabla de equivalencias entre la Organización Diagnóstica de Atención Temprana (ODAT) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Sevilla: Consejería de Salud, 2012.
- 129 Nabil Sayed-Ahmad Beiruti. El proceso de adaptación y su impacto sobre la salud mental de las personas inmigrantes. En Nabil Sayed-Ahmad Beiruti, compilador. *Salud mental en la inmigración*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2008. (pag 21:30).
- 130 Valmisa Gómez de Lara E (coord.). II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008 – 2012. Sevilla: Consejería de Salud, 2008. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/II_plan_salud_mental/plan_salud_mental_08_12.pdf (consultado: 28 de julio de 2014).
- 131 Sayed-Ahmad Beiruti, Río Benito MJ, Fernández Regidor G. Salud Mental. En: García Galán R (coord). *Manual de atención sanitaria a inmigrantes: Guía para profesionales de la salud*, p. 126-144. Sevilla: Consejería de Salud, 2007. Disponible en: http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/materiales_publicados_inmigrantes/manualatencioninmigrantes.pdf (consultado: 28 de julio de 2014).

132 Davide Malmusi, Mercè Gotsens (coordinadores). Estado de salud, determinantes y uso de servicios de la población inmigrada en España. Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2012. CIBERESP, 2014.

133 Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias, memoria 2013. Disponible en:
http://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/memoria_gestion_2013_06_10_2014.pdf.

134 Consejería de Salud. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Protocolo de Actuación Conjunta entre Unidades de Salud Mental Comunitaria y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2012. Disponible en:
http://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Protocolo_Salud_Mental_Drogodependencias_Andalucia_2012.pdf

135 García-Cubillana P, et al. AL LADO con la persona afectada por una enfermedad mental grave. Consejería de salud. Junta de Andalucía; 2012.

136 Bono A, Navarro B, Mena A. Informe de evaluación del proyecto de ayuda mutua: entrenamiento y prácticas en los servicios de salud mental de Andalucía. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2012.

137 Federación Andaluza de Asociaciones de Usuarios/as de Salud Mental. Como defender nuestros derechos en el marco de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad. Guía destinada a personas con problemas de salud mental. Federación “En Primera Persona”; 2014.

LA SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA 2008 - 2013

PROGRAMA DE SALUD MENTAL



Plan Integral
de Salud Mental
de Andalucía



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES