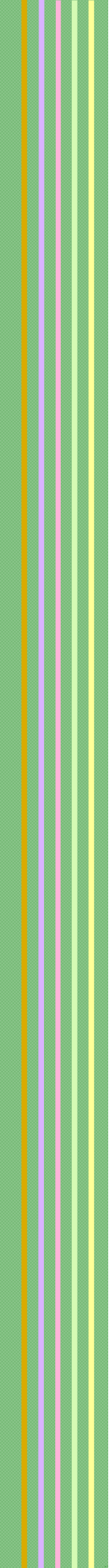


CONSEJERÍA DE SALUD

III
PLAN INTEGRAL DE SALUD
MENTAL DE ANDALUCÍA
2016-2020





III PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA 2016-2020



ANDALUCÍA. Plan Integral de Salud Mental (3º. 2016-2020)

III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía [Recurso electrónico] : 2016-2020 / autoría, Carmona Calvo, José (dirección) ... [et al.]. – [Sevilla] : Consejería de Salud, 2016

Texto electrónico (pdf), 148 p.

1. Andalucía. Plan Integral de Salud Mental (3º. 2016-2020) 2. Planes y programas de salud 3. Salud mental 4. Andalucía I. Carmona Calvo, José II. Andalucía. Consejería de Salud III. Título WM 30

Autoría

Carmona Calvo, José (Dirección)
García-Cubillana de la Cruz, Pablo (Coordinación)
Millán Carrasco, Almudena (Coordinación)
Huizing, Evelyn
Fernández Regidor, Gonzalo
Rojo Villalba, Matilde
Aguilera Prieto, Lola



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2016.

Maquetación: Mónica Padial Espinosa, Subdirección de Promoción de Salud y Participación, Secretaría General de Salud Pública y Consumo.

Diseño de cubierta: Juan José Pérez Rivas y Lola Aguilera Prieto



Grupos de trabajo

GRUPO 1: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Sánchez García, Lourdes (Coordinación)

García-Cubillana de la Cruz, Pablo (Secretaría)

Arévalo López, José M.

Blanco Pradas, Fernando

Garrido Porras, Antonio

Lorenzo Herrero, Pablo

Mancheño Barba, Juan J.

Marín Olalla, Macarena

GRUPO 2: DETECCIÓN, ATENCIÓN Y RECUPERACIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE

Rueda Lizana, Mercedes (Coordinación)

Aguilera Prieto, Lola (Secretaría)

Cabaleiro Fabeiro, Francisco

Herrero Martín, Juan J.

Martínez de Salazar Arboleas, Alma

Rodríguez Sánchez, Antonio J.

Ruiz Doblado, Sergio

GRUPO 3: DETECCIÓN, ATENCIÓN Y RECUPERACIÓN EN POBLACIÓN ADULTA CON TMG U OTRAS SITUACIONES QUE GENERAN DESIGUALDAD EN LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

Del Río Noriega, Francisco (Coordinación)

Huizing, Evelyn (Secretaría)

Beotas López, Gerardo

Cobo Molina, Catalina

Jiménez González, Soledad

López Álvarez, Marcelino

Moreno Campos, Antonio J.

Rivas Guerrero, Fabio

Sanz Amores, Reyes

Valmisa Gómez de Lara, Eulalio



GRUPO 4: DETECCIÓN, ATENCIÓN Y RECUPERACIÓN EN POBLACIÓN ADULTA CON ADS U OTRAS PATOLOGÍAS DE SALUD MENTAL

Díaz del Peral, Domingo (Coordinación)

Rojo Villalba, Matilde (Secretaría)

Castro García, Mercedes

Conde Díaz, Manuel

Dorado García, Remedios

Ibáñez Allera, Pedro

Jiménez García Bóveda, Rosa

Piñero León, Juan

Prada Carrasco, Carmen

Sepúlveda Muñoz, Jesús

Trujillo Vera, Antonio

GRUPO 5: DERECHOS HUMANOS Y PARTICIPACIÓN

Romero Cuesta, Javier (Coordinación)

Fernández Regidor, Gonzalo (Secretaría)

Bono del Trigo, Lala

De Manuel Vicente, Carmen

Del Pino López, Rafael

Gómez González, Jaime

López Pardo, Andrés

Martín Mingorance, Ana

Rodríguez Navarro, José Carlos

Romero Jimeno, M^a Dolores

GRUPO 6: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN

Rivas Guerrero, Fabio (Coordinación)

Aguilera Prieto, Lola (Secretaría)

Rojo Villalba, Matilde (Secretaría)

Bordallo Aragón, Antonio

Gay Pamos, Eudoxia

Gutiérrez Iglesia, Antonio M.

Lara Ruiz-Granados, Ignacio

Ruiz Pérez, Isabel

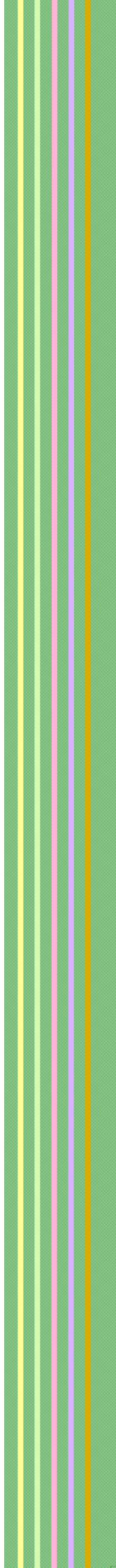
Vázquez Morejón, Antonio J.



INDICE

PRESENTACIÓN.....	6
I. INTRODUCCIÓN	9
II. MARCO DE REFERENCIA.....	13
III. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN.....	19
3.1. Demografía.....	20
3.2. Situación de la salud mental de la población andaluza	23
3.2.1. Activos para la salud mental.....	23
3.2.2. Salud mental autopercebida	24
3.2.3. Factores de riesgo y crisis económica	25
3.2.4. Las personas con problemas de salud mental	27
3.2.5. Recursos para la atención a las personas con problemas de salud mental.....	52
3.3. Principales necesidades y expectativas expresadas	57
3.4. Valoración interna del II PISMA.....	59
3.5. Conclusiones del análisis de situación.....	63
IV. ÁREAS DE MEJORA Y PRIORIDADES.....	66
V. LINEAS ESTRATÉGICAS	70
5.1. Línea estratégica 1: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	74
Objetivo general 1: Promoción de la salud y el bienestar emocional	74
Objetivo general 2: Prevención de problemas de salud mental	77
5.2. Línea estratégica 2: DETECCIÓN, ATENCIÓN Y RECUPERACIÓN	82
Objetivo general 3: Detección precoz y atención a la población infantil y adolescente	82
Objetivo general 4: Detección precoz y atención a la población adulta.	86
Objetivo general 5: Atención a personas adultas en situación de riesgo o desventaja social.....	96
5.3. Línea estratégica 3: DERECHOS HUMANOS Y PARTICIPACIÓN	99
Objetivo general 6: Igualdad y derechos de las personas con problemas de salud mental.	99
Objetivo general 7: Participación en el cuidado de la salud mental.....	102
5.4. Línea estratégica 4: GESTIÓN DE RECURSOS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN.....	104
Objetivo general 8: Recursos de soporte del Plan	104
5.5. Línea estratégica 5: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN	109
Objetivo general 9: Excelencia profesional, evidencia, investigación, evaluación e innovación.	109
VI. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	113
VII. NORMATIVA.....	121
VIII. RESUMEN EJECUTIVO	125
BIBLIOGRAFIA.....	130
ABREVIATURAS.....	143
INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	146

PRESENTACIÓN





Presentación

Las políticas de salud pública y la atención a problemas de salud considerados prioritarios se articulan en torno a los planes integrales. Éstos definen las estrategias y acciones, a fin de abordarlas de una manera integral, desde la promoción y la prevención a la recuperación, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas, garantizando la equidad, calidad y eficiencia, la acción intersectorial, mejorando la gobernanza y complementariedad y asegurando la participación de profesionales, personas usuarias y familiares.

El III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía parte de un análisis de situación que pone de manifiesto la importancia epidemiológica de los problemas de salud mental, con un 25% de prevalencia y siendo el cuarto problema de salud en cuanto a carga de enfermedad de nuestra Comunidad Autónoma (el segundo en el caso de la mujer); con una larga evolución en la mayoría de los casos, especialmente los más graves, en los que son necesarios esfuerzos complejos e intersectoriales, incluida la necesidad de cuidados familiares.

El aumento del malestar emocional en la sociedad ha dado lugar a un incremento de la medicalización. Persisten conductas estigmatizantes hacia las personas con problemas de salud mental, con especial riesgo de marginación hacia poblaciones marcadas por las desigualdades sociales, la edad (infancia y mayores) y algunos colectivos específicos (inmigrantes o personas internadas en centros penitenciarios).

Como consecuencia de este análisis se proponen, en el marco de este nuevo Plan Integral de Salud Mental, cinco líneas estratégicas que abordan las distintas etapas del ciclo vital.

En el ámbito de la promoción y la prevención en salud mental se plantean acciones de fomento del bienestar emocional dirigidas a toda la población, prestando una atención especial a la infancia, a las personas mayores y a la población afectada por otros problemas de salud. Asimismo, se proponen acciones intersectoriales de prevención sobre grupos de riesgo, haciendo hincapié en la prevención del suicidio y asumiendo el enfoque de Salud Mental en Todas las Políticas.

En el área de la detección, atención y recuperación de las personas con problemas de salud mental, se proponen acciones dirigidas a mejorar la continuidad de la atención tanto en el propio sistema sanitario como en el ámbito intersectorial, con especial énfasis en el sistema educativo y los servicios sociales. Concretamente, se propone mejorar la atención a la infancia y la adolescencia optimizando la accesibilidad, desarrollando procedimientos clínicos que mejoren su calidad y disponiendo de profesionales con competencias específicas y dedicación exclusiva.



En la atención a los problemas de salud mental de la población adulta, las acciones se dirigen a disminuir la medicalización de los tratamientos y a mejorar su atención psicológica; a favorecer la accesibilidad de los colectivos más vulnerables; y a generalizar el uso de programas comunitarios de seguimiento intensivo y de apoyo social para personas diagnosticadas con los trastornos más graves, favoreciendo su participación en los planes de atención.

El respeto a los derechos de las personas atendidas es transversal a todas las estrategias. No obstante, su importancia requiere una línea que los aborde de manera específica y participativa, cuyas acciones se dirijan a mantener una actitud de alerta y respuesta frente a la presencia de conductas estigmatizadoras y vulneradoras de los derechos de las personas con problemas de salud mental. Se propone, además, dar un paso adelante para considerar lo mental como una dimensión más de lo humano, sin prejuicios estigmatizantes; y favorecer la participación individualizada y colectiva, a través del movimiento asociativo, en la gestión y evaluación de los servicios, y en el desarrollo de programas que complementen la atención ofrecida desde las distintas administraciones.

Las estrategias sobre recursos humanos, sistemas de información, gestión del conocimiento y evaluación van dirigidas a garantizar, como soporte, el cumplimiento de las líneas anteriores. Todas las acciones propuestas en este Plan requieren de recursos humanos suficientes y competentes, con una adecuada gestión del conocimiento, destacando las actividades comunitarias en los ámbitos sanitarios y sociales. Asimismo, son necesarios sistemas de información que permitan el seguimiento de los objetivos propuestos y la evaluación de los resultados esperados, así como desarrollar actividades investigadoras orientadas a la obtención de conocimientos clínicos y a la puesta en marcha de actividades innovadoras.

Por último, quiero mostrar mi agradecimiento a todas las personas que han participado en la elaboración de este Plan. La complejidad de la salud mental, que exige acciones integradas desde diversos ámbitos y disciplinas, se ha visto reflejada en las personas que han intervenido en su elaboración: profesionales del ámbito sanitario en sus diferentes niveles y especialidades, programas de apoyo social de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM), Servicios Sociales, Educación, Empleo, Justicia y representantes del movimiento asociativo. A todas ellas, gracias por su colaboración y el deseo de que persistan en ella, ya que si importante es la elaboración de un Plan más lo es el trabajo continuado a lo largo de su desarrollo.

Aquilino Alonso Miranda
Consejero de Salud

I. INTRODUCCIÓN





Introducción

Han pasado más 30 años desde la creación del Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM). Con este hecho se hizo realidad el compromiso político de integrar la atención a la salud mental en el contexto de un sistema sanitario general que iba a ocuparse de atender la salud de toda la población. Así terminan siglos de marginación de lo “mental”, tanto por la deficiente y marginadora atención de sus manifestaciones clínicas más graves, como por la “negación” de esta dimensión en el tratamiento y los cuidados de otros problemas de salud. El camino recorrido ha sido largo, habiéndose desarrollado una red pública de servicios sanitarios y de apoyo social de orientación comunitaria, que dan respuesta de una manera más justa y con más calidad a las necesidades de salud mental de la población. No obstante, quedan aún áreas de mejora, para erradicar hábitos y conductas discriminatorias y estigmatizadoras y en la actividad en los servicios; áreas que es necesario identificar, corregir y optimizar.

A lo largo de estos años se pueden diferenciar varias etapas de desarrollo hasta llegar al momento actual. Primero, coincidiendo con la etapa IASAM, 1984-1990, es el momento del diseño del proyecto de reforma y su implementación como red integrada en el sistema sanitario general. Se plantean distintos dispositivos para poder responder a las necesidades de atención a los problemas mentales en el nivel especializado y se deposita en la Atención Primaria (AP) la responsabilidad de atender a gran cantidad de personas con trastornos denominados “menores” o “comunes”. El desarrollo de este modelo supone una gran inversión en infraestructura y recursos humanos. Sin embargo, esta etapa concluye sin el cierre de todos los hospitales psiquiátricos, como era el propósito del IASAM y con escasez de recursos integradores y de tratamiento para las personas con trastornos más graves.

El segundo periodo, 1991 a 2002, en el tiempo comprendido tras la desaparición del IASAM y el primer Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA). Es la etapa en la que se cierran los hospitales psiquiátricos públicos, se abren dispositivos para hospitalización de media estancia para los trastornos más graves (comunidades terapéuticas) y se crea FAISEM, como garante de la atención de las necesidades de integración social de las personas con trastorno mental grave en general, incluyendo lo ocupacional-laboral y lo residencial. Se completa, pues, el circuito asistencial de la atención a la salud mental.

El tercero, 2003 a 2008, marcado por el primer PISMA; es un momento de afianzamiento del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) por dos hechos importantes: la generalización de la gestión clínica y la implantación de los Procesos Asistenciales



Integrados (PAI). En este sentido, la publicación del Decreto de ordenación de servicios de salud mental en 2008, culmina el objetivo general de este Plan por cuanto consolida el modelo comunitario, y las características y funciones de los dispositivos, adscritos a Unidades de Gestión Clínica (UGC) de Salud Mental (SM).

El cuarto, 2009 a 2013, correspondiente al II PISMA, que asegura lo alcanzado y avanza en niveles de calidad asistencial y en la defensa de los derechos de las personas atendidas, especialmente de aquellas afectadas por los trastornos más graves o por situaciones de riesgo de marginalidad, incorporando la perspectiva de la recuperación en salud mental, así como el enfoque de género. La crisis y la consiguiente escasez presupuestaria limitan las mejoras propuestas por este Plan, ya que no se cumple el crecimiento previsto en recursos humanos necesarios para alcanzar algunos de sus objetivos.

A pesar de las limitaciones mencionadas, todo el proceso desarrollado en estos años ha permitido, además, enriquecer el sistema sanitario general al incluir la dimensión psicológica, en toda la atención sanitaria. También el beneficio ha sido para la atención a los problemas de salud mental, por todo aquello que el sistema le aporta en recursos, conocimientos y experiencias, así como, por las herramientas que han contribuido a la modernización de la organización y la gestión del SSPA, como los PAI, la gestión clínica o la participación ciudadana, elementos importantes en el desarrollo de la atención a la salud.

Todo el camino recorrido permite encarar el próximo período con la confianza en el mantenimiento del modelo comunitario de atención a la salud mental de Andalucía, mediante una red sanitaria y social, diseñada para facilitar el proceso de recuperación de las personas con problemas de salud mental, en términos de universalidad, equidad y accesibilidad.

Un plan integral tiene como fin conseguir una reducción en la carga de enfermedad en la población y una mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por el problema al que se enfrenta en un ámbito geográfico y por un periodo de tiempo determinados. Exige, además, la concurrencia de “otras instituciones o agentes sociales mediante la acción intersectorial coordinada”, abarcando “todas las etapas de la intervención frente a un problema de salud: promoción de activos protectores, prevención y control de factores de riesgo, diagnóstico precoz, atención de calidad y fomento de la recuperación del proyecto vital” y, garantizando “los principios de equidad, globalidad, calidad, eficiencia, acción intersectorial, gobernanza, complementariedad y participación” (Consejería de Salud, 2010).

Las áreas principales sobre las que se desarrolla el presente Plan son:



1. Protección de los derechos de las personas con problemas de salud mental y fortalecimiento de los movimientos asociativos y la participación ciudadana.
2. Avances en la promoción del bienestar emocional y en la prevención de problemas de salud mental, fomentando que la salud mental esté presente en todas aquellas actividades que buscan el incremento de la calidad de vida de la población o la prevención de la aparición de cualquier problema de salud.
3. Mejora en la calidad de las intervenciones para optimizar la detección, atención y recuperación de las personas afectadas por trastornos mentales, preferentemente en poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad. Se precisa incrementar las intervenciones en el ámbito comunitario, cercanas a las personas afectadas, con un trabajo interdisciplinar e intersectorial que desarrolle una auténtica red de atención integral.
4. Gestión adecuada de los recursos existentes, con la dotación apropiada para el logro de los objetivos de este Plan; una gestión del conocimiento que asegure unas prácticas efectivas y seguras; y una evaluación e investigación que informe de los resultados y oriente hacia los desarrollos futuros.

II. MARCO DE REFERENCIA





Marco de referencia

Este Plan tiene la finalidad de ampliar y profundizar la atención comunitaria, centrada en la recuperación de las personas con enfermedad mental. Establece como marco de referencia los principios recogidos por Thornicroft y Tansella (2005, 2013, 2014) en su concepción matricial de la organización de los servicios de salud mental, los principios de la recuperación (Shepherd et al, 2008, 2010), así como los contemplados en el Plan de Acción Global de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud 2013-2020 (OMS, 2013), la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011) y el IV Plan Andaluz de Salud (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013).

Thornicroft y Tansella señalan que para comprender o planificar el funcionamiento de los servicios se ha de tener en cuenta la interrelación de variables, relacionadas con las características de los recursos, procesos y resultados en salud, con los niveles estatal, regional, local e individual. La aplicación de esta matriz ayuda a establecer un diagnóstico de situación de los servicios de salud mental de un determinado ámbito y decidir sobre sus necesidades de desarrollo o mejora. Sobre todo, este planteamiento recuerda que, para entender o planear una organización, hay que tener en cuenta el conjunto de todas las variables intervinientes. Posteriormente, también plantean cuales han de ser los pilares que deben constituir la base de la orientación de los servicios: la evidencia, la experiencia y el pilar ético, elemento transversal que impregna a los otros dos.

Los mencionados autores colocan el pilar ético en primer lugar porque consideran “que en el cuidado de la salud no hay lugar para intervenciones que sean técnicamente eficaces, pero que no sean éticas”. Los principios éticos son importantes porque guían las decisiones sobre la organización general y las actividades diarias específicas de la atención en salud mental. Es necesario explicitar el marco ético en los primeros momentos del ciclo de planificación, para evitar que el desacuerdo surja en su desarrollo posterior, comprometiendo el resultado. Un Plan es una manera de plasmar unas determinadas políticas que como tales tienen una dimensión ética, referida a su vez a principios y valores concretos.

El segundo de los pilares es la evidencia, que incluye la necesidad de disponer del conocimiento sobre la realidad epidemiológica y el uso de los servicios que hace la población. Junto a este conocimiento, entienden que, para una toma de decisiones adecuada, hay que considerar los diferentes componentes del sistema de atención y su disponibilidad. En este sentido, “no existe un patrón de los servicios que pueda ser catalogado como el ‘mejor’, sino un equilibrio entre sus componentes que tengan un ‘grado



de ajuste' a las circunstancias locales razonable". En ningún lugar existe pues un modelo perfecto de provisión, sino sólo estimaciones basadas en la mejor información disponible. Es decir, sólo existen soluciones locales a los retos locales. Se trata pues de planificar soluciones adaptadas a las circunstancias con datos de la realidad concreta.

El tercer pilar es la experiencia, acumulada y contrastada, de casi medio siglo de desarrollo de un modelo de atención y del que concluyen debe tener unas características específicas para desarrollar servicios de salud mental equilibrados:

- Los servicios deben reflejar las prioridades de las personas usuarias y de sus familiares;
- La evidencia apoya tanto la necesidad de servicios hospitalarios como comunitarios;
- Los servicios deben estar siempre cerca del domicilio;
- Algunos servicios tienen que ser más móviles que estáticos;
- Las intervenciones deben abordar tanto los síntomas como las discapacidades;
- El tratamiento debe ser personalizado y adaptado a las necesidades individuales.

Otro aspecto a tener en cuenta es la orientación a la recuperación que deben tener los servicios, con unos valores éticos innegables. En la base de esta orientación "reside un conjunto de valores sobre el derecho de una persona a construir por sí misma una vida con sentido, con o sin la continua presencia de síntomas de enfermedad mental. La recuperación se basa en las ideas de autodeterminación y autocontrol, y en la importancia de la esperanza y el apoyo mutuo para mantener la motivación y reforzar las expectativas de una vida individual plena" (Shepherd y cols, 2008). Se apuesta por la defensa de los derechos fundamentales de las personas usuarias y de que sean ellas el centro de la toma de decisiones y, por tanto, se garantice su participación en todos los niveles del funcionamiento y acción de los servicios.

Así también, los mencionados autores recomiendan desarrollar "un proceso constructivo de coproducción" entre profesionales locales y de gestión, en colaboración con las personas usuarias y familiares, orientado a transformar los servicios a través de prácticas claves dirigidas a la recuperación.



Según Shepherd, Boardman y Burns, para que el proceso avance, los servicios de salud mental deben enfocarse hacia la consecución de los siguientes retos organizativos:

- 1) Cambiar la naturaleza de las interacciones diarias y la calidad percibida.
- 2) Impartir programas formativos integrales liderados por las personas usuarias.
- 3) Constituir un centro de formación en recuperación que impulse los programas.
- 4) Garantizar el compromiso organizativo, creando cultura de recuperación.
- 5) Aumentar la personalización y la toma de decisiones.
- 6) Cambiar la manera de enfocar la evaluación y la gestión de riesgos.
- 7) Redefinir la participación de las personas usuarias.
- 8) Transformar al colectivo de profesionales.
- 9) Apoyar el proceso de recuperación que tengan que afrontar los y las profesionales.
- 10) Aumentar las posibilidades de construir una vida más allá de la enfermedad.

Por otro lado, la OMS establece en su plan de acción los siguientes principios transversales:

- Acceso y cobertura universales independientemente de la edad, sexo, posición social, raza, etnia u orientación sexual;
- Derechos humanos: las estrategias e intervenciones, deben ajustarse a la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y a otros acuerdos internacionales y regionales sobre derechos humanos;
- Práctica basada en evidencias;
- Enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital;
- Enfoque multisectorial;
- Emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales.

Otro elemento de este marco de referencia es la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Esta se basa en los principios de la atención comunitaria de autonomía, continuidad, accesibilidad, comprensividad, equidad, recuperación personal, responsabilización y calidad.



La Estrategia aconseja el uso de la evidencia científica para las actividades de promoción y atención en salud mental, como conjunto de actividades mutuamente relacionadas, y destaca la importancia de la asociación entre la formación continuada de las y los profesionales y la calidad de sus intervenciones. A este respecto, señala que lo que determina la calidad asistencial en salud mental es principalmente el colectivo de profesionales. No solamente por su lado humano y de disposición a ayudar, sino además por su capacidad para utilizarse a sí mismos como instrumento de diagnóstico, de comunicación y de recuperación, aspecto que sólo se adquiere con entrenamiento específico. Junto a la perspectiva de género, es importante la formación en actitudes y habilidades que permita el trabajo intersectorial, incluyendo al movimiento de personas usuarias y sus familiares, para el que son necesarias competencias específicas de comunicación, de negociación, de enlace y de resolución de conflictos.

Finalmente, en este marco de referencia está el IV Plan Andaluz de Salud (PAS). Este propone para los próximos años profundizar en el conocimiento de las desigualdades en salud, debidas a diferencias socio económicas o por razón de género; orientar las intervenciones del SSPA hacia la reducción de las mismas; y colaborar con las demás instituciones y sectores que actúan sobre los determinantes de salud para que orienten sus políticas y programas hacia unas cotas de salud distribuidas con mayor equidad.

Expresa, además, la necesidad de fomentar la gestión del conocimiento y la incorporación de tecnologías con el fin de mejorar la salud de la población. Por ello, debe garantizarse la incorporación de los conocimientos y tecnologías adecuados que impulsen la prevención de las enfermedades y la promoción y la protección de la salud bajo criterios de innovación, sostenibilidad y eficiencia, fomentando la participación ciudadana. Hay que destacar, como especialmente importante en el ámbito de la salud mental, la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación.

A partir de este enfoque, el IV PAS propone conseguir un marco colaborativo entre agentes implicados que garantice la gestión de la información, así como la generación e incorporación del conocimiento y la tecnología orientada a la mejora de la salud, en un escenario de equidad y responsabilidad compartida; además, garantizar una organización sanitaria que detecte y responda de forma flexible, equitativa y sostenible a las necesidades y expectativas de las personas; y, finalmente, orientar el uso de las nuevas tecnologías para mejorar el acceso equitativo de la ciudadanía a la información y a los servicios de salud.



En otra dimensión, el IV PAS propone, para el desarrollo de sus servicios, las unidades de gestión clínica como modelo organizativo clave, la creación de comités locales, provinciales y autonómicos del Plan de Salud, el desarrollo de los sistemas de información, como base de la evaluación, y la creación de estándares para la evaluación de los planes integrales.

Por lo que se refiere al aspecto metodológico, para la elaboración de este Plan se han seguido los principios rectores definidos por la Consejería de Salud en 2010 para la elaboración de un plan integral: equidad, calidad, eficiencia, acción intersectorial, gobernanza y descentralización, complementariedad y sinergia, y participación.

III. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN





Descripción de la situación

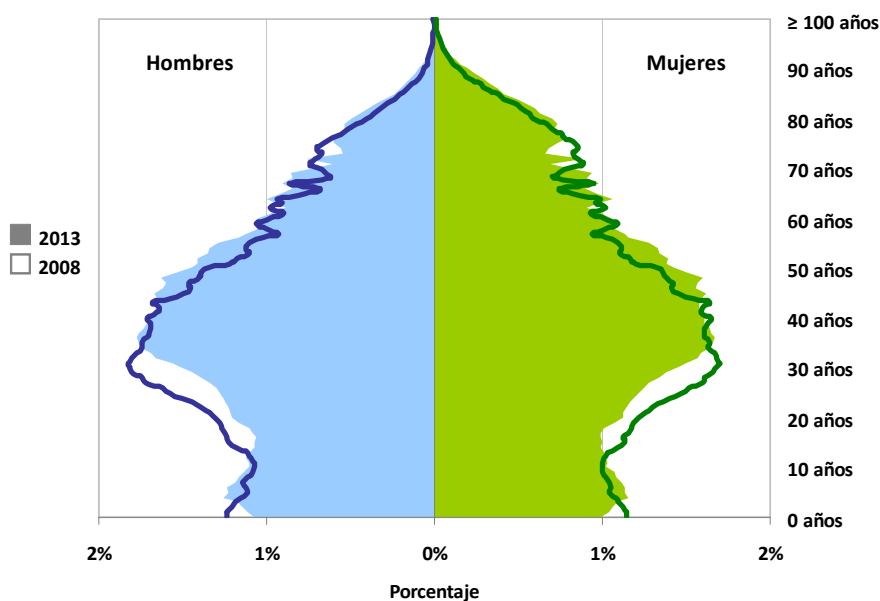
Este Plan parte del análisis de situación para detectar necesidades que sirvan como base para la definición de los objetivos y acciones a llevar a cabo. Para ello, se ha recogido información de la situación de la salud mental en Andalucía; de las expectativas y necesidades detectadas de las personas con problemas de salud mental, sus familiares, los colectivos profesionales implicados y varias organizaciones que velan por los derechos de la ciudadanía; y de la evaluación interna del II PISMA, que incluye una valoración realizada por representantes de las distintas UGC de SM.

Para ampliar la información que se muestra en este Plan, consultar las publicaciones **“La Salud Mental en Andalucía 2008-2013”** y el **“Informe de Evaluación Interna del II PISMA”**, disponibles en la página web del Servicio Andaluz de Salud (SAS).

3.1. 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); 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.

Gráfico 1. Pirámides de edad de la población andaluza, 2008 y 2013.



Fuente: Cifras de población a 1 de enero de 2008 y 2013. Instituto Nacional de Estadística.



Se observa una disminución de la base en las cohortes más jóvenes de la población, de 15 a 30 años y una ampliación de la parte superior de la pirámide, especialmente, en mujeres al tener éstas una mayor esperanza de vida.

El crecimiento de la población tiene su reflejo en la población de referencia de las diferentes UGC de SM, como se puede observar en la siguiente tabla.

Tabla 1. Evolución de la población por UGC de SM. SSPA, 2008-2013			
UGC de SM	Población 2008	Población 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 Nieves)	337.600	336.891	-0,2%
Intercentros Granada (H. San Cecilio)	333.802	343.492	2,9%
AGS Nordeste de Granada (Baza)	100.970	115.858	14,7%
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. Base de Datos de Usuarios. Diciembre de 2008 y 2013.



En concreto, la población de la Base de Datos de Usuarios (BDU) del 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.

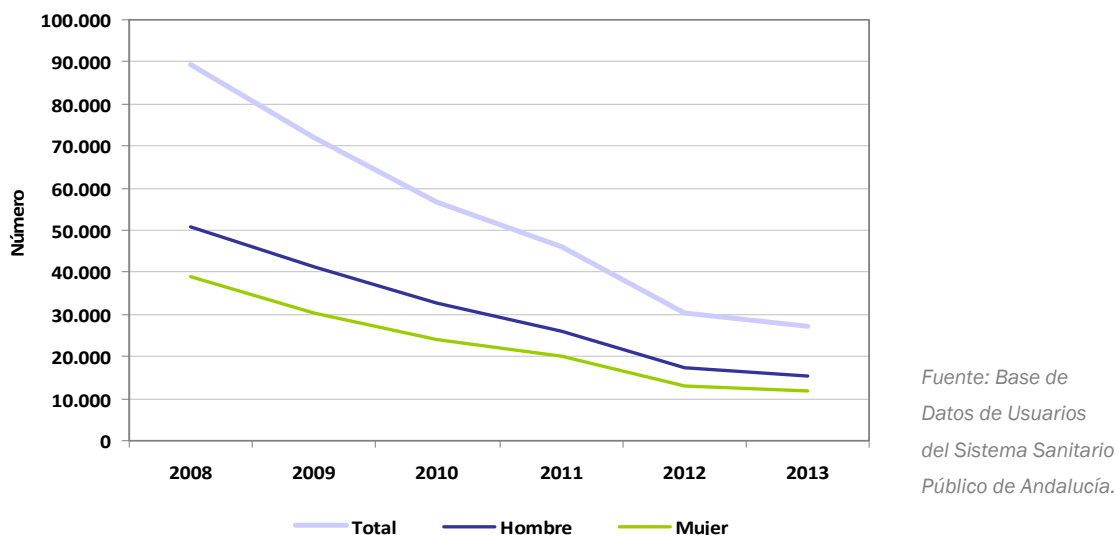
Población inmigrante

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. En cuanto a la evolución del número de extranjeros en Andalucía, ha experimentado un constante incremento en los últimos años, exceptuando el año 2013 donde disminuyó casi a niveles del 2011.

Según el informe del año 2012 del Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones (OPAM), la crisis económica afecta a la llegada de nuevos inmigrantes, que aunque sigue manteniendo un saldo positivo, descendió entre 2007 y 2012 en un 83% en Andalucía.

El gráfico siguiente muestra como descendió el número de personas inmigrantes no regularizadas, inscritas en la BDU, pasando de representar el 1,1% del total de población usuaria en 2008 al 0,3% en 2013.

Gráfico 2. Evolución de personas inmigrantes no regularizadas, según la BDU, 2007-2013



Este descenso puede deberse a diversos factores: que parte de la población inmigrante, en situación irregular, haya ido abandonando el país por la crisis económica o hayan regularizado su situación en España; o que las nuevas personas que llegan en situación irregular no hayan contactado con los servicios sanitarios por temor a empeorar su situación.



3.2. Situación de la salud mental de la población andaluza

Se expone en este apartado un resumen sobre el estado de la salud mental de la población andaluza, extraído de los documentos de apoyo al IV PAS y de las fuentes anteriormente reseñadas.

3.2.1. Activos para la salud mental

El campo de la salud pública está dominado por un modelo del déficit basado en la identificación de los problemas y necesidades de la población y en la creación y oferta de los recursos profesionales que permitan la superación de dichos problemas. Aunque este modelo consigue buenos resultados, también tiene algunos efectos indeseables como la excesiva dependencia de la población de los recursos sanitarios profesionales o una visión de la salud limitada a la ausencia de enfermedades. Esta situación, tal y como se recoge en el IV PAS, ha llevado a lo largo de la última década al surgimiento de nuevos enfoques, como el Modelo de los Activos de Salud, que trata de completar las propuestas procedentes del Modelo del Déficit con otras como la capacidad de personas y comunidades para desarrollarse saludablemente.

Muchos de los activos recuerdan en buena medida a los *factores protectores de la salud mental* o a las *competencias emocionales*, que en la actualidad se vienen abordando desde diferentes ámbitos, y muy especialmente desde el educativo. Desde la perspectiva de los activos en salud, los recursos personales (talento, competencias sociales, autoestima, creencias igualitarias de género, compromiso con el aprendizaje o el trabajo y capacidad para la cooperación con otras personas), grupales (parejas igualitarias, redes de apoyo familiar y capital social) y comunitarios (espacios de vida, juego, ocio y trabajo favorable, también en condiciones de igualdad) con los que una persona cuente, pueden convertirse en activos para la salud mental, si se usan como patrimonio para afrontar las adversidades y mantener un buen estado de salud mental. La capacidad individual o de las familias, los grupos o las comunidades puede servir para promover y proteger la salud mental.

Cualquier estrategia actual en salud, como es este Plan, ha de contribuir a la promoción de los activos personales, comunitarios e institucionales para proteger o mejorar la salud mental y permitir así, una vida más agradable, productiva y satisfactoria.

Y conviene ajustar las acciones a los contextos de intervención y buscar el equilibrio entre las propuestas destinadas al individuo y las dirigidas al entorno en el que vive cada persona. No hay que olvidar que el modelo de activos es inabordable sin un posicionamiento claro sobre la reducción de las desigualdades y de protección de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales básicos. De hecho, el IV PAS plantea, para los próximos



años, la necesidad de que todas las estrategias profundicen en el conocimiento de las desigualdades en salud, orienten las intervenciones del SSPA hacia la reducción de las mismas y planteen la colaboración con instituciones y sectores que actúan sobre los determinantes de salud.

3.2.2. Salud mental autopercebida

La Encuesta Andaluza de Salud (EAS) evalúa, entre otras variables, la salud física y mental percibida por la población andaluza.

Las siguientes tablas (2 y 3) muestran los resultados obtenidos, atendiendo a distintas variables, en la subescala de salud mental autopercebida del SF12ⁱ, de las tres últimas encuestas andaluzas de salud, tal y como son resumidos por los indicadores de salud mental del Informe de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Crónicas 2015, de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Tabla 2. Puntuación media en SF-mental, por sexo, EAS 2003, 2007 y 2011									
	2003			2007			2011		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Media	54,0	51,5	52,7	52,6	50,8	51,7	51,8	49,1	50,6

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud

A lo largo de las tres encuestas analizadas se observa una disminución del valor medio, siendo similar en ambos sexos.

Tabla 3. Puntuación media en SF-mental. EAS 2003, 2007 y 2011			
Grupo de edad	2003	2007	2011
16 - 24	54,7	53,5	53,3
25 - 44	53,9	52,1	51,4
45 - 54	52,1	51,2	50,4
55 - 64	50,8	50,7	49,2
65 - 74	50,2	50,3	49,3
75 o mas	48,6	50,5	47,5
Cualquier edad	52,7	51,7	50,6

ⁱ El cuestionario SF-12 genera resultados en una escala de 0 a 100. El valor 50 (con una desviación estándar de 10) es la puntuación media de la subescala de salud mental en población general. Los valores superiores a 50 señalan percepciones de salud mental mejores que la de la media poblacional y los inferiores a 50 percepciones peores a esa media. A menor puntuación peor salud autopercebida.



Tabla 3. Puntuación media en SF-mental. EAS 2003, 2007 y 2011			
Nivel de estudios	2003	2007	2011
Primarios	52,0	51,0	49,5
Secundarios	54,1	52,8	51,7
Universitarios	53,7	52,4	52,9
Nivel de ingresos	2003	2007	2011
Hasta 999 €	51,0	48,9	49,4
De 1.000 a 1.499	54,0	50,6	50,3
De 1.500 a 2.499	54,8	51,9	52,0
Más de 2.500 €	54,2	52,3	52,3

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud

Se observa un descenso en la puntuación en todos los grupos de edad, más acusado en el grupo de 25 a 44 años y menor en el de 65 a 74 años. Una situación semejante se produce según el nivel de estudios, siendo el descenso mucho menos acusado en el nivel de estudios universitarios. Igualmente, a mayor nivel de ingresos mayor valor medio, con una diferencia de 2,9 puntos entre las personas con un nivel bajo y alto de ingresos.

Por otra parte, la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2011/2012, muestra como en la infancia, las diferencias entre sexos se mantienen, esta vez en relación al riesgo de mala salud mental, siendo el porcentaje de Andalucía para niños de 9,8 (8,9 % media española) y para las niñas de 6,7 (7,4 % media española).

3.2.3. Factores de riesgo y crisis económica

Diversos estudios señalan que la alta frecuencia de problemas de salud mental está asociada, fundamentalmente, con la pobreza, bajos niveles educativos, fragmentación social, privación y desempleo. Un colectivo claramente afectado por la pobreza es la infancia y la adolescencia.

Distintas circunstancias relacionadas con la *situación laboral* como desempleo, estrés laboral, bajas prolongadas por enfermedad, permisos por maternidad, discapacidad o jubilación se señalan como factores de riesgo de sufrir trastornos mentales.

Desde una *perspectiva de género*, las diferencias socioeconómicas entre sexos influyen especialmente en la salud mental de las mujeres, así como la desigualdad producida por la distribución “clásica” de tareas, con la asignación a la mujer de la función de atender el cuidado del hogar y de la familia. A estas desigualdades hay que añadirle la mayor prevalencia de problemas de salud mental en mujeres que han sufrido violencia machista.



La salud mental también interrelaciona con la *salud física*. Esta interrelación tiene especial relevancia en la etapa de envejecimiento, ya que las personas mayores constituyen un colectivo de riesgo donde, a los factores que afectan a la población adulta, se les asocian otros específicos (enfermedades, discapacidad, inactividad, precariedad económica, soledad...).

Todas estas condiciones (laborales, económicas, de género...) se presentan simultáneamente e incluso de forma interrelacionada, multiplicando el riesgo de padecer un trastorno mental.

En Andalucía contamos con los resultados de un estudio de prevalencia de trastorno mental y sus factores asociados, PISMA-epⁱⁱ. La siguiente tabla resume los factores de riesgo con significación estadística de padecer un trastorno mental.

Tabla 4. Factores de riesgo. Estudio PISMA-ep. Andalucía	
Factor de riesgo	ODD ratio univariante
<i>Ser mujer</i>	1,54
<i>Estar en situación de desempleo</i>	1,35
<i>Estado civil casado/a o con pareja</i>	1,42
<i>Acontecimiento vital estresante (últimos 6 meses)</i>	2,8
<i>Maltrato en la infancia</i>	1,44
<i>Ser o haber sido fumador/a</i>	1,45
<i>Dependencia sustancias</i>	2,2
<i>Historia familiar de trastorno mental</i>	2,5
<i>Historia familiar de suicidio</i>	3
<i>Historia de maltrato sexual infancia</i>	7,1
<i>Peor salud general (SF12)*</i>	1,2
<i>Menor apoyo social*</i>	1,25
<i>Menor satisfacción pareja*</i>	1,17
<i>Neuroticismo*</i>	1,34
<i>Menor funcionalidad global (PSP)*</i>	1,15
<i>Menor autonomía social (SIX)*</i>	1,8
<i>Probable trastorno de la personalidad</i>	3,2

Fuente: Estudio PISMA-ep. * Incremento de riesgo por cada punto de incremento en la escala

ⁱⁱ El proyecto PISMA-ep 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. 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.



Crisis económica

Las crisis económicas, como la que actualmente está afectando a nuestro entorno, potencian factores de carácter socioeconómico que se asocian con una peor salud mental (pobreza, bajos niveles educativos, fragmentación y desigualdad social o desempleo). Así, como se ha visto en el apartado anterior, las personas en situación de desempleo o pobreza presentan un riesgo, mayor que la población general, de depresión, alcoholismo o suicidio. Por su parte, otros estudios señalan como las deudas y problemas de pago de la vivienda, conducen a un mayor riesgo de padecer trastornos mentales comunes.

En España, el Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) de 2014 señala que, según el estudio IMPACT, los trastornos mentales más comunes se han incrementado significativamente en las consultas de Atención Primaria (AP) entre 2006 y 2010: 19,4% en trastornos depresivos mayores, 8,4% en trastornos de ansiedad generalizada o 7,0% que suman los trastornos de dependencia o abuso del alcohol. También se observa un aumento considerable en el consumo de psicofármacos, especialmente antidepresivos, cuyo consumo se incrementó alrededor del 10% en cuatro años, entre 2009 y 2012.

El informe SESPAS muestra una importante controversia en relación a la evolución de la mortalidad por suicidio en el periodo de crisis en España. En Andalucía, las tasas ajustadas de suicidio obtenidas de las estadísticas de defunciones según causa de muerte del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) han variado poco entre 2002 y 2012 sin apreciarse un incremento significativo, aunque en hombres los valores de la serie andaluza son considerablemente mayores a la española.

3.2.4. Las personas con problemas de salud mental

En este apartado se expone información sobre la prevalencia de la enfermedad mental en Europa y Andalucía, y la morbilidad atendida en el SSPA y en otras redes, en concreto en FAISEM, en la red de atención a las drogodependencias y en la red de atención temprana. Asimismo se aporta información acerca del consumo de psicofármacos, incapacidad laboral y el impacto del estigma y la vulneración de derechos en las personas con enfermedad mental. Finalmente, se muestran datos de problemas de salud mental en personas en situación de riesgo e información sobre mortalidad por suicidio.



A.- Prevalencia de la enfermedad

La carga de enfermedad, expresada en *años de vida ajustados por discapacidad*, colocan a los problemas de salud mental en el cuarto lugar, con un 10 %, detrás de las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, del sistema circulatorio y los tumores. En mujeres, la carga de enfermedad correspondiente a los trastornos mentales y del comportamiento ocupa el segundo lugar.

Otros elementos sociales y epidemiológicos que se destacan en el IV PAS y que están relacionados con la salud mental son:

- incremento de la necesidad de cuidados de larga duración;
- mayor atención en las personas cuidadoras familiares, soporte principal de estos cuidados;
- especial atención a infancia, juventud y personas mayores, por su riesgo de exclusión;
- incremento de los diagnósticos de ansiedad y depresión e incremento del consumo de antidepresivos y tranquilizantes, especialmente entre las mujeres.

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, se puede observar que la prevalencia de enfermedad mental en los países que aportan datos varía entre el 8% y el 26%, bastante lejos del 38,2% estimado por Wittchen y cols. en 2011, para establecer el volumen y la carga de los trastornos mentales en Europa a partir de los resultados de varios estudios de prevalencia.



Tabla 5. 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
<i>Bélgica</i>	26,0% (Afección psicológica)	14,2% (Enf. mental probable)	9,5%	2008
<i>Bulgaria</i>	19,5%	-	20,0% (Enf. mental común)	2002-2006
<i>Dinamarca</i>	-	-	1,4%	2004
<i>Estonia</i>	8,4%	-	-	2008
<i>Finlandia</i>	-	-	16,0% (Síntomas depresión)	2009
<i>Francia</i>	-	2,8% (Síndromes psicóticos)	-	2003/1999
<i>Alemania</i>	-	-	10,7% (Cualquier trast. humor)	2008
<i>Grecia</i>	14,0%	7,0% (Necesita tratamiento)	-	2009
<i>Hungría</i>	15,0%	-	6,0% (Depresión crónica)	2002/2009
<i>Irlanda</i>	14,0%	-	-	2007
<i>Italia</i>	8,0%	-	9,4% (Síntomas depresión)	2009/2007
<i>Malta</i>	15,0%	-	6,6% (Algún momento vida)	2008
<i>P. Bajos</i>	18,0%	-	5,2% (Trastornos depresivos)	2010
<i>Portugal</i>	22,9% (Prevalencia anual)	-	7,9% (Prevalencia anual)	2010
<i>Rumanía</i>	13,4% (Estimado)	-	-	2007
<i>Eslovaquia</i>	-	-	12,8% (Preval. 6 meses DM*)	2006/2003
<i>Eslovenia</i>	-	-	5,0%	2005
<i>España</i>	13,8%	-	-	2006
<i>Reino Unido</i>	23,0%	0,4%	17,6% (Cualq. trast. común)	2007

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

*DM: Depresión mayor

En Andalucía, el informe de vigilancia epidemiológica, anteriormente mencionado, pone de manifiesto el aumento en la última década de los trastornos de depresión y ansiedad y el consumo de antidepresivos, tranquilizantes e hipnóticos, especialmente entre las mujeres.

En 2011, la prevalencia de depresión o ansiedad diagnosticada por los servicios sanitarios, era de 5,4% en hombres y de 7,8% en mujeres, con un gradiente social relacionado inversamente con el nivel de ingresos económicos y el nivel de estudios alcanzados (tabla 6).



Tabla 6. Prevalencia de depresión y/o ansiedad diagnosticada. Andalucía. EAS 2011			
Nivel de ingresos	Hombre	Mujer	Total
Hasta 999 €	6,5%	17,4%	12,6%
De 1.000 a 1.499 €	4,2%	13,2%	8,7%
De 1.500 a 1.999 €	3,1%	7,3%	5,2%
Más de 2.000 €	2,8%	4,9%	3,7%
NS/NC	2,5%	7,4%	4,9%
Estudios	Hombre	Mujer	Total
Sin estudios	7,6%	23,5%	17,6%
Primarios	4,7%	12,8%	8,9%
Secundarios / FP	2,8%	5,7%	4,1%
Universitarios	2,2%	5,4%	3,7%
Otros	1,9%	1,1%	1,6%
Situación laboral	Hombre	Mujer	Total
Trabaja	2,0%	5,8%	3,5%
En paro	4,1%	10,1%	6,6%
Busca 1er empleo	0,0%	2,3%	1,5%
Jubilado/a	6,5%	21,5%	11,4%
Persona ama de casa	0,0%	15,3%	15,3%
Estudiante	0,7%	1,3%	0,9%
Incapacidad / Invalidez	23,5%	32,8%	26,9%
Otros	14,3%	33,3%	25,0%
Hábitat	Hombre	Mujer	Total
Menos 2.000 hab.	3,3%	9,1%	5,9%
2.001-10.000 hab.	4,0%	14,2%	9,1%
10.001-50.000 hab.	4,6%	11,3%	7,9%
Más 50.000 habitantes	2,8%	10,4%	6,6%
Capitales de provincia	4,4%	11,6%	8,2%
TOTAL	4,0%	11,6%	7,8%

Fuente: IV Plan de Salud de Andalucía

La prevalencia de estos trastornos es llamativamente elevada entre las personas con invalidez o incapacidad permanente y, también, aunque en menor medida, entre personas jubiladas, paradas que han trabajado antes, sobre todo si son mujeres, y personas que trabajan en labores domésticas sin remunerar.

Por otro lado, en la tabla 7 se recoge la prevalencia de trastornos mentales, según los datos aportados por el estudio epidemiológico realizado en Andalucía (proyecto 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.

Tabla 7. Prevalencia punto estimada de trastornos mentales. Estudio PISMA-ep. Andalucía		
Trastorno	Prevalencia*	Casos
<i>Cualquier trastorno mental</i>	14,8	666
<i>Episodio depresivo</i>	6,4	289
<i>Episodio depresivo recurrente</i>	4,8	215
<i>Depresión melancólica (DSM-IV)</i>	3,0	136
<i>Trastorno distímico</i>	0,9	39
<i>Episodio maníaco</i>	0,2	9
<i>Trastorno de angustia</i>	2,0	88
<i>Agorafobia</i>	0,6	26
<i>Trastorno obsesivo-compulsivo</i>	1,0	47
<i>Trastorno de estrés postraumático</i>	1,2	54
<i>Trastorno de ansiedad generalizada</i>	2,2	91
<i>Trastorno de la personalidad</i>	10,8	487
<i>Trastorno límite de la personalidad</i>	2,5	114
<i>Trastorno psicótico (Punto)</i>	1,6	73
<i>Trastorno psicótico (Vida)</i>	2,8	127
<i>Trastorno déficit atención/hiperactividad (Adulto)</i>	0,4	19
<i>Dependencia alcohol</i>	2,8	127
<i>Dependencia a otros tóxicos</i>	2,2	99

Fuente: Estudio PISMA-ep

*Se recogen prevalencias punto, esto es, en el momento de la evaluación y durante el mes previo.

B.- Personas con problemas de salud mental atendidas en el sistema sanitario

El primer contacto de las personas con problemas de salud mental en el SSPA se establece, con carácter general, en el ámbito de la AP. La atención especializada se lleva a cabo en dispositivos específicos de salud mental en los que se presta atención ambulatoria y domiciliaria, hospitalización parcial y completa. Y con respecto a las urgencias de salud mental, estas son atendidas como el resto de las urgencias del SSPA. A continuación, se aporta información sobre estos tres ámbitos asistenciales.



B.1.- Atención Primaria

En la actualidad, los sistemas de información disponibles en AP 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 tabla 8 se presenta el número de personas derivadas desde los centros de salud de los distintos Distritos Sanitarios de Atención Primaria (DSAP) o Áreas de Gestión Sanitaria (AGS) hacia las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC).

Tabla 8. Derivaciones desde Atención Primaria a las USMC por DSAP / AGS. SSPA, 2008-2013				
DSAP / AGS	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



Tabla 8. Derivaciones desde Atención Primaria a las USMC por DSAP / AGS. SSPA, 2008-2013

DSAP / AGS	Derivaciones 2008	Derivaciones 2013	% Variación 2008-2013	Tasa 2013 x 1.000 h.
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 (2008) - INFHOS (2013)

En la tabla anterior se puede constatar la variabilidad existente entre los distintos DSAP/AGS, que podría explicarse por la incidencia de los sistemas de informaciónⁱⁱⁱ, aunque también por el desigual trabajo desarrollado en el ámbito de la cooperación entre ambos niveles asistenciales.

B.2.- Atención en los servicios de salud mental

En cuanto al uso de los recursos especializados de atención a la salud mental, a continuación se detalla la actividad asistencial por dispositivo.

Unidades de Salud Mental Comunitaria

En los últimos seis años, las personas atendidas en las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) han aumentado en un 25%. 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 9).

Tabla 9. Evolución de personas atendidas y consultas. USMC. SSPA, 2008-2013

USMC	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Personas atendidas	212.087	221.843	234.709	242.766	253.372	268.521
Tasa x 100.000 hab.	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.

En la siguiente tabla se presenta el porcentaje de personas atendidas en las USMC en el año 2013, según grupo diagnóstico CIE-10.

ⁱⁱⁱ A lo largo de estos años se ha producido el cambio de los sistemas de información de SISMA a DIRAYA.

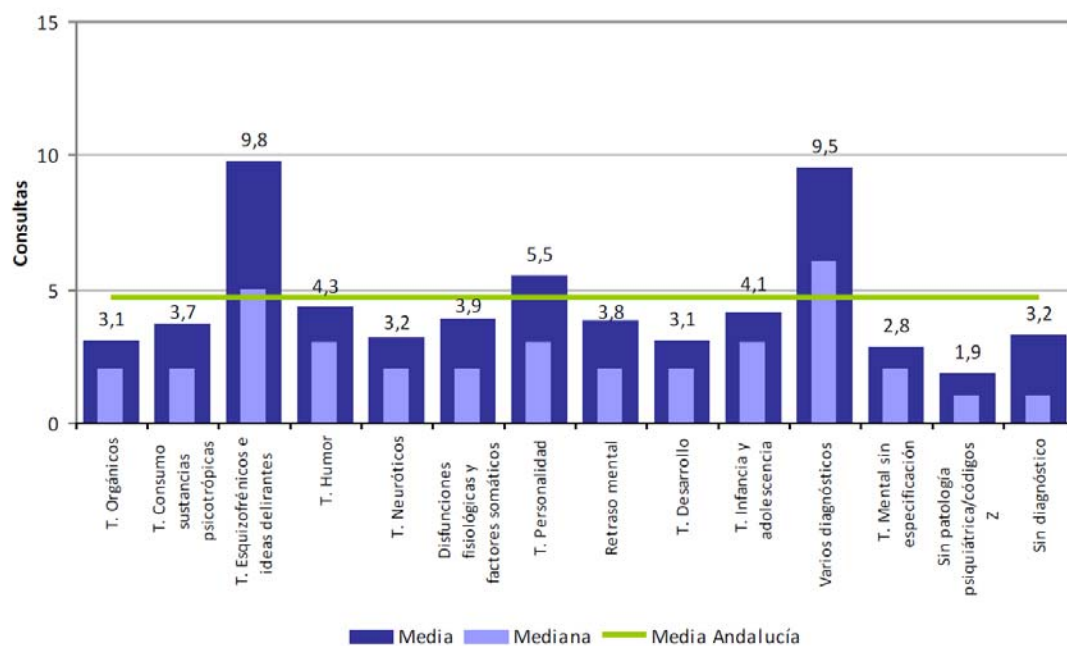


Tabla 10. Personas atendidas en las USMC según grupo diagnóstico. SSPA, 2013			
CIE-10	Grupo diagnóstico	Número	%
F00-F09	T. Orgánicos	3.173	1,5
F10-F19	T. Consumo sustancias psicotrópicas	2.191	1,1
F20-F29	T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	18.041	8,8
F30-F39	T. Humor	38.785	18,9
F40-F49	T. Neuróticos	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

En el gráfico 3 se pueden observar las consultas realizadas en las USMC, por persona y año, según grupo diagnóstico.

Gráfico 3. Consultas realizadas en las USMC por persona y año según grupo diagnóstico. Andalucía, 2013



Fuente: DIRAYA. Programa de Salud



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).

Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil

En cuanto a la evolución del número de personas atendidas en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J), 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 11).

Tabla 11. Evolución de personas atendidas y consultas. USMI-J. SSPA, 2008-2013						
USMI-J	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Personas atendidas	16.538	18.049	18.427	18.734	19.467	21.312
Tasa x 100.000 hab.	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

En la siguiente tabla se presenta el porcentaje de personas atendidas en las USMI-J en el año 2013 según grupo diagnóstico CIE-10.

Tabla 12. Personas atendidas en las USMI-J 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 somáticos	341	2,4
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



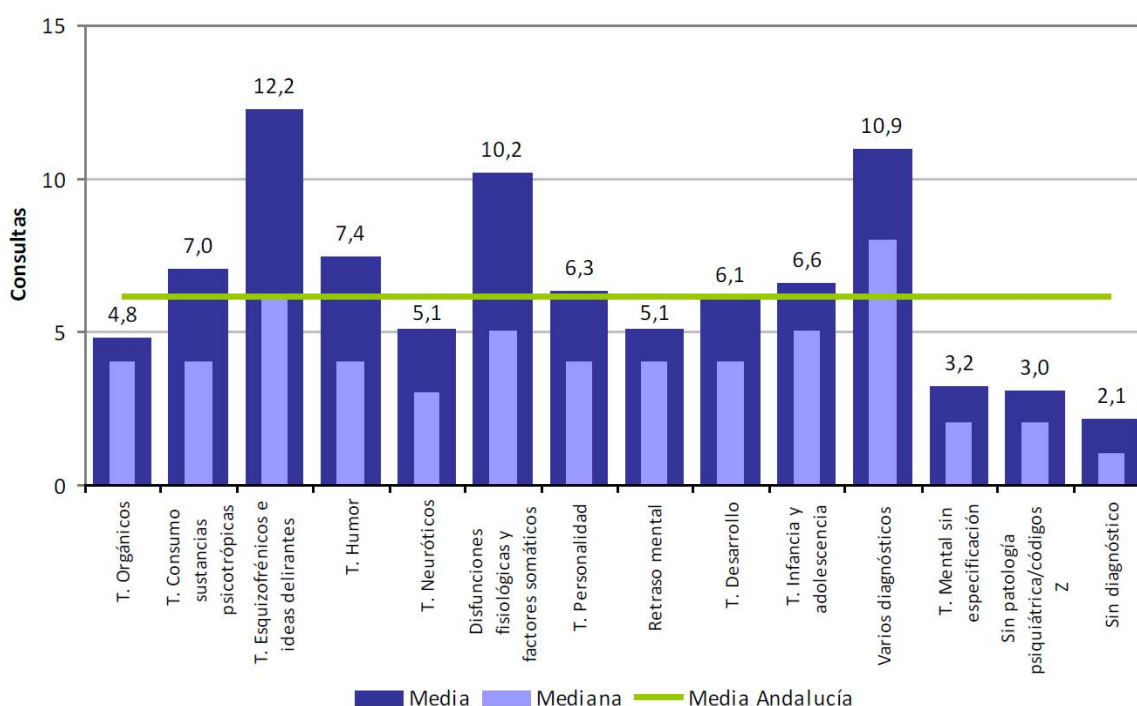
Tabla 12. Personas atendidas en las USMI-J según grupo diagnóstico. SSPA, 2013			
CIE-10	Grupo diagnóstico	Número	%
	Sin patología psiquiátrica/códigos Z	700	5,0
	Sin diagnóstico	837	6,0
TOTAL		13.926	100,0

Fuente: DIRAYA. Programa de Salud Mental

En el gráfico 4 se observa que las personas que más acudieron a consulta fueron las diagnosticadas de trastornos esquizofrénicos e ideas delirantes, con 12,2 consultas anuales de media.

Le siguen las personas que registraron varios diagnósticos, 10,9 consultas de media por paciente y año y, por último, las pertenecientes al grupo de disfunciones fisiológicas y factores somáticos (10,2).

Gráfico 4. Consultas realizadas en USMI-J por persona y año según grupo diagnóstico. Andalucía, 2013



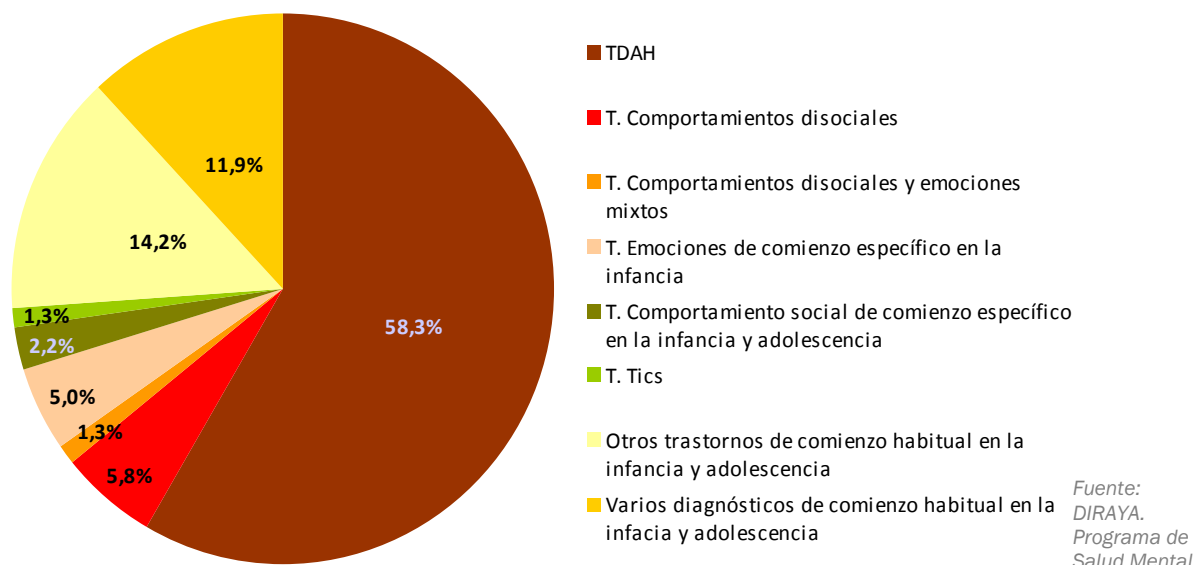
Fuente: DIRAYA. Programa de Salud Mental

En el análisis de las personas atendidas en las USMI-J, es de especial importancia el grupo de personas con trastornos de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia.

En el gráfico 5 se observan los porcentajes de personas atendidas en función de este grupo de trastornos.



Grafico 5. Personas atendidas en las USMI-J por trastornos de la infancia y adolescencia según tipo de trastorno. SSPA, 2013



Unidades de Hospitalización de Salud Mental

Según el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) 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 descenso a 9.748 en el año 2012.

En los 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%. El porcentaje de 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 13. Evolución del nº 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, en 2009, el porcentaje de hombres (58%) es mayor al de las mujeres (42%), 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 14. 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

Respecto a las tasas por 100.000 habitantes de altas hospitalarias en Andalucía, la media anual se mantiene prácticamente estable a lo largo del periodo analizado (146,9 en 2008 y 143,6 en 2013). Sin embargo, al comparar los datos entre las distintas UHSM, existen diferencias llamativas, oscilando entre 80 y 200 altas por 100.000 habitantes en algunos de estos años.

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

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 en Andalucía fue de 1.689, lo que supuso 63.522 estancias.

Tabla 15. Actividad media anual de los Hospitales de día de salud mental. SSPA, 2008-2013

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

Fuente: Programa de Salud Mental de Andalucía

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 16. Actividad media anual de las Unidades de Rehabilitación de Salud Mental. SSPA, 2008-2013	
	Promedio anual 2008-2013
Ingresos	388
Altas	255
Personas atendidas	1.755
Estancias	86.888

Fuente: Programa de Salud Mental de Andalucía

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 17. Actividad media anual en las Comunidades Terapéuticas. SSPA, 2008-2013			
	Promedio anual 2008-2013		
	Hospitalización completa	Programa de día	TOTAL
Ingresos	206	219	425
Altas	203	180	383
Personas atendidas	399	577	976
Estancias	75.072	52.539	127.611

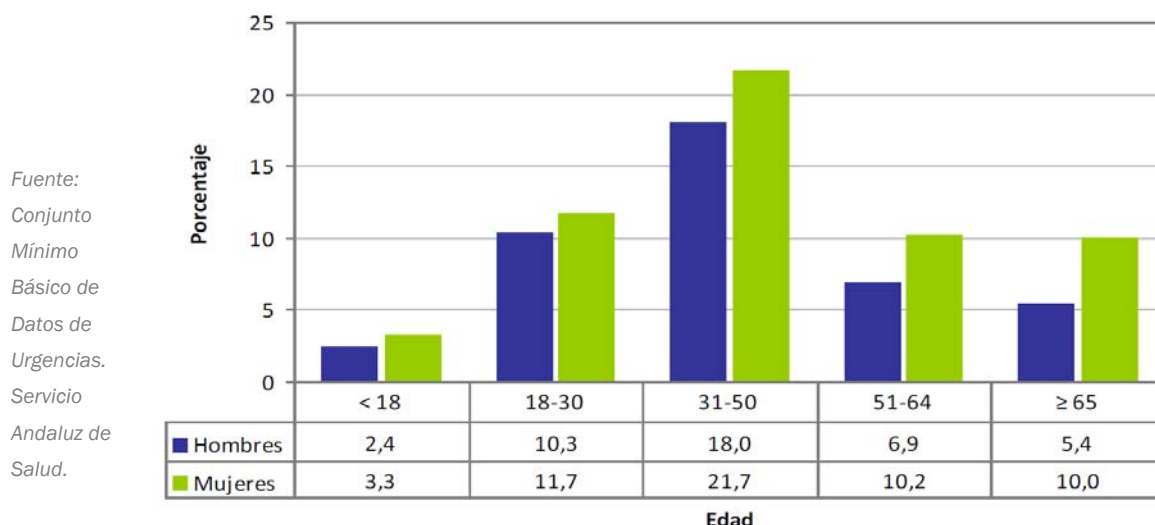
Fuente: Programa de Salud Mental de Andalucía

B.3.- Atención en los servicios de urgencias

En cuanto a la atención urgente a los problemas de salud mental, según la información del CMBD-Urgencias, en el año 2013 se registraron un total 3.273.428 admisiones en los servicios de urgencias en los hospitales públicos del SAS, de las cuales el 2,27% (74.198) tiene codificado como diagnóstico principal un trastorno mental.



Gráfico 6. Urgencias atendidas por trastorno mental según grupo de edad y sexo.
Hospitales del Servicio Andaluz de Salud 2013



C.- Consumo de psicofármacos

Se ha producido un aumento significativo en el consumo de psicofármacos en el periodo 2008-2013: 14,15% en envases, 19,55% en dosis diaria definida y un 16,17% en dosis diaria definida por habitante y día. Este aumento se asocia fundamentalmente al incremento en el consumo de antidepresivos, en primer lugar, seguido de benzodiacepinas y ansiolíticos.

En contraste, disminuye drásticamente el consumo de sustancias como los psicolépticos en combinación con psicoanalépticos o de hipnóticos y sedantes. Se mantiene estable el consumo de antipsicóticos y litio.

Tabla 18. Consumo de fármacos en Andalucía. Total de envases. SSPA, 2008-2013			
	2008	2013	% Var. 08-13
Ansiolíticos	8.924.423	9.966.098	11,67
Derivados benzodiazepinas	1.642.129	2.091.856	27,39
Fármacos relacionados benzodiazepinas	783.648	792.594	1,14
Otros hipnóticos y sedantes	124.413	87.389	-29,76
Antidepresivos	4.252.334	5.517.977	29,76
Psicolépticos / psicoanalépticos (comb.)	219.637	0	-100,00
Antipsicóticos	1.860.695	1.877.692	0,91
Litio	41.920	40.947	-2,32
Total	17.849.199	20.374.553	14,15

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

Si comparamos las cifras de Andalucía con los datos a nivel nacional, recogidas en el Informe SESPAS 2014 sobre crisis económica y salud mental, observamos que las



tendencias son parecidas. Sin embargo la magnitud del aumento del consumo de antidepresivos y tranquilizantes, es mucho mayor en nuestra Comunidad Autónoma.

Tabla 19. Consumo de envases. España, 2009-2013

	2009	2010	2011	2012	2013	% Var. 09-13
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

Fuente: Crisis económica y Salud mental. Informe SESPAS 2014

D.- Incapacidad laboral por problemas de salud mental

Los resultados de un estudio sobre la incapacidad laboral permanente (IP) a nivel nacional publicado en el año 2014 indican 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 IP entre 2009 y 2012. Las causas más frecuentes de IP fueron los trastornos musculoesqueléticos (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 = 49 años).

En Andalucía, según el sistema de información SIGILUM de la Consejería de Salud, en el año 2013 se produjeron 473.154 bajas laborales de las cuales 25.178 corresponden a bajas por trastornos mentales lo que supone un 5,32%. Este tipo de bajas tiene una duración media de 82,2 días, siendo muy superior a la media de días de baja por cualquier causa (49,5).

Por otra parte, según la EAS del 2011, las personas en situación de incapacidad e invalidez conforman un grupo de mayor riesgo de padecer trastornos mentales.

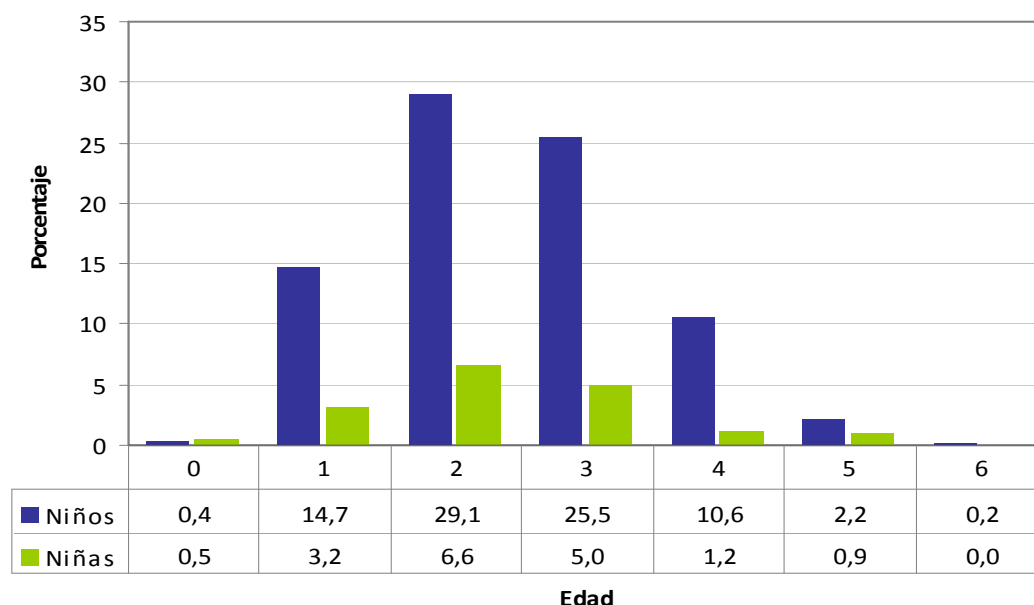
E.- Personas con enfermedad mental atendidas en la red de Atención Temprana

La Atención Temprana se define 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 una intervención integral dirigida a potenciar capacidades y evitar o minimizar posibles deficiencias. Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) son un ejemplo claro de trastorno que se puede beneficiar de una atención temprana de calidad.



Según los datos suministrados por el Sistema de Información de Atención Temprana (ALBORADA), los niños y niñas que recibieron atención en 2013 en este programa han sido 1.269. Por sexo, destaca que 1.048 (82,54%) son niños y 220 (17,34%) niñas. En el gráfico 7 se muestra la distribución de menores atendidos en los Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT) según edad y sexo.

Gráfico 7. Menores de 6 años atendidos en los CAIT por TEA según grupo de edad y sexo. SSPA, 2013



Fuente: Sistema de Información de Atención Temprana (Alborada)

F.- Personas con enfermedad mental grave atendidas en los Programas de apoyo social de FAISEM

Las personas atendidas en la red de apoyo social de la FAISEM,^{iv} 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 FAISEM.

Durante ese año, 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. La mayoría de las personas acogidas en este

^{iv} La dotación de recursos de apoyo social de FAISEM se describe en el apartado 3.2.5.



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 su situación jurídica, el 30% estaban incapacitados civilmente.

Respecto a las personas atendidas en el Programa de soporte diurno (centros de día y talleres) fueron en su mayoría hombres (72%), de los cuales el 83% eran personas solteras y con edad media de 47,5 años (rango de 19 a 87 años). 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, 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.

Por su parte, de las personas atendidas por los Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo (SOAE), el 65% eran hombres y el 35% mujeres, estando el grueso de la población atendida (65%) entre los 25 y los 45 años de edad. El diagnóstico más frecuente en estas personas era de esquizofrenia (35%), seguido de trastorno bipolar (12%) y de trastornos de la personalidad (12%). El 82% de las personas atendidas tenía ya algún tipo de experiencia laboral.

G.- Impacto del estigma y la vulneración de derechos en las personas con enfermedad mental

A pesar de los avances en la integración de las personas con problemas de salud mental logrados con el modelo de atención comunitaria, persiste una imagen social negativa de estas personas, favorecida por los prejuicios y falsas creencias. Esta imagen social 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 CDPD.

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 efectiva en la sociedad. Esta situación de exclusión, refuerza aún más las falsas creencias, configurando un círculo vicioso que resulta en extremo difícil de romper: el estigma.



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. El estigma afecta a múltiples aspectos de la vida de las personas, incluida la atención sanitaria (búsqueda de ayuda de forma tardía, abandonos de tratamiento cuando perciben mejoría, atención deficitaria a la salud física...)

Todas las consecuencias negativas del estigma se incrementan 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. Este 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 profesionales de los servicios sanitarios y sociales. A su vez, 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, dificultando aún más las posibilidades de recuperación.

La familia también se ve frecuentemente afectada por el estigma social; el sentimiento de vergüenza, de culpa, conlleva sufrimiento y ocultación lo que dificulta, también, las posibilidades de integración y recuperación de las personas con enfermedad mental y de quienes las cuidan.

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..., que suponen vulneraciones de derechos en diversas esferas de la vida de las personas.

Las vulneraciones de derechos también se producen en los sistemas de atención, tanto en la práctica profesional, como en la planificación y la gestión de los servicios. Con el enfoque de derechos humanos se pretende que las personas usuarias se empoderen a través de la promoción de sus capacidades y fortalezas; y también exigir que las instituciones cumplan con su deber de respetar, proteger y hacer cumplir los derechos, incorporando, asimismo, la perspectiva de género para evitar sesgos sexistas y desigualdades por razón de género.

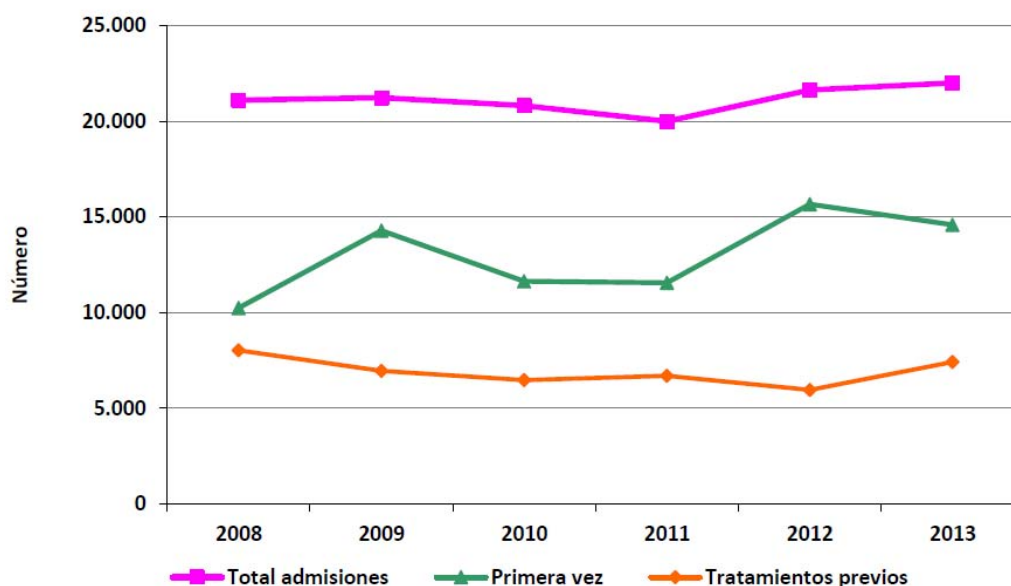
H.- Personas atendidas en la red de atención a las drogodependencias

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.

Gráfico 8. 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).

I.- Problemas de salud mental y situaciones de riesgo

Existen personas en riesgo de desarrollar problemas de salud mental al tener que afrontar situaciones adversas múltiples. Asimismo, las propias situaciones adversas dificultan el afrontamiento de una enfermedad mental. En este apartado se incluyen a las personas internadas en instituciones penitenciarias, sin hogar, inmigrantes, mayores, con discapacidad, población infantil y adolescente en situación de vulnerabilidad, y las mujeres víctimas de violencia de género.

I.1.- Personas internadas en instituciones penitenciarias

Según el último informe de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 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 trastornos mentales. 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 días.

Según el estudio de prevalencia en instituciones penitenciarias de Andalucía realizado por FAISEM en 2012, ocho de cada diez personas internadas han padecido algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida, y uno de cada cuatro en el último mes. En concreto, la prevalencia-vida de presentar cualquier trastorno mental 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%).

La comorbilidad de problemas de drogodependencias y trastorno mental (excluyendo el uso de sustancias) se pone de manifiesto en diversos estudios de prevalencia. Así Vicens y cols., encontraron en el estudio PRECA que el 92% de la población reclusa que presentaron algún tipo de trastorno mental tenían en su historial trastorno por consumo de sustancias. En relación con el suicidio, se estima que su incidencia es ocho veces superior a la incidencia en la población general.

Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios

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 (HPP).

El HPP de Sevilla, dependiente de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior, es solo para hombres. Como se puede observar en la tabla 20, el porcentaje de hombres ingresados en este centro que no pertenece a la Comunidad Autónoma de Andalucía, varía entre un 12,35% de 2009 y el 31,28% de 2012.

Tabla 20. 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. D. G. de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.



Los trastornos mentales más frecuentes de la población internada procedente de Andalucía son la esquizofrenia y el trastorno 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, entre un 50% y un 70% de los hombres vuelven al domicilio propio o familiar.

En el HPP de Foncalent (Alicante) se internan 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. En 2013, el 50% de las mujeres andaluzas, reclusas aquí, padecían trastornos esquizofrénicos y trastorno por ideas delirantes. Solo dos mujeres fueron dadas de alta volviendo a su domicilio. En este centro también ingresan hombres aunque solo 25 proceden de Andalucía (el 9,19% de la población interna).

1.2.- Personas sin hogar

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% de las personas sin hogar sufren enfermedades mentales graves, existiendo además un riesgo muy alto de comorbilidad de diferentes trastornos mentales.

En España, según la Encuesta a las Personas sin Hogar, realizada por el INE en el año 2012, un 16,6% afirma tener un trastorno mental, siendo este porcentaje mayor en el caso de las mujeres (22,3%). 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. Asimismo, el 20% afirma no tener tarjeta sanitaria, lo que les dificulta el acceso a los servicios de atención de salud mental y la adherencia terapéutica.

1.3.- Personas inmigrantes

Las personas inmigrantes pueden verse influidas por determinados 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 receptora.

Según datos del estudio CIBERESP 2014, dirigido por Malmusi y Gotsens, las personas nacidas en países de renta baja tienen un mayor riesgo de problemas de 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, aunque entre los años 2006 y 2012 la evolución en 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.

1.4.- Personas mayores

En España, la proporción de población mayor de 64 años ha pasado de representar un 11,2% en 1981 a un 17,3% en 2011, lo que traducido a términos absolutos supone que esta población se ha duplicado en este periodo. Además, las proyecciones indican que el número de personas mayores seguirá aumentando.

Para muchas personas mayores, esta etapa del ciclo vital les brinda experiencias positivas, libres de obligaciones laborales y con oportunidades para seguir creciendo y aprendiendo, así como para el disfrute personal y social. Sin embargo, en esta etapa también se dan circunstancias que impactan negativamente en la salud mental de esta población (por ejemplo, cuando la jubilación se asocia a una pérdida de estatus, de estructuración de la vida diaria o de disminución de contacto sociales; el deterioro progresivo de la salud y las habilidades físicas; la disminución de ingresos; y la pérdida de pareja, familiares y amistades). Según el informe sobre salud mental en población mayor, publicado por la Comisión Europea en 2010, el miedo a la pérdida de independencia es también común en este grupo de edad. La prevalencia de sintomatología ansiosa-depresiva en estas edades es alta, padeciendo depresión entre el 10% y el 15% de las personas mayores de 65 años.

El envejecimiento de la población conlleva un aumento de las personas dependientes. El aumento del volumen y del peso relativo de personas mayores en la pirámide de población, 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. Según los datos disponibles del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) 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%).

1.5.- Personas con discapacidad

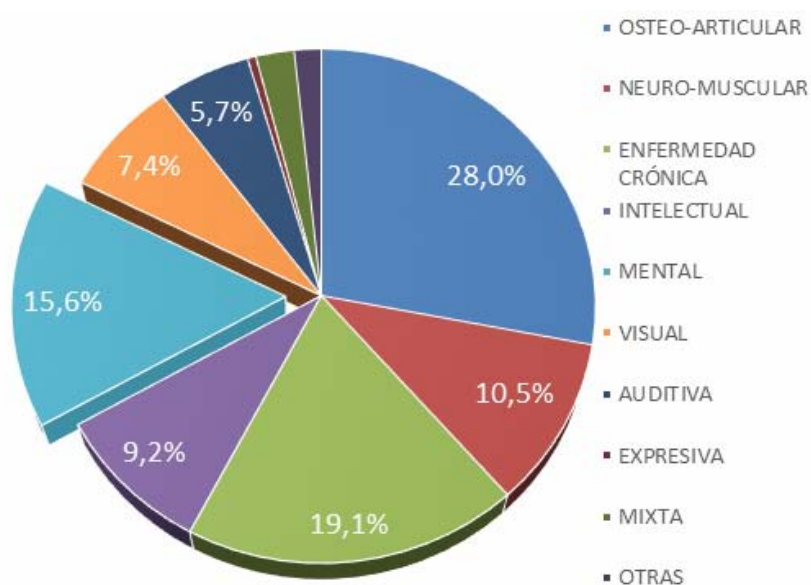
Las personas con discapacidad presentan problemas físicos, mentales, intelectuales o sensoriales, que, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena



y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás. Además, para acceder a determinadas prestaciones, deben tener reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33%.

En España, las enfermedades osteoarticulares son causantes del 28% de discapacidades, seguidas de las enfermedades crónicas (19,1%) y las enfermedades mentales (15,6%). Respecto a la discapacidad intelectual, está presente en el 9,2% de las personas con discapacidad (gráfico 9).

Gráfico 9. 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). IMSERSO

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

I.6.- Infancia, adolescencia y adversidad

Existen determinados factores de riesgo en la población infantil y adolescente que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar trastornos mentales, como por ejemplo tener una discapacidad, una enfermedad crónica, ser víctima de maltrato o acoso escolar, tener padres con problemas de adicciones o enfermedades crónicas, sufrir un exceso de acontecimientos vitales estresantes, estar en situación de pobreza y marginación social...



De los datos que aporta el Observatorio de la Infancia de Andalucía se destacan, por su mayor complejidad, los referidos a la población infantil y adolescente en acogimiento residencial con graves trastornos de conducta y las víctimas de maltrato infantil.

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 de edad repartidos entre los 14 centros específicos para trastornos de conducta de Andalucía. La mayoría fueron chicos (71,1%) y aunque las edades oscilaban entre los 10 y los 17 años, más del 70% 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%) tenían resolución de desamparo y el resto están acogidos en régimen de guarda. Y en relación al diagnóstico clínico, 75 (un 52,8%) tenían registrado un diagnóstico previo al ingreso en el centro, destacando el trastorno disocial.

En relación a las víctimas de maltrato infantil, que incluye cualquier forma de violencia, ya sea física o emocional, según el Sistema de Información específico sobre Maltrato Infantil (SIMIA), durante el año 2012 se registraron, en Andalucía, 2.699 notificaciones entre sospechas y casos confirmados. De ellas, el 46,2% fueron de tipo emocional, un 37,3% correspondieron a negligencias, un 14% a maltrato físico y el 2,5% restante a abusos sexuales. Las niñas y las adolescentes fueron las víctimas mayoritarias en el caso de abusos sexuales y maltrato de tipo físico, mientras que los chicos lo fueron de maltrato emocional y derivados de negligencias.

Asimismo, durante el año 2012 se recibieron 1.420 llamadas telefónicas 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% y leves en el 28,8% restante.

1.7.- Violencia de género

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). No obstante, las muertes por violencia de género son sólo la punta del iceberg. Según la última macroencuesta realizada en España sobre violencia contra las mujeres, el tipo de maltrato que han sufrido a lo largo de la vida, es: 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 sexual de su pareja actual en algún momento de la relación y el 1,9% en los últimos 12 meses.

Esta violencia de género afecta también al resto de la familia y a otros grupos en situación de vulnerabilidad. Según los datos de la macroencuesta anterior, del total de mujeres que sufren o han sufrido violencia 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 sus hijos e hijas presenciaron o escucharon alguna de las situaciones de violencia, y de estas, el 64,2% afirma que estos hijos/as sufrieron a su vez violencia. Por otro lado, en un estudio realizado en Andalucía en 2011 con una muestra de 1.115 mujeres con discapacidad, el 31% afirmaba haber sido víctima de violencia.

Según el reciente estudio epidemiológico PISMA-ep, de un total de 1.958 mujeres con pareja, el 7,4% informaron haber sufrido algún tipo de maltrato, físico (2,8%), emocional (7,0%) o sexual (1,0%) en los últimos años.

Los resultados del mencionado estudio constatan que el 25,3% de las mujeres maltratadas presenta riesgo leve, moderado o alto de suicidio, frente al 6,4% de las que no han sido maltratadas. Asimismo, el 51,4% de las mujeres maltratadas cumple criterios para cualquier trastorno mental, frente al 17,9% de las que no han sido maltratadas.

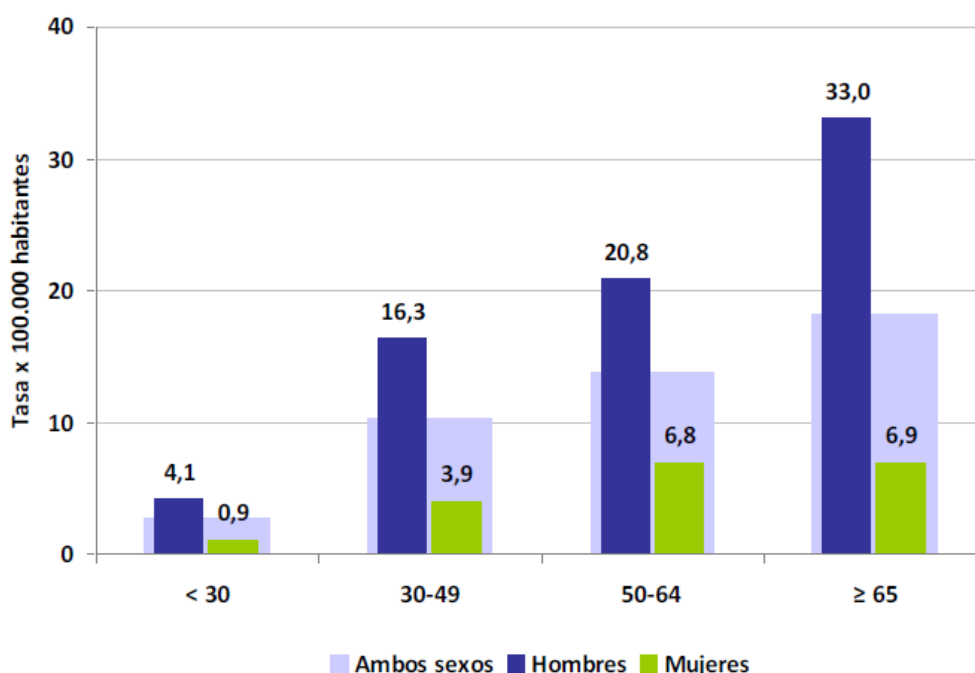
J.- Mortalidad por suicidio

La tasa estandarizada por suicidio en hombres en Andalucía se sitúa en 13,4 por cada 100.000 habitantes. Ocupa la segunda posición entre las comunidades autónomas españolas, sólo por detrás de Galicia, que tiene una tasa de 15,0 suicidios. En el caso de las mujeres, Andalucía es la cuarta comunidad, con una tasa de 3,4, por detrás de Asturias (con una tasa destacada de 6,4), Galicia y La Rioja.

La edad es también una variable que incide, aunque de modo más moderado que el sexo, en la tasa de suicidio, tal y como se puede ver en el gráfico que recogemos al final de este apartado. A más edad mayor es la tasa de suicidios por cada 100.000 habitantes.



Gráfico 10. Suicidios según grupo de edad y sexo. Tasas por 100.000 habitantes. Andalucía, 2012.



Fuente: Defunciones según causa de muerte y Cifras de población. INE

3.2.5. Recursos para la atención a las personas con problemas de salud mental

La red de atención a la salud mental de Andalucía incluye a los recursos del SSPA, los recursos y programas de apoyo social y la red de asociaciones de apoyo mutuo de personas usuarias y familiares.

Recursos sanitarios

La red de atención a la salud mental del SSPA incluye los servicios de AP, hospitalarios y de urgencias, y sus equipos multidisciplinares que interactúan desde los diferentes niveles asistenciales.

La atención hospitalaria se realiza a través de una red de dispositivos de salud mental, distribuidos por toda la geografía andaluza y organizados en UGC de SM dependientes de las diferentes áreas hospitalarias o Áreas de Gestión Sanitaria (AGS), cuya cartera de servicios incluye atención ambulatoria y domiciliaria, programas de día y hospitalización. Asimismo, se cuenta con un área integrada de gestión de salud mental en la Agencia Pública Sanitaria Hospital de Poniente, a la que están adscritos los dispositivos de salud mental.

En la tabla 21 se detallan los dispositivos y recursos existentes, a finales de 2013, en la red especializada de atención a salud mental en total y en cada UGC de SM.



Tabla 21. Recursos sanitarios especializados para la atención a la salud mental por UGC de SM.
SSPA, 2013

UGC de SM	USMC	USMI-J			UHSM		HDSM		URSM		CTSM		
	Disp.	Disp.	Camas	Plazas HD	Disp.	Camas	Disp.	Plazas	Disp.	Plazas	Disp.	Camas	Plazas HD
Torrecárdenas	3	1	3	12	1	31	1	20	1	30	1	14	30
Poniente					1	15	1	20					
Norte Almería	2						1	20					
Puerta Mar	2	1											
Puerto Real	3	1	4	20	1	28			1	30	1	20	20
Campo Gibraltar	2	1	2	20	1	14	1	20		30			
Norte Cádiz	3	1	4	10	1	28					1	15	30
Reina Sofía	5	1		20	1	43		20	1	30	1	19	30
Sur Córdoba	2				1	20	1	20					
Norte Córdoba	2												
Granada V Nieves	3	1	2	40	1	29	1	20			1	15	30
Granada S Cecilio	2				1	30			1	30	1	15	6
Nordeste Granada	2				1	12	1	20					
Sur Granada	2						1	20					
Huelva	5	1	2	20	1	31			1	30	1	15	15
H. Jaén	5	1	5	15	1	37			1	30	1	28	30
N Jaén S J Cruz	2				1	15							
N Jaén S Agustín	1						1	20					
Regional Málaga	2	1	2	20	1	42			1	30	1	20	30
Axarquía	1						1	20					
Norte Málaga	1						1	20					
H. V. Victoria	8	1	5	25	1	30	1	20			2	40	30
Serranía Málaga	1												
H V Rocío	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
Sur Sevilla	4	1		10	1	31	1	20			1	15	30
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

Los equipos de trabajo de los diferentes dispositivos de SM los componen profesionales de diversas titulaciones: Psiquiatría, Psicología clínica, Enfermería, Trabajo social, Terapia ocupacional, Gestión administrativa y otras disciplinas.



En la tabla 22 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 22. Distribución de los recursos humanos según categoría profesional y tipo de dispositivo. SSPA, 2013							
	USMC	USMI-J	UHSM	HDSM	URSM	CTSM	TOTAL
<i>Psiquiatría</i>	296	35	92	27	8	34	492
<i>Psicología clínica</i>	144	33	18	25	16	24	259
<i>Trabajo Social</i>	76	11	8	1	7	12	115
<i>Enfermería</i>	155	40	238	35	13	132	613
<i>Auxiliar enfermería</i>	119	28	351	16	24	193	730
<i>Administración</i>	108	14	20	13	8	13	175
<i>Terapia ocupacional</i>	-	13	10	12	9	12	56
<i>Monitor/a ocupacional</i>	-	5	10	16	16	35	82
<i>Celador/a</i>	3	-	81	2	-	42	128
TOTAL	901	179	827	147	101	497	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 de SM, contabilizándose un total de 2.687 profesionales.

Recursos generales y específicos de apoyo social

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 general de bienestar social. Entre los más utilizados por parte de este colectivo destacan los 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; los programas generales del sistema educativo que permiten compensar carencias formativas en general y particularmente en el ámbito del acceso al empleo; los programas generales de formación y apoyo al empleo vinculadas a las políticas de empleo; y los programas de apoyo al alojamiento de sectores desfavorecidos.

Los recursos específicos de apoyo social para personas con enfermedad mental grave son gestionados por FAISEM. Sus programas se orientan a cubrir las dificultades o carencias de las personas con trastornos mentales graves, que básicamente están relacionadas con el alojamiento, el empleo, la actividad cotidiana y las relaciones sociales. Algunas de ellas



necesitan 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 (poblaciones en situación de sin hogar o en instituciones penitenciarias).

Los programas de apoyo social se llevan a cabo en estrecha coordinación con los servicios de SM del SSPA y, cuando corresponde, con la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. FAISEM también desarrolla 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 la tabla siguiente se detallan los dispositivos y plazas de FAISEM a finales de 2013, en función de los distintos programas de apoyo social.

Tabla 23. Nº de dispositivos y plazas de los distintos programas de apoyo social. FAISEM, 2013		
	Dispositivos	Plazas / Personas
Programa residencial		
<i>Casas-hogar</i>	52	912
<i>Viviendas supervisadas</i>	156	688
<i>Plazas en residencias generales</i>	-	44
<i>Plazas en pensiones</i>	-	-
<i>Atención domiciliaria</i>	-	270
Programa empleo		
<i>Cursos formación para el empleo</i>	11	57
<i>Empresas sociales</i>	10	334*
<i>Servicios de orientación y apoyo</i>	8	1.551**
Programa soporte diurno		
<i>Talleres ocupacionales</i>	85	2.054
<i>Centros de día</i>	28	925
<i>Clubés sociales</i>	45	1.629
<i>Plazas de estancia diurna</i>	-	270
<i>Programa de vacaciones</i>	-	254
Programas específicos		
<i>Atención a personas sin hogar</i>	-	130
<i>Atención a población penitenciaria</i>	-	211
<i>Apoyo a instituciones tutelares</i>		
<i>Entidades tutelares</i>	-	1.467

Fuente: Memoria de FAISEM. Año 2013

* Puestos de trabajo de personas con TMG.

** Personas que obtuvieron un contrato y/o fueron orientadas específicamente a programas de empleo.



En la tabla 24 se detalla la plantilla de profesionales de FAISEM a finales de 2013, en función de la categoría profesional.

Tabla 24. Distribución de recursos humanos de FAISEM por categoría profesional. Año 2013	
Categoría profesional	Nº de profesionales
Personal técnico	104
Personal de programas	844
Personal de administración	40
Personal de servicio y mantenimiento	46
Otros	6
TOTAL	1.040

Fuente: Memoria FAISEM 2013

Red de asociaciones de apoyo mutuo

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 Salud y aquellas federadas, inscritas en la Consejería de Justicia e Interior.

Tabla 25. 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)	16
Federación Andaluza de Asociaciones de Usuarios/as de Salud Mental (En Primera Persona)	11
Federación Andaluza de Asociaciones de Ayuda al Trastorno Hipercinético y Déficit de Atención (FAHYDA)	14
Federación Andaluza de Padres con Hijos con Trastornos del Espectro Autista (Autismo Andalucía)	11
Federación Andaluza de Síndrome de Asperger (Asperger Andalucía)	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 Salud y Directorio de Asociaciones de la Consejería de Justicia e Interior. Junta de Andalucía.

Existen, además, otras 52 asociaciones inscritas exclusivamente en el registro de la Consejería de Justicia e Interior, pero no en el registro de la Consejería de Salud, por lo que no se han incluido en la tabla anterior.



3.3. Principales necesidades y expectativas expresadas

En este apartado, se presenta un resumen de las acciones más citadas por las distintas personas que participaron en el estudio de necesidades y expectativas realizado para la elaboración de este Plan.

Promoción de la salud y el bienestar emocional.

La mayor parte de las propuestas que se mencionan van dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y sus familiares y, más concretamente, aumentar intervenciones sobre “hábitos de vida mentalmente saludable”.

En promoción de la salud se propone incluir contenidos de salud mental; facilitar la inclusión social y la creación y mantenimiento de redes de apoyo social y familiar; y difundir mensajes en medios de comunicación social sobre la importancia de la salud mental y sobre cómo cuidar la salud y el bienestar emocional.

Prevención de los problemas de salud mental

En este apartado se propone trabajar con agentes comunitarios claves en la prevención de problemas de salud mental, ofreciendo formación, a través de guías y protocolos, que capaciten para la detección de situaciones de vulnerabilidad y la realización de actuaciones preventivas.

Asimismo se plantea el refuerzo de los recursos humanos en AP y SM; el establecimiento de comisiones intersectoriales para trabajar conjuntamente en prevención; y la identificación de poblaciones de riesgo por zonas geográficas que permitan diseñar actuaciones específicas para mejorar sus condiciones de vida.

Detección precoz de trastornos mentales e intervención temprana

Se plantea como necesidad mejorar la coordinación intersectorial, formando agentes comunitarios que puedan detectar y realizar derivaciones; y el desarrollo de protocolos específicos de coordinación y de sistemas de información compartidos.

También se propone la cooperación con AP de salud, para que pueda identificar poblaciones de riesgo, hacer seguimiento o derivar correctamente; dotar de tiempo las consultas de AP y especializada para un correcto diagnóstico; crear unidades funcionales de primeros episodios; y aumentar la accesibilidad, incrementando el número de consultas especializadas a corto plazo.



Otro aspecto que se destaca es la necesidad de informar sobre la enfermedad mental y sus síntomas; de reducir el estigma (que retrasa la petición de ayuda y el diagnóstico); y de desmitificar la cronicidad y gravedad frente a la posibilidad de recuperación con una actuación temprana.

Calidad de la atención prestada por los servicios sanitarios.

En este epígrafe se destaca la necesidad de reforzar los recursos y ampliar y mejorar la estabilidad de la plantilla, mayor tiempo en consulta, sesiones psicoterapéuticas con la frecuencia necesaria y citas periódicas para un adecuado seguimiento de la enfermedad mental. Asimismo, se señala la importancia de mejorar las competencias y los recursos profesionales, especialmente en las áreas dedicadas a la atención a la salud mental infantil y adolescente. También se plantea formar a otros perfiles de profesionales de salud, especialmente AP, y mejorar la coordinación intersectorial (educación, servicios sociales, drogodependencias, atención temprana, mayores...)

Se insiste en la orientación de la práctica profesional hacia la recuperación y la implicación de personas con trastorno mental y familiares en el proceso de atención.

Calidad de la atención prestada por los servicios sociales.

En este ámbito se demanda una mejora en la formación del colectivo profesional de los servicios sociales, en general, sobre enfermedad mental, estigma, modelo de calidad de vida en la discapacidad, el trabajo conjunto con las familias, y desarrollar una nueva tipología de servicios más flexibles y adaptados a las necesidades de las personas.

También se plantea la mejora de procesos de atención reduciendo la burocracia y que en la valoración de la “dependencia” se tenga en cuenta la información específica de salud mental.

Actuación ante la vulneración de derechos de las personas con trastorno mental y el estigma.

Para prevenir la vulneración de derechos se propone fortalecer el papel activo de las personas con enfermedad mental sobre sus derechos, para detectar áreas de mejora ante posibles vulneraciones de sus derechos basadas en la percepción de las personas usuarias. Asimismo, ampliar las acciones contra el estigma de la enfermedad mental y sobre la protección de los derechos de las personas que la padecen.



Facilitar el empoderamiento de las personas con enfermedad mental y de su entorno más cercano a través del fortalecimiento del movimiento asociativo y el aumento de los recursos y funciones de las entidades tutelares.

En cuanto a la infancia, se plantea la necesidad de apoyos a la integración educativa, sancionar a las personas que vulneren los derechos de niños o niñas con enfermedad mental y promover las familias de acogida para menores con enfermedad mental.

Lucha contra las desigualdades en salud

Se resalta la necesidad de aumentar los recursos públicos de calidad, evaluando su eficacia y facilitando el acceso de cualquier persona con enfermedad mental (especialmente de personas que viven en riesgo de exclusión social, en los entornos más desfavorecidos, población infantil en situación de desamparo) a través de una coordinación eficaz entre distintos agentes intervinientes, reduciendo la burocracia.

Reducir las desigualdades sociales: acceso a la educación, jubilaciones dignas, acceso a recursos económicos suficientes, acceso al empleo..., incluyendo las desigualdades por razón de género.

Participación de la ciudadanía en los aspectos relacionados con su salud mental y bienestar emocional

Los servicios han de facilitar el empoderamiento de las personas con enfermedad mental para participar en los aspectos relacionados con su salud mental, a través del fomento de su autonomía e independencia, cauces de participación más efectivos en los servicios, ingresos económicos suficientes, inclusión en el mundo laboral, participación plena en la sociedad... También se ha de fortalecer el movimiento asociativo de personas usuarias y familiares.

3.4. Valoración interna del II PISMA

En este apartado se resaltan las principales valoraciones sobre el desarrollo del II PISMA y las áreas de mejora a abordar en este nuevo Plan. Éstas han sido formuladas por las Direcciones de las UGC de SM y por profesionales que coordinaron las líneas estratégicas.

Promoción y Prevención

Sobre las actuaciones en materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental, se precisa un esfuerzo mayor para priorizar objetivos y actividades a corto y medio



plazo^v. Y, así mismo, trabajar con el ámbito educativo para abordar los cambios en la cultura y los hábitos de la población infantil y adolescente.

Mejoras en la atención y la práctica clínica.

Se valora positivamente la gestión por procesos asistenciales y otros procedimientos basados en la evidencia, que aseguran la continuidad asistencial y han reducido la variabilidad en la práctica clínica en el ámbito de los servicios de salud mental. Sin embargo, la implantación de los procesos asistenciales ha sido muy desigual, con diferencias importantes entre los diferentes procesos y las distintas UGC de SM.

Se constata un incremento de la demanda procedente de AP, de otras especialidades y de otras instituciones (servicios sociales, educación, justicia...) como consecuencia del impacto de la crisis económica, lo que unido a los recortes presupuestarios, merma la calidad de la atención y con el riesgo de imponerse la denominada “ley de cuidados inversos”, según la cual recibe más atención quien menos la necesita, quedando los casos más graves desatendidos o atendidos con una frecuencia más dilatada en el tiempo de lo adecuado. Además, ante la presión asistencial se ha producido un incremento de las prescripciones farmacológicas frente a otras alternativas psicológicas y/o psicosociales.

La crisis económica exige la evaluación de coste-efectividad de los tratamientos, intervenciones o medidas, destacando la necesidad de centrarse en acciones que produzcan resultados en salud.

Como áreas de mejora más prioritarias, se señalan la atención a la infancia y la adolescencia, la atención a urgencias, las intervenciones de rehabilitación psicosocial orientadas a la recuperación, los programas de SM de enlace, los programas de tratamientos asertivos y la atención específica a personas con TMG en riesgo o situación de exclusión.

Modelo comunitario, recuperación y lucha contra el estigma.

Es muy importante que el modelo comunitario de atención a la salud mental de Andalucía siga siendo respaldado, tanto institucionalmente como por parte de los colectivos profesionales, personas usuarias y familiares, a pesar de las limitaciones presupuestarias que suponen una amenaza al modelo comunitario y un retroceso en las posibilidades de recuperación de las personas afectadas.

^v Surgen muchos enunciados ligados a la importancia del trabajo con jóvenes y a las intervenciones en psicosis.



Se reconoce el avance en formación de profesionales sanitarios en la lucha contra el estigma. Sin embargo, el estigma sigue estando presente en el SSPA. Las personas con enfermedad mental siguen percibiendo discriminación en la sociedad en general, y en consecuencia también, al ser atendidas en el SSPA, especialmente, en los servicios de urgencias.

Comunicación, cooperación y coordinación sanitaria e intersectorial.

Se valora positivamente la cooperación entre los niveles de AP y SM, destacando la coordinación directa entre profesionales de Enfermería de ambos niveles, siendo esta valoración todavía más positiva en las AGS. No obstante, la enfermedad mental y los servicios disponibles siguen siendo grandes desconocidos para un amplio sector del SSPA.

En algunas UGC de SM los servicios no están adaptados al mapa de AP, a diferencia del resto de especialidades, manteniéndose disfuncionalidades que afectan a la continuidad asistencial y ocasionan molestias innecesarias a las poblaciones afectadas.

Participación ciudadana.

Se valora positivamente la existencia de los movimientos asociativos de personas con enfermedad mental y familiares, y muy especialmente de aquellos autogestionados por personas usuarias, demandándose una mayor participación en actividades de gestión y planificación.

Formación, gestión del conocimiento e investigación.

Se reconoce el avance en la estrategia de gestión del conocimiento, la formación continuada y la creación de unidades docentes multiprofesionales para la formación especializada. El flujo constante de profesionales residentes posibilita la generación de nuevas iniciativas y la revisión continua de la práctica clínica.

Se precisa de más formación para contribuir a la implantación de protocolos, PAI y guías de práctica clínica. También se necesita más apoyo institucional a la investigación en el ámbito de los servicios de salud mental.

Sistemas de información.

Se valora de manera positiva el desarrollo y uso de las nuevas tecnologías en el ámbito de la SM, así como la incorporación a la Historia clínica del Sistema de Información del SSPA (DIRAYA). No obstante, es generalizada la crítica a los sistemas de explotación de datos. Los sistemas de información son deficitarios y dificultan el seguimiento de los datos de la UGC



de SM y de la evolución del cumplimiento de los objetivos del Contrato-Programa y los Acuerdos de Gestión Clínica (AGC).

Recursos humanos y materiales.

La gestión de los recursos humanos aparece como un elemento clave. Las limitaciones presupuestarias con la drástica disminución del gasto en el Capítulo I del Presupuesto de la Junta de Andalucía, ha entorpecido el desarrollo del II PISMA y ha generado malestar en el colectivo profesional, incrementándose el riesgo de desmotivación y desinterés fruto de las condiciones laborales de los últimos años. No obstante, a pesar de estas circunstancias, el compromiso y la motivación de una gran parte de profesionales, sigue siendo el motor principal de la labor asistencial.

En general, el colectivo de profesionales se caracteriza por una alta cualificación, experiencia clínica y conocimiento del medio comunitario, y muestra una elevada capacidad de adaptación ante las limitaciones de recursos, buscando las mejores alternativas posibles, formándose e investigando.

La mejora de los recursos humanos se plantea como elemento estratégico para el futuro, proponiéndose objetivos relacionados con la necesidad de estabilizar las plantillas con niveles de especialización, de formar e incentivar al personal buscando la excelencia profesional, y hacer uso de las TIC.

Se resalta la importancia de incentivar la actividad comunitaria en los dispositivos asistenciales, facilitando el desplazamiento y la flexibilización de las agendas, incrementando la dotación de profesionales e incorporando esta actividad a los objetivos personalizados.

Por otro lado, se plantean muchos problemas ligados a la dotación y reparto de recursos sanitarios. Existen problemas de accesibilidad a los dispositivos en general, siendo esta limitación más acentuada en las zonas rurales o dispersas y en las UGC de SM más pequeñas, que carecen de un circuito asistencial completo. También un déficit en algunas infraestructuras, como la ubicación de dispositivos en espacios inadecuados y la necesidad de contar con espacios diferenciados para la población infantil y adolescente.

Otro aspecto a mejorar es la distribución de los recursos de apoyo social de FAISEM. Es preciso fortalecer los recursos vinculados a la “Ley de Dependencia”, así como modificar el procedimiento actual de evaluación del grado de dependencia, escasamente adaptado a las necesidades de las personas con enfermedad mental.



Gestión clínica.

La publicación del Decreto 77/2008 de servicios de salud mental fue un importante impulso a la gestión clínica en salud mental. Se aplaude el uso de los AGC para unificar criterios y actuaciones en el ámbito de la salud mental, si bien se pide que se tengan en cuenta las características, diferencias de tamaño y posibilidades de cada UGC de SM. Por otro lado, las direcciones de cada UGC tienen una capacidad de maniobra mínima en cuanto a la gestión de personal o presupuestaria, y en algunas se echa en falta una mayor participación en la concreción de objetivos para los AGC y más autonomía para la toma de decisiones.

También se considera un avance el modelo de acreditación por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) de las UGC, si bien y al igual que para profesionales, el sistema es susceptible de mejora para adaptarse a la realidad de la salud mental.

Vinculación de las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental al PISMA.

EL PISMA se considera una herramienta útil y una guía estratégica para la planificación y gestión de los servicios de salud mental, sirviendo de apoyo a las direcciones de las UGC de SM para negociar con sus respectivas gerencias.

Como estrategia de mejora se propone hacer partícipes a todas las direcciones de UGC de SM y sus profesionales en la elaboración del nuevo Plan desde sus inicios; establecer planes de comunicación interna para acercar el PISMA a todas las categorías profesionales y niveles asistenciales.

3.5. Conclusiones del análisis de situación

Como resumen de los apartados anteriores, se exponen las siguientes conclusiones:

- Cada persona debe ser la auténtica protagonista de su salud a lo largo del curso de la vida, contando para ello con el uso de sus activos personales, comunitarios e institucionales. Para que esto sea posible, se han de desarrollar estrategias de salud pública, en alianza con otros sectores y trabajar en cooperación con los restantes planes integrales.
- Se debe prestar especial atención a quienes se ven afectados por desigualdades sociales o por razón de género, y diferenciar los grupos de edad correspondientes a la infancia, adolescencia, juventud, edad adulta y mayores.
- Los problemas de salud mental ocupan el cuarto lugar considerando la carga de enfermedad, tras las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo,



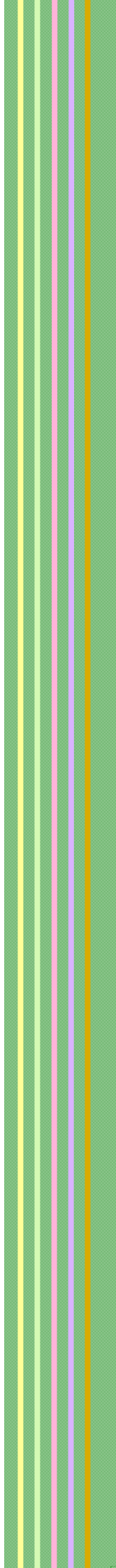
del sistema circulatorio y los tumores. Si atendemos al género, en el caso de la mujer, la carga de enfermedad debida a problemas de salud mental pasa a ocupar el segundo lugar.

- A la carga de enfermedad específica de los trastornos mentales, debe añadirse el componente afectivo y conductual que hay que atender, en general, en cualquier problema de salud.
- Los estudios epidemiológicos y las encuestas de salud estiman que en torno a un 25% de la población sufre un trastorno mental a lo largo de su vida. Asimismo, hay que añadir que Andalucía se encuentra por encima de la media estatal en tasa de suicidios.
- Existe un incremento de los diagnósticos de ansiedad y depresión, especialmente entre las mujeres y personas con incapacidad permanente, y se ha incrementado el consumo de antidepresivos y tranquilizantes.
- Atendiendo a las necesidades de la población, los servicios han de tener una orientación epidemiológica y de salud pública, y poder así establecer las prioridades necesarias que garanticen la accesibilidad y la equidad entre la ciudadanía.
- Asimismo, es necesario avanzar en la consolidación del modelo de atención comunitaria en sus diferentes ámbitos de actuación. Este modelo impulsa el proceso de transformación de la atención a la salud mental hacia una mayor eficacia y eficiencia, a través de la expansión de un trabajo en red, complementario e incluyente, de los distintos tipos de profesionales y sectores intervinientes.
- La AP, encargada de integrar la atención a cada persona, desarrolla acciones de promoción y prevención en salud mental desde un enfoque holístico de la salud, y juega un papel fundamental en la detección y atención precoz, el tratamiento y la recuperación de las personas con problemas de salud mental.
- La atención especializada ambulatoria-comunitaria de salud mental, representa casi el 15% de las consultas externas de la atención hospitalaria total. En este ámbito es necesario avanzar en la mejora del funcionamiento de los servicios de salud mental y evitar la variabilidad detectada, garantizando la equidad y accesibilidad.
- En ambos niveles asistenciales, es deseable un mayor y mejor uso de las diferentes herramientas disponibles que eviten una medicalización excesiva, favorezcan las intervenciones psicológicas y contribuyan a la recuperación, apoyándose en las guías clínicas y PAI, revisados y actualizados.



- Los problemas de salud necesitados de cuidados de larga duración, incluidos parte de los trastornos mentales, se han incrementado. Por ello es necesario dedicar mayor atención a las personas cuidadoras, desde los diferentes niveles asistenciales y estrategias en salud, potenciando una distribución más equitativa, desde la perspectiva de género, de las tareas de cuidados.
- En el contexto de una red de servicios territorializada, con diversos niveles de extensión y cobertura, se precisa de actuaciones diferenciadas, con una consideración especial a las zonas rurales, que corrija déficits territoriales y evite desigualdades.
- Se requiere un abordaje más efectivo de los trastornos mentales, con especial atención a aquellas problemáticas con un marcado carácter intersectorial, que asegure la garantía de los derechos, la calidad y la seguridad en las intervenciones.
- Existe una sensibilización especial por los derechos humanos, el estigma y el enfoque de recuperación, con implicaciones para servicios y profesionales, así como para las personas con enfermedad mental, sus familias y los movimientos asociativos. Se resalta la necesidad de:
 - aplicar, de manera adaptada y adecuada, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia;
 - avanzar en la cantidad y la calidad de los recursos de apoyo social, tanto los dependientes de FAISEM, como los derivados de todas las políticas que contribuyen a la integración social de colectivos con necesidades especiales;
 - incorporar de manera cooperativa los programas de autoayuda y de apoyo mutuo y la participación efectiva del movimiento asociativo en la gestión y evaluación de los servicios.
- Se requiere mejorar el sistema de información sobre los procesos y resultados en SM, además de incrementar la investigación epidemiológica, clínica y social.
- Es necesario atender las necesidades de formación para responder de manera adecuada a las carencias expuestas en los puntos anteriores.
- Por último, es necesario establecer estándares de calidad, incluyendo recursos humanos y materiales, así como estrategias de implementación que garanticen el desarrollo efectivo del Plan. Igualmente, es imprescindible realizar un seguimiento participativo del Plan y una evaluación periódica, fundamentada en resultados en salud.

IV. ÁREAS DE MEJORA Y PRIORIDADES





Áreas de mejora y prioridades

Tras lo expuesto en los apartados anteriores, se establecen las siguientes áreas de mejora y prioridades con las que se compromete este Plan:

- La promoción de activos en salud tanto en la población general como en aquellos sectores que han de afrontar desigualdades en salud. En este aspecto es necesaria la coordinación con otras políticas públicas, de cara a paliar las carencias educativas, económicas, sociales y/o laborales que puedan coexistir.
- El desarrollo de la prevención en el ámbito de la SM, a través de actividades de salud pública. De manera específica se propone avanzar en la prevención del suicidio, con estrategias de prevención universal, selectiva e indicada.
- La atención a quienes se ven afectados por las desigualdades sociales o por razón de género, así como a las necesidades específicas de determinados grupos etarios (infancia, adolescencia y mayores). En este aspecto, se propone avanzar en la cooperación con los restantes planes integrales.
- Afianzar la función de la AP, puerta de entrada y eje vertebrador del sistema sanitario, por ser lugar de identificación y atención precoz de los problemas de SM, y también escenario de atención continuada y complementaria de aquellos problemas de salud necesitados de cuidados de larga duración.
- Incremento del uso de herramientas de intervención psicológica en la actividad cotidiana de las y los profesionales de AP, que disminuya la medicalización, contando para ello con el apoyo y colaboración de la atención especializada de SM.
- En el nivel de atención especializada a la SM, avance en la intervención comunitaria a grupos de población que requieren actuaciones complejas (trastornos del espectro autista, por déficit de atención e hiperactividad, de la conducta alimentaria, obsesivos-compulsivos, personalidad y psicóticos), mediante herramientas que garanticen un nivel adecuado de calidad, eficacia, efectividad y eficiencia.
- Atención a poblaciones en riesgo de exclusión y marginación: personas sin hogar, personas inmigrantes, menores en régimen de custodia, población penitenciaria o personas afectadas por discapacidad intelectual o del desarrollo y mayores.



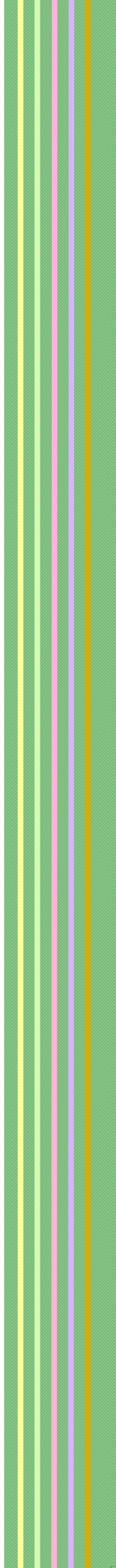
- Mejora cuantitativa y cualitativa en los recursos comunitarios en general, con especial consideración a los destinados a la atención de la infancia y la adolescencia, y a la población adulta con psicosis y trastornos de personalidad.
- Es necesario también progresar en el compromiso con el subsistema de atención a drogodependencias, de manera que se pueda avanzar en la atención conjunta, en especial, de aquellos trastornos de especial complejidad como las psicosis y los trastornos de personalidad. Para ello se precisa elaborar un plan de atención integrada para la atención a personas con problemas de adicciones a sustancias tóxicas.
- Avance en el uso adecuado del medicamento, en todos y cada uno de los niveles asistenciales del SSPA, con el fin de lograr una desmedicalización de la atención a los problemas de salud mental.
- De forma transversal, continuación de actividades que prevengan y reduzcan la estigmatización de la enfermedad mental, y que garanticen los derechos humanos de las personas afectadas por problemas de salud mental, siendo imprescindible la participación de personas usuarias y familiares, y su movimiento asociativo.
- Adecuar la distribución geográfica de algunas UGC de SM, de manera que se de coherencia en la distribución y en la dimensión geográfica de los recursos, permitiendo una gestión adecuada para el logro de sus fines asistenciales.
- Potenciar la gestión clínica para estimular y comprometer a los y las profesionales en una mejor administración de los recursos, cumpliendo el objetivo de incrementar la participación profesional y la rendición de cuentas.
- Este Plan requiere atender las necesidades de desarrollo profesional en los diferentes niveles asistenciales y sectores implicados, velando por la adquisición de competencias adecuadas y actualizadas para el logro de los objetivos que se proponen, teniendo en cuenta, asimismo, el enfoque de género. Se debe considerar de manera particular a quienes realizan formación pregrado y especializada del campo de la salud.
- La tarea investigadora debe formar parte de la actividad profesional, con la finalidad de obtener un conocimiento científico del grado de efectividad de las intervenciones, identificar buenas prácticas y aquellas otras que no añaden valor. Así mismo, se han de llevar a cabo ensayos de otros instrumentos y proyectos que pueden suponer innovación y avance en la atención a la salud mental de la Comunidad Autónoma de Andalucía.



- Por último, avanzar y consolidar la evaluación de los procesos y resultados en SM, a través del desarrollo de sistemas de información y uso de indicadores de seguimiento adecuados.



V. LINEAS ESTRATÉGICAS





Líneas estratégicas

Tras el recorrido realizado en los apartados anteriores queda establecer un conjunto de estrategias a desarrollar, que incluyan objetivos y acciones para lograrlos, así como una forma de evaluación e indicadores que midan el logro de lo propuesto.

Las estrategias, objetivos, acciones y resultados deben incluir todas las etapas de la intervención frente a un problema de salud: promoción de activos protectores, prevención y control de factores de riesgo, diagnóstico precoz, atención de calidad y fomento de la recuperación del proyecto vital, garantizando los principios de equidad, globalidad, calidad, eficiencia, acción intersectorial, gobernanza, complementariedad y participación.

La finalidad de todo plan integral, como ya se mencionó al comienzo de este documento, es conseguir una reducción en la carga de enfermedad en la población y una mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por el problema al que se enfrentan. Para lograrlo, se utilizarán aquellos recursos sanitarios y no sanitarios que puedan ayudar a alcanzarlos.

La propuesta que se presenta se puede representar como una estructura multidimensional en la que confluyen dos ejes centrales (estrategias y curso de la vida), que enmarcan las líneas de acción a desarrollar y los resultados esperados.

Eje 1. ESTRATEGIAS

Línea estratégica 1: Promoción y prevención

Objetivo General 1. Promocionar la salud y el bienestar emocional de la población en las distintas etapas del ciclo vital.

Objetivo General 2. Prevenir los problemas de salud mental, prestando una atención especial a personas en situación de riesgo.

Línea estratégica 2: Detección, atención y recuperación

Objetivo General 3. Favorecer la detección precoz de problemas de salud mental en la población infantil y adolescente y prestar una atención de calidad, que facilite su desarrollo evolutivo y la construcción de su proyecto vital.



Objetivo General 4. Favorecer la detección precoz de problemas de salud mental (comunes y/o graves) en la población adulta y prestar una atención de calidad, que facilite la recuperación de su proyecto vital.

Objetivo General 5. Prestar una atención de calidad a personas adultas en situación de riesgo o desventaja social con problemas de salud mental, mejorando la accesibilidad y la adecuación de las prestaciones a sus necesidades.

Línea estratégica 3: Derechos humanos y participación

Objetivo General 6. Promover la igualdad y el respeto a los derechos de las personas con problemas de salud mental.

Objetivo General 7. Asegurar la participación efectiva de la ciudadanía y sus organizaciones en el cuidado de la salud mental.

Línea estratégica 4: Gestión de recursos y sistemas de información

Objetivo General 8. Dotar de los recursos de soporte, materiales, humanos y organizativos, necesarios para alcanzar los objetivos del Plan.

Línea estratégica 5: Gestión del conocimiento, investigación y evaluación

Objetivo General 9. Mejorar la calidad de la atención a la SM en el SSPA de Andalucía mediante la excelencia profesional, la práctica clínica basada en la evidencia, la investigación orientada a la evaluación de intervenciones y la búsqueda de innovaciones para dar respuesta a los problemas de salud mental de la población.



Eje 2. CURSO DE LA VIDA

- a. Infancia (menores de 12 años)
- b. Adolescencia (12-17 años)
- c. Juventud (18-25 años)
- d. Edad adulta (26-64)
- e. Mayores (mayores de 64 años)

La confluencia de estos dos ejes se representa en la siguiente figura:

Figura 1. Ejes centrales del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía



Elaboración: Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud.

Cada una de las estrategias y objetivos generales se ordena con los siguientes contenidos:

- justificación,
- objetivos específicos y líneas de acción a desarrollar, siempre teniendo en cuenta el curso de la vida, y
- resultados esperados.

Con esta estructura, anualmente se consensuará un plan de actividades, que se verá reflejado en los Contratos Programa y Acuerdos de Gestión Clínica.



5.1. Línea estratégica 1: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

OBJETIVO GENERAL 1: Promocionar la salud y el bienestar emocional de la población en las distintas etapas del ciclo vital.

JUSTIFICACIÓN (OG 1)

La OMS, a través de los Planes de Acción de Salud Mental 2013-2020, en línea con la Comisión Europea y la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, ha vuelto a poner en la agenda de los estados la importancia de la promoción del bienestar emocional, con acciones que ya cuentan con múltiples evidencias.

Teniendo como referencia las etapas del ciclo vital y la necesidad de actuar sobre los determinantes sociales de la salud, se puede asegurar que en los primeros años de la vida se fijan tanto las experiencias positivas como las traumáticas y los hábitos y costumbres que acompañarán al individuo durante toda su vida. Por tanto, hay que resaltar la importancia de un buen comienzo en la vida y privilegiar las intervenciones y los apoyos en los periodos perinatal y en la primera infancia, en los que se establecen las bases de la salud que se mantendrán a lo largo de la vida.

Así mismo, es necesaria la promoción de una parentalidad positiva frente a las nuevas culturas de ocio, relación y aprendizaje, que inciden sobre la escolaridad y estilos de vida en la infancia y la adolescencia. Las madres y padres requieren nuevos apoyos a la crianza para mejorar sus competencias ante los nuevos y complejos estilos de funcionamiento afectivo y familiar.

Se deben fomentar estrategias que aborden las competencias emocionales, los roles igualitarios de género y las herramientas para el manejo de la vida diaria, dirigidas tanto a la población general, como a colectivos en situación de riesgo. En este ámbito, los mayores avances se han producido en el desarrollo de programas de educación emocional en el ámbito educativo, donde se trabaja un conjunto de competencias relacionadas con los factores protectores o activos para la salud mental y el bienestar emocional.

El desarrollo emocional precisa también de la promoción de una ecología social amigable para todas las edades, aunque muy especialmente para la infancia, con entornos y espacios públicos saludables, seguros y diseñados bajo criterios de inclusión de la perspectiva infantil.

El IV PAS se compromete a generar y desarrollar los activos de salud en la Comunidad Autónoma Andaluza para que la ciudadanía pueda desarrollarse saludablemente. Este modelo de salud positiva encaja con el enfoque de recuperación y empoderamiento de las



personas usuarias de los servicios de salud mental, por lo que extender la cultura de la recuperación entre profesionales, personas usuarias, familiares y las comunidades donde habitan, facilita y potencia la promoción y prevención en salud mental.

Es preciso el compromiso “desde todas las políticas”, para que las acciones de promoción de la salud mental, integradas en las políticas de salud pública, sean una realidad en Andalucía. La Secretaría General de Salud Pública y Consumo de la Consejería de Salud, así como las Delegaciones Territoriales de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, juegan un papel clave en esta materia, al servir de impulsores y de plataforma de intercambio con el resto de administraciones, que asumen las responsabilidades que les competen, en un escenario de coordinación intersectorial permanente.

En definitiva, se plantea asumir el enfoque de Salud Mental en Todas las Políticas adoptado por la Comisión Europea, que hace hincapié en el impacto de las políticas públicas relativas a los determinantes de la salud mental, apuesta por reducir las desigualdades en salud mental, y pretende poner de relieve los beneficios de incorporar la salud mental en las diferentes políticas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (OG 1)

1. Apoyar las actividades del Plan de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIA-A) relacionadas con el fomento de una parentalidad positiva en madres y padres, desde el periodo perinatal hasta las diferentes etapas del desarrollo infantil y adolescente, y de prácticas de buen trato en los entornos donde la población infantil se desarrolla, y muy especialmente en aquellos donde se encuentran niños y niñas en situación de riesgo.
2. Colaborar con los programas y planes intersectoriales destinados a la infancia y la adolescencia, la población adulta y las personas mayores, para introducir estrategias integrales de promoción de la salud que fomenten, entre otros aspectos, los activos en salud, las competencias emocionales, los roles igualitarios de género y la atención a la diversidad.
3. Promocionar el bienestar emocional y los hábitos de vida saludable en las personas con enfermedad mental u otros problemas de salud y/o discapacidad, incorporando la perspectiva de género.
4. Contribuir, desde el enfoque de Salud Mental en Todas las Políticas, a concienciar a los poderes públicos de los riesgos asociados a los determinantes sociales de la salud mental (carencias en vivienda, empleo, ingresos económicos, educación, condiciones de trabajo, igualdad de género, derechos humanos, entre otras), para provocar la inclusión de estrategias multidimensionales específicas que incidan en estos determinantes en los programas integrales destinados a la infancia y la adolescencia.
5. Abogar por la promoción de entornos y espacios públicos seguros, amigables y accesibles para todas las edades y especialmente para la infancia, facilitando su participación, autonomía y accesibilidad.
6. Fomentar la salud mental en los entornos de trabajo, apoyando medidas que han mostrado su efectividad.



7. Colaborar en el impulso de la autonomía en la toma de decisiones que atañen a la trayectoria vital de la persona en las diferentes etapas de la vida, y en el fomento de la cohesión social y la participación ciudadana.

LÍNEAS DE ACCIÓN (OG 1)

1. Apoyo a la implantación de las medidas relacionadas con el buen trato a la infancia y la parentalidad positiva establecidas en el PSIA-A, favoreciendo su extensión a otros sectores implicados en la atención a la infancia y la adolescencia (educación, servicios sociales, administración de justicia...).
2. Colaboración en el desarrollo de programas formativos dirigidos a profesionales de la salud, educación, servicios sociales y administración de justicia, entre otros, sobre activos en salud, aprendizaje emocional, perspectiva de género y atención a la diversidad, adaptados a las distintas etapas del ciclo vital. Se destaca el papel de las familias en el desarrollo de niños, niñas y adolescentes y el fomento del bienestar en personas mayores a través de la promoción del envejecimiento activo.
3. Incorporación en las estrategias y programas de promoción de la salud, y muy especialmente en aquellas desarrolladas fuera del ámbito sanitario, de contenidos relacionados con el cuidado de la salud emocional y de su relación con la salud física, independientemente de la edad o situación de salud.
4. Incorporación de actividades de promoción del bienestar emocional y de hábitos de vida saludable en los programas intersectoriales orientados a la recuperación de las personas con trastornos mentales graves u otros problemas de salud o discapacidad, incorporando la perspectiva de género, en estrecha colaboración con los movimientos asociativos de personas usuarias y familiares, y otros planes integrales de salud y estrategias de servicios sociales, en línea con la estrategia AL LADO de la Consejería de Salud.
5. Elaboración de una estrategia de concienciación que incida en los determinantes sociales de la salud mental, en línea con la perspectiva de Salud Mental en Todas las Políticas, coordinada por la Secretaría General de Salud Pública y Consumo de la Consejería de Salud. Desde esta perspectiva, son esenciales las políticas sociales, educativas, de empleo y locales (municipales y provinciales).
6. Adaptación de los servicios sanitarios para lograr que sean espacios saludables, seguros, amigables y accesibles para todas las edades, en especial para la infancia.
7. Implicación de este Plan en acciones que fomenten la autonomía en la toma de decisiones, la cohesión social y la participación ciudadana, en colaboración con otros sectores.
8. Desarrollo de iniciativas de promoción de la salud y el bienestar emocional, en estrecha colaboración con los centros de AP, profesionales de salud pública de los Distritos Sanitarios de Atención Primaria, Áreas de Gestión Sanitaria y delegaciones territoriales, así como profesionales de otros sectores implicados, haciendo efectiva la cartera de servicios de las UGC de SM en esta materia.

RESULTADOS ESPERADOS (OG 1)

1. Las UGC de AP incluirán en su cartera de servicio actividades que fomenten la parentalidad positiva y el buen trato a la infancia, en el marco del PSIA-A.
2. En el marco de colaboración con la Consejería de Educación, los centros de educación infantil y primaria y los institutos de educación secundaria habrán implantado los programas de promoción de salud "Creciendo en Salud" y "Forma Joven en el Ámbito Educativo" respectivamente, que



incorporan como línea de actuación obligatoria la educación emocional y promueven los activos en salud y la igualdad de género. Asimismo, se habrá puesto en marcha una estrategia de ámbito regional para promover la educación emocional en las escuelas infantiles de Andalucía.

3. Los portales Web de la Consejería de Salud dispondrán de información y herramientas sobre los activos para la salud y el bienestar emocional y su relación con la salud física, adaptada a las diferentes franjas de edad, y destinada tanto a la población general como a profesionales.
4. En el marco de colaboración con la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, los centros de participación activa, centros de día y residencias de mayores, de carácter público o concertado, contarán entre sus actividades con acciones de promoción de la salud y el bienestar emocional, integradas en los programas de hábitos de vida saludable.
5. Las UGC de SM habrán designado a una persona de referencia para las actuaciones en materia de promoción y prevención incluidas en su cartera de servicios y recogidas como objetivos en sus AGC. En su cometido estará incluido el fomento de iniciativas de promoción de la salud y el bienestar emocional, en estrecha colaboración con los centros de AP, profesionales de salud pública y otros sectores implicados.
6. Se habrá elaborado e implantado una estrategia de concienciación que incida en los determinantes sociales de la salud mental, en línea con la perspectiva de Salud Mental en Todas las Políticas, coordinada por la Secretaría General de Salud Pública y Consumo de la Consejería de Salud.
7. La EAS habrá incorporado a su herramienta de recogida de información los ítems de algún instrumento validado en población española y reconocido internacionalmente, como medida efectiva de percepción del bienestar emocional.
8. Mejora en la percepción subjetiva de buena salud mental de la población, incluyendo la infancia y la adolescencia, estimada a partir de los datos de las Encuestas de Salud Andaluza y Nacional.

OBJETIVO GENERAL 2: Prevenir los problemas de salud mental, prestando una atención especial a personas en situación de riesgo.

JUSTIFICACIÓN (OG 2)

La línea divisoria entre promoción y prevención es difícil de delimitar. Podría decirse que la promoción de la salud mental se centra en la *salud mental positiva*, mientras que la prevención de trastornos mentales se relaciona en sí misma con enfermedades específicas y pretende reducir su incidencia, prevalencia y gravedad.

En el documento de la OMS sobre la prevención de los trastornos mentales se analizan los programas y políticas efectivas para la prevención de los trastornos mentales (depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos relacionados con el uso de sustancias, psicosis y suicidio). Se ha observado que los programas y políticas de prevención efectiva reducen los factores de riesgo, fortalecen los factores de protección y disminuyen los síntomas psicopatológicos y la discapacidad, así como la aparición de algunos trastornos mentales. También mejoran la salud mental positiva, contribuyen a una mejor salud física y generan beneficios sociales y económicos.



En el ámbito de la prevención, el enfoque de las desigualdades es clave al existir determinantes psicosociales como son los ingresos económicos, el género, la educación y el empleo, que precisan políticas de salud pública que protejan los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, en línea con el enfoque de Salud Mental en Todas las Políticas.

En este sentido, el abordaje del bienestar de niños y niñas precisa de una triple mirada: la diversidad de entornos físicos y sociales en que se desenvuelven; la situación de riesgo en la que puedan encontrarse (sin protección parental, con discapacidades graves o en riesgo de exclusión social); y la de aquellos que mantienen un contacto reiterado o de larga duración con los servicios de salud. En el ámbito escolar, espacio privilegiado de actuación en materia de promoción y prevención, se han de intensificar las estrategias de prevención del acoso escolar, el ciberacoso y el sexting, las drogodependencias, así como otras situaciones de riesgo.

En la población adulta, las mujeres víctimas de violencia de género y de otras violencias machistas (acoso sexual, violación, explotación sexual...) se encuentran en situación de alto riesgo de padecer problemas de salud mental.

Las estrategias de promoción y prevención desarrolladas en Andalucía para combatir el malestar psicosocial de la población adulta como es el caso de los Grupos socioeducativos en AP (GRUSE), deben seguir avanzando y tener su reflejo en las actividades y programas de las UGC, tanto de AP como de SM.

La estrategia GRUSE que ha abordado el malestar de la mujer desde las perspectivas de género y activos en salud, puede ser también una herramienta muy provechosa para hacer frente al malestar psicosocial que padecen muchos hombres en la actualidad. La crisis económica afecta profundamente a su papel socialmente impuesto de proveedor de la familia (rol productivo), haciéndole especialmente vulnerable cuando deja de ejercerlo, agravado por su propia dificultad para pedir ayuda.

Así mismo, se han de intensificar las estrategias de prevención ante el estrés laboral, en el marco de los programas de Promoción de la salud en los lugares de trabajo, abordar otros riesgos psicosociales vinculados al trabajo, así como detectar y prevenir precozmente situaciones de acoso laboral.

Además, se ha de trabajar conjuntamente con otros planes integrales y estrategias de salud y de políticas sociales, para prevenir problemas de salud mental en personas con distintos problemas de salud, experiencias vitales de alto impacto emocional, enfermedades crónicas



y/o discapacidad, sin olvidar a las personas del entorno familiar que ejercen la labor de cuidado. La estrategia AL LADO es una buena estrategia para ello.

Finalmente, la prevención del suicidio es una prioridad para la OMS y la Comisión Europea. En Andalucía, a lo largo del periodo de vigencia del II PISMA se ha venido trabajando en esta línea de actuación, evidenciándose la necesidad de seguir avanzando en esta estrategia, con actuaciones integrales e intersectoriales que cubran todo el territorio andaluz.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (OG 2)

1. Fomentar el bienestar emocional e incrementar la sensibilización ante posibles problemas de salud mental en la población infantil y adolescente en situación de riesgo, con actuaciones específicas en los siguientes sectores: salud, educación, servicios sociales y justicia.
2. Contribuir a la detección de situaciones de abuso, desprotección y abandono en los diferentes entornos donde se encuentran niños y niñas, así como aquellos eventos que hayan podido incidir de forma traumática en su desarrollo psicoemocional, garantizando una rápida intervención por los sectores implicados.
3. Incidir en la detección de riesgo psicosocial en las personas atendidas en el SSPA por diferentes problemas de salud, facilitando la intervención temprana de las diferentes administraciones.
4. Favorecer el bienestar emocional e incrementar la sensibilización ante posibles problemas de salud mental en determinados colectivos de jóvenes y personas adultas sometidas a situaciones de riesgo psicosocial o por razón de género, en estrecha colaboración con otras administraciones o entidades implicadas.
5. Fortalecer, en personas adultas y mayores con malestar psicosocial, las estrategias de afrontamiento ante las dificultades de la vida cotidiana, evitando su psiquiatrización o psicologización.
6. Fomentar el bienestar emocional, las estrategias de afrontamiento del estrés laboral, así como el abordaje de otros riesgos psicosociales vinculados al trabajo, en estrecha colaboración con los entornos laborales.
7. Avanzar en la implantación de los programas de prevención del suicidio en todas las etapas del ciclo vital, prestando una atención especial a las personas con enfermedad mental.
8. Colaborar en las estrategias intersectoriales de prevención de drogodependencias y otras adicciones.
9. Prevenir problemas de salud mental en personas con distintos problemas de salud, experiencias vitales de alto impacto emocional, enfermedades crónicas y/o discapacidad, prestando una atención especial a las personas con discapacidad intelectual e incluyendo también a familiares que ejercen la labor de cuidado.

LÍNEAS DE ACCIÓN (OG 2)

1. Diseño, implantación o generalización de programas intersectoriales de promoción del bienestar emocional y de prevención de problemas de salud mental destinados a determinados colectivos de población infantil y adolescente en situación de riesgo, en estrecha colaboración con los distintos sectores implicados:



- Hijos e hijas de progenitores con trastornos mentales graves, otras discapacidades graves y/o problemas de drogodependencias;
 - Víctimas infantiles de negligencias, abusos directos y/o producidos en el entorno familiar, acoso escolar, ciberacoso y sexting;
 - Niños y niñas con discapacidad o enfermedades crónicas;
 - Población infantil y adolescente en situación de desamparo, pobreza y/o procedentes de otros países sin acompañamiento;
 - Población adolescente internada en centro de infractores; y
 - Cualquier otra situación de riesgo que pudiera emerger.
2. Implantación o mejora de los procedimientos para la identificación temprana de déficit del funcionamiento familiar, así como de otros factores de riesgo en la infancia, en el SSPA, centros educativos y de servicios sociales, estableciendo mecanismos ágiles de derivación intersectorial.
 3. Implantación o mejora de las estrategias de humanización de la atención perinatal en el sistema sanitario, apoyando y asesorando a madres y padres de hijas e hijos prematuros, con enfermedades graves o discapacidad, estableciendo canales ágiles de derivación a los servicios de Atención Temprana.
 4. Implantación o mejora de los procedimientos para la detección de riesgo psicosocial en las personas atendidas en el SSPA por diferentes problemas de salud, estableciendo mecanismos ágiles de derivación intersectorial.
 5. Desarrollo de programas preventivos destinados tanto a mujeres víctimas de violencia de género, como de otras agresiones machistas, en estrecha colaboración con otras instituciones, entidades y centros adscritos al Instituto Andaluz de la Mujer.
 6. Apoyo y refuerzo al desarrollo de la estrategia de GRUSE en todas las UGC de AP, mejorando los canales de captación y derivación, ampliándola a otros grupos de población (hombres con malestar psicosocial, personas mayores, colectivos en situación o riesgo de exclusión social...), implicando progresivamente a otros sectores o agentes comunitarios clave.
 7. Refuerzo de las estrategias de afrontamiento del estrés laboral y de otras actuaciones preventivas relacionadas con los riesgos psicosociales vinculados al trabajo, en el marco del Programa de Salud en el Lugar de Trabajo.
 8. Diseño de un plan de prevención del suicidio a nivel regional, con implantación local coordinada por cada UGC de SM, que abarque la ideación suicida, los intentos de suicidio y las actuaciones ante los suicidios consumados en todas las franjas etarias (infancia y adolescencia, edad adulta y personas mayores), con estrategias de prevención universal, selectiva e indicada. Este plan debe contemplar actuaciones de promoción del bienestar dirigidas a toda la población; ayuda telefónica y telemática; formación a profesionales de diferentes sectores (salud, educación, servicios sociales, medios de comunicación, fuerzas y cuerpos de seguridad, y servicios de emergencias no sanitarias); acciones para grupos vulnerables; intervenciones para colectivos de alto riesgo; y restricción del acceso a métodos letales.
 9. Diseño y puesta en marcha de un registro andaluz de casos de intentos de suicidio y suicidios consumados, en coordinación con el Servicio de Epidemiología de la Consejería de Salud, el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía y los Institutos de Medicina Legal.



10. Seguir avanzando, en colaboración con la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales y la Consejería de Educación, en las actuaciones intersectoriales en materia de prevención de las drogodependencias y otras adicciones.
11. Incorporación de acciones específicas de prevención de problemas emocionales en los programas intersectoriales de atención a personas con experiencias vitales de alto impacto emocional, problemas crónicos de salud o discapacidad, incluyendo a sus familiares, en estrecha colaboración con el resto de actores implicados (movimiento asociativo de personas usuarias y familiares, otros planes y estrategias de salud y de políticas sociales...), en línea con la estrategia AL LADO.
12. Realización, coordinación y/o colaboración en actuaciones específicas de prevención en salud mental, haciendo efectiva la cartera de servicios de las UGC de SM en esta materia.

RESULTADOS ESPERADOS (OG 2)

1. En cada UGC de SM se creará una comisión conjunta con los diferentes sectores implicados, con la finalidad de poner en marcha actuaciones en materia de promoción del bienestar emocional y de prevención de problemas de salud mental, dirigidas a población infantil y adolescente en situación de riesgo.
2. En el ámbito de actuación de las UGC de SM se realizarán acciones intersectoriales de promoción del bienestar emocional y de prevención de problemas de salud mental, dirigidas a población infantil y adolescente en situación de riesgo.
3. En el seno de las UGC de SM se habrán diseñado y puesto en marcha programas de apoyo y seguimiento específico a padres y madres con algún tipo de patología mental, así como a progenitores con discapacidad intelectual o del desarrollo o con hijos e hijas con estas discapacidades, en coordinación con los sectores implicados.
4. Se habrá incluido la valoración de situaciones de riesgo en las historias clínicas digitalizadas del SSPA, especialmente, de mujeres embarazadas, niños, niñas y adolescentes.
5. En el marco del espacio de colaboración entre AP y SM, se habrán desarrollado programas preventivos destinados a mujeres víctimas de violencia de género, en estrecha colaboración con otras administraciones o entidades implicadas.
6. La estrategia GRUSE se habrá implantado en las UGC de AP, habiéndose mejorado los canales de captación y derivación, implicado progresivamente a otros sectores o agentes comunitarios clave, y ampliado a otros grupos de población, manteniendo a la población femenina como prioridad para esta estrategia.
7. En el ámbito de las UGC de SM se habrán puesto en marcha programas de prevención de problemas emocionales destinados a personas con experiencias vitales de alto impacto emocional, problemas crónicos de salud o discapacidad y a sus familiares, en estrecha colaboración con los movimientos asociativos de personas usuarias y familiares, y otros planes integrales y estrategias de salud y de políticas sociales.
8. Las UGC de SM habrán designado a una persona referente de las actuaciones en materia de promoción y prevención incluidas en su cartera de servicios y recogidas como objetivos en sus AGC, con formación específica en este campo, incluyendo entre su cometido el desarrollo, la coordinación y la colaboración en actuaciones específicas de prevención en salud mental.
9. Se habrá disminuido la tasa de suicidio en Andalucía, se ha monitorizado a la población de alto riesgo, y se han puesto en marcha programas de apoyo a familiares y personas allegadas afectadas por un suicidio.



5.2. Línea estratégica 2: DETECCIÓN, ATENCIÓN Y RECUPERACIÓN

OBJETIVO GENERAL 3: Favorecer la detección precoz de problemas de salud mental en la población infantil y adolescente y prestar una atención de calidad, que facilite su desarrollo evolutivo y la construcción de su proyecto vital.

JUSTIFICACIÓN (OG 3)

A los 14 años han surgido ya la mitad de los problemas de salud mental que aparecerán en el curso de la vida. Esta realidad impacta en la trayectoria vital de la persona, en la medida que se relaciona con pobres resultados académicos, riesgo de autolesiones y suicidio, conductas de riesgo, problemas de salud general, muerte prematura, desempleo y conducta antisocial. Así mismo, las enfermedades mentales durante la infancia y la adolescencia conducen a tasas más altas de enfermedad mental en la edad adulta, incluyendo trastornos del espectro ansioso-depresivo, afectivos, psicóticos y de personalidad; el abuso de sustancia; y la conducta suicida.

Tanto la OMS como la Comisión Europea subrayan la necesidad de invertir en la salud mental de la infancia y la adolescencia, con participación de todos los sectores implicados y estableciendo un equilibrio entre los niveles primarios, secundarios y terciarios de prevención.

Y esta prioridad también lo es para el SSPA, que cuenta con dispositivos y programas destinados a atender los diferentes problemas de salud mental de la infancia y la adolescencia, con implicación de los diferentes niveles asistenciales y sectores relacionados. Reconociendo el avance producido a lo largo de estos años, siguen existiendo áreas deficitarias con un amplio margen de mejora.

En el ámbito sanitario, la atención a esta población está distribuida en los niveles de AP y hospitalaria (USMC y USMI-J), con una elevada variabilidad de la misma en la Comunidad Autónoma en base a distintos factores: la cooperación con la AP, que no siempre es fluida; la atención en las USMC, con diferencias tanto en el abordaje, como en las necesidades entre la población del ámbito rural y el urbano; las USMI-J también tienen una gran variación en su propia cartera, dependiendo de las características geográficas y poblacionales de cada UGC de SM, sus propios recursos de atención en hospitalización parcial o total, además de las diferencias de orientación en el abordaje de los problemas de salud mental de la infancia y adolescencia.

Por otra parte, existe un déficit en infraestructuras y recursos, tanto materiales como humanos: ratio de profesionales por debajo de la recomendada en todas las categorías



profesionales; disponibilidad de material lúdico y de evaluación psicométrica y psicológica; e infraestructuras no adecuadas a los diferentes grupos de edad en los dispositivos.

Se observa, por otro lado, una escasa sensibilidad de la propia organización sanitaria hacia los problemas de salud mental en la población infantil y adolescente, considerándolos en muchas ocasiones como problemas menores, así como al impacto que las desigualdades sociales o por razón de género tienen en estas poblaciones.

Todo ello, unido a la ausencia de protocolos homogéneos en las derivaciones, y el escaso desarrollo e implantación de los PAI específicos para la infancia y la adolescencia, ponen de manifiesto la necesidad de que este Plan priorice las actuaciones en este ámbito, con implicaciones tanto para el SSPA, como para el resto de sectores relacionados.

Es evidente que los servicios de salud, por si solos, no pueden dar cobertura a la diversidad y complejidad de problemas de salud mental de la infancia y la adolescencia, siendo necesario un abordaje intersectorial, que garantice, entre otros aspectos, una atención integral e integrada con intervenciones seguras y eficaces; servicios accesibles y cercanos a la ciudadanía; la reducción de las desigualdades en la atención a esta población; una participación efectiva de las personas protagonistas y sus familias; y un marco de protección de los derechos de la infancia y la adolescencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (OG 3)

1. Optimizar los mecanismos de detección precoz de problemas de salud mental en la infancia y la adolescencia, con participación de todos los sectores implicados (principalmente, salud, educación, servicios sociales y justicia), prestando una atención especial a los colectivos en situación de riesgo.
2. Disminuir las desigualdades en el ámbito de la atención integral a los problemas de salud mental de la infancia y la adolescencia, mediante estrategias intersectoriales que impliquen a las diferentes administraciones y que ayuden a la persona afectada a construir su proyecto vital y fortalecer su crecimiento personal.
3. Avanzar en la definición de una cartera de servicios para la atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia en el SSPA, tanto en el ámbito de la AP como hospitalaria, teniendo como premisa fundamental garantizar la accesibilidad, la equidad y la calidad.
4. Mejorar la atención a la infancia y la adolescencia en los servicios de salud mental, desplazando a las USMC el eje de la atención especializada a este colectivo, como manera de asegurar la accesibilidad y garantizar el principio de equidad.
5. Asegurar que los servicios y programas de atención a la SM de la infancia y la adolescencia cuentan con profesionales con competencias adecuadas y el apoyo institucional del SSPA.
6. Potenciar la participación activa de niños, niñas y adolescentes en sus planes integrales de tratamiento, así como en el funcionamiento de los servicios sanitarios y sociales, contando con la colaboración de familiares y/o cuidadores.
7. Garantizar una práctica clínica con perspectiva de género en esta población.



LÍNEAS DE ACCIÓN (OG 3)

1. Implantación de las medidas relacionadas con la detección precoz de problemas de salud mental en la infancia y la adolescencia, establecidas en el PSIA-A.
2. Establecimiento de mecanismos de coordinación, colaboración y cooperación entre todos los sectores implicados en la atención a la infancia y la adolescencia (especialmente salud, educación, servicios sociales y justicia), para mejorar la detección y la atención precoz a los problemas de salud mental de esta población, facilitando su crecimiento personal y la construcción de su proyecto vital.
3. Establecimiento de programas intersectoriales de prevención selectiva e indicada para aquellas personas menores de 18 años que presentan riesgo de conductas autolesivas o intentos suicidas.
4. Definición de una cartera de servicios de atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia en el SSPA, según lo establecido en el Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia del SAS (PASMIA), que establezca los mecanismos de colaboración, cooperación y coordinación con otros sectores y administraciones implicadas en la atención a esta población, que incluya acciones de parentalidad positiva, y que garantice en todo momento el buen trato a la infancia y la adolescencia.
5. Refuerzo de los programas de atención ambulatoria a la infancia y la adolescencia en las USMC, con dotación de profesionales con competencias específicas, preferentemente con dedicación completa, y en espacios adecuados.
6. Ampliación del espacio de colaboración entre AP y SM, incluyendo a la población infantil y adolescente, para la atención compartida a los problemas de salud mental de estos grupos de edad.
7. Reorientación de las USMI-J para ofertar programas de tratamiento intensivo en régimen ambulatorio y de hospitalización parcial, así como atender a las necesidades de hospitalización completa de la población de su ámbito de influencia.
8. Creación, revisión y/o implantación de PAI específicos para la infancia y para la adolescencia, destinados a mejorar la atención a determinados grupos diagnósticos y a problemas de salud mental de especial complejidad, y posteriormente, en su caso, a facilitar la transición a otros PAI en la edad adulta.
9. Desarrollo de intervenciones conjuntas con otros planes integrales (Oncología, Obesidad infantil, Diabetes, Enfermedades raras...), que garanticen la existencia de programas de apoyo psicológico para niños, niñas y adolescentes con dificultades emocionales, incluyendo a sus familiares.
10. Estudio de las medidas necesarias para dar respuesta a lo prescrito en el artículo 26.2 de la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, que establece que no podrán ser ingresados en los centros de protección específicos de menores con problemas de conducta, las y los menores que presenten enfermedades o trastornos mentales que requieran un tratamiento específico por parte de los servicios competentes en materia de salud mental o de atención a las personas con discapacidad.
11. Priorización de objetivos en los Contratos-Programa de DSAP, Áreas Hospitalarias o AGS y en los Acuerdos de Gestión Clínica de las UGC implicadas en la atención a esta población, de acuerdo con lo establecido en el PASMIA.



12. Diseño e implantación de acciones de sensibilización a profesionales sanitarios sobre la magnitud de los problemas de salud mental de la infancia y la adolescencia y su impacto en la trayectoria vital de la persona, utilizando el formato de sesiones clínicas.
13. Diseño de mecanismos de participación de niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental, en sinergia con el proyecto Dédalo, de participación y autonomía de la infancia en el SSPA.

RESULTADOS ESPERADOS (OG 3)

1. Se habrán creado espacios de colaboración entre AP y SM para la infancia y la adolescencia, con una frecuencia de contactos al menos mensual, que favorezcan la detección y atención precoz de los problemas de salud mental de esta población.
2. Cada UGC de SM contará con una comisión intersectorial, con la participación de representantes de SM, pediatría (AP y Hospitalaria), unidades de atención ciudadana (UAC), atención temprana, educación, servicios sociales y justicia, para mejorar la detección y la atención precoz a los problemas de salud mental de la población infantil y adolescente.
3. Se habrán establecido programas intersectoriales de prevención selectiva e indicada para aquellas personas menores de 18 años que presenten riesgo de conductas autolesivas o intentos suicidas.
4. Las USMC desarrollarán atención ambulatoria, asignando profesionales con competencias específicas y dedicación completa para la atención a población menor de 18 años.
5. Las USMC contarán con programación y/o espacios adaptados a las necesidades de atención a niños, niñas y adolescentes, y diferenciados de las personas adultas.
6. Las USMI-J desarrollarán programas de tratamiento intensivo en régimen ambulatorio y de hospitalización parcial y ofrecerán un apoyo reglado a las USMC, según se define en el programa de atención a la infancia y adolescencia de cada UGC de SM.
7. Estará garantizada la hospitalización infantil y adolescente en su ámbito más cercano mediante la existencia de camas en pediatría y USMI-J.
8. Se habrán elaborado e implantado los PAI para trastornos mentales graves en la infancia y en la adolescencia, destinados a mejorar la atención a determinados grupos diagnósticos y a problemas de salud mental de especial complejidad.
9. Se habrá implantado el PAI *Trastorno de la conducta alimentaria (2ª edición)*, en el ámbito de la infancia y la adolescencia.
10. Se habrán ejecutado las medidas necesarias para dar respuesta a lo prescrito en el artículo 26.2 de la Ley Orgánica 8/2015, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
11. Los Contratos-Programa de DSAP, Áreas Hospitalarias o AGS y en los Acuerdos de Gestión Clínica de las UGC, incluirán objetivos priorizados relacionados con la atención a la salud mental de la infancia y adolescencia.
12. Se habrán desarrollado vías de participación en los servicios de salud mental para la infancia y la adolescencia, en línea con el proyecto Dédalo del SSPA.
13. Las UGC de SM contarán con herramientas para medir los resultados en salud que permitan evaluar la eficacia de los planes de tratamiento destinados a la población infantil y adolescente con problemas de salud mental.



OBJETIVO GENERAL 4: Favorecer la detección precoz de problemas de salud mental (comunes y/o graves) en la población adulta y prestar una atención de calidad, que facilite la recuperación de su proyecto vital.

4.1. PERSONAS CON PROBLEMAS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOMATIZACIONES

JUSTIFICACIÓN (OG 4.1)

La necesidad de dar respuesta a las demandas de atención a los problemas de salud mental relacionados con la Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (ADS) se fundamenta en razones epidemiológicas (el 25% de las personas, mayoritariamente mujeres, que acude a AP es por este tipo de problema) y en la creciente medicalización y psicologización del malestar humano, que potencia la demanda de atención de un gran número de procesos leves y/o breves. Dicha demanda suele corresponder a situaciones vivenciales y crisis vitales, que no precisan atención sanitaria continuada, si bien pueden coexistir con manifestaciones clínicas más complejas que sí requieren intervenciones más especializadas.

Habría que añadir una tercera justificación relacionada con la situación actual de precariedad económica y crecimiento de las desigualdades sociales a las que está sometido un sector importante de la población andaluza, con el consiguiente impacto negativo en su salud mental.

Los problemas de ADS causan un sufrimiento emocional directo en la persona que los padece, afectando también a su entorno familiar cercano. Por otro lado, el coste en asistencia, incluida la psicofarmacológica, ha aumentado de manera notable en los últimos años, a lo que se suman las pérdidas en costes laborales y otros costes indirectos.

Si bien la atención a esta problemática se presta generalmente desde los centros de AP, un porcentaje considerable es derivado a los servicios de salud mental, concretamente a las USMC, donde, en ocasiones, reciben una atención poco estructurada, en la medida que el PAI Ansiedad, Depresión, Somatizaciones (ADS) no está implantado en su totalidad. Como consecuencia, la atención a estas patologías se realiza con escasas intervenciones psicológicas específicas y con exceso de tratamientos farmacológicos.

Una respuesta adecuada a esta situación es la implantación plena del PAI ADS (2011 2ª edición), cuya premisa fundamental, la colaboración entre los servicios AP y SM, debe constituirse en el elemento nuclear que permita gestionar adecuadamente la demanda que genera esta problemática.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS (O.G. 4.1)

1. Detectar aquellas poblaciones usuarias de los servicios sanitarios con riesgo de padecer trastornos ADS, especialmente aquellas personas con problemas de salud física, personas cuidadoras o allegadas que pueden verse afectadas por la situación de enfermedad en su contexto familiar.
2. Incrementar la calidad de la atención a las personas con trastornos ADS, facilitando la recuperación de su proyecto vital.
3. Disminuir el exceso de medicación (ansiolíticos y antidepresivos), psicologización y las exploraciones somáticas innecesarias.
4. Fomentar la participación activa de las personas afectadas en su tratamiento y recuperación.
5. Garantizar una práctica clínica con perspectiva de género en esta población.

LÍNEAS DE ACCIÓN (OG 4.1)

1. Afianzamiento y consolidación del PAI ADS (2ª edición), potenciando el espacio de cooperación entre las USMC y las UGC de AP de su ámbito de cobertura. Ello implica:
 - Implementación del modelo de atención por pasos en AP, fomentando las intervenciones de baja intensidad (uso de guías de autoayuda u otros materiales para el afrontamiento saludable de las dificultades de la vida cotidiana y programas de apoyo mutuo), incrementando las intervenciones psicológicas, individuales, familiares y grupales, basadas en la evidencia, así como las derivadas del uso de las TIC.
 - Desarrollo de las intervenciones psicológicas señaladas en el PAI para las personas atendidas en las USMC, asegurando la inclusión de intervenciones grupales y familiares.
 - Aplicación de los tratamientos farmacológicos recomendados en el PAI, para ambos niveles asistenciales.
2. Diseño e implantación de programas de prevención selectiva e indicada a personas que presenten este tipo de trastorno y que estén en riesgo de desarrollar conductas autolesivas o intentos suicidas.
3. Desarrollo de intervenciones conjuntas con otros PAI (Oncología, Cuidados paliativos, Diabetes, Enfermedades raras...), que garanticen la existencia de programas de apoyo psicológico para aquellas personas atendidas con problemas de ADS, incluyendo a sus familiares.
4. Evaluación de la seguridad de pacientes que se hayan incluido el PAI ADS y diseño de propuestas y herramientas de mejora.
5. Desarrollo de programas de atención integral dirigidos a personas mayores, en situación de dependencia y/o en riesgo o situación de exclusión social, con trastornos ADS.
6. Implantación de programas de autoayuda y apoyo mutuo para personas que sufran acontecimientos vitales de alta capacidad disruptiva (maltrato, divorcio conflictivo, pérdida traumática de empleo, enfermedades graves y/o discapacitantes, duelos complicados...), o se encuentren en situaciones de riesgo con repercusión en su salud mental (personas cuidadoras, jubiladas sin actividades alternativas...).



RESULTADOS ESPERADOS (OG 4.1)

1. Se habrán completado y consolidado el espacio de colaboración entre las USMC y las UGC de AP de su área de cobertura, en base a lo establecido en el PAI ADS (2ª edición).
2. Los AGC interniveles (AP y SM) incluirán objetivos de atención a los trastornos ADS.
3. Todas las UGC de AP dispondrán de espacios y herramientas para favorecer las intervenciones psicológicas y psicosociales, adecuadas a este ámbito, y el uso de recursos de afrontamiento en personas con trastornos ADS moderados, que eviten la medicalización.
4. Las USMC dispondrán de una cartera básica y común de tratamientos psicológicos basados en la evidencia, garantizando intervenciones individuales, familiares y grupales de calidad.
5. Se habrán realizado ensayos clínicos y pilotajes de tratamientos psicológicos con evidencia científica desarrollados utilizando las TIC, con el fin de establecer su grado de efectividad en el contexto del SSPA.
6. Las personas incluidas en el PAI ADS con conductas autolesivas o intentos de suicidio estarán identificadas en su historia clínica y recibirán el seguimiento adecuado.
7. Se dispondrá de un plan de seguridad para pacientes incluidos o incluidas en el PAI ADS.
8. Se habrán desarrollado programas de atención integral dirigidos a personas mayores, en situación de dependencia y/o en riesgo o situación de exclusión social, con trastornos ADS.
9. Siguiendo las recomendaciones del PAI ADS sobre tratamientos psicológicos y farmacológicos y, conforme a lo establecido en los sucesivos Contratos-Programa y AGC, se habrá disminuido la Dosis Habitante Diaria (DHD) en un 10% respecto a los niveles de prescripción de benzodiacepinas y antidepresivos del año 2015.
10. Las UGC de SM contarán con herramientas para medir los resultados en salud que permitan evaluar la eficacia de los planes de tratamiento en el marco del PAI ADS.

4.2. PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES

JUSTIFICACIÓN (OG 4.2)

La atención a todas las personas con trastornos incluidos en el PAI Trastorno Mental Grave (TMG) comienza en el momento en que se detecte la posibilidad de su existencia. Por este motivo es importante reiterar la necesidad de la cooperación con la AP y los servicios sociales comunitarios para la atención a esta población desde el momento de su detección, y en otros muchos de su evolución, tanto por su cronicidad como por la complejidad y la aparición de complicaciones que pueden tener lugar.

La detección e intervención temprana en la psicosis es clave para el pronóstico y la evolución de la enfermedad. El periodo de psicosis no tratada debe ser lo más corto posible para garantizar una buena respuesta a los tratamientos, un mejor funcionamiento global, social y vocacional y una mayor calidad de vida. El tratamiento debe ser de calidad y continuado durante el periodo crítico de los primeros años de enfermedad, basado en el modelo de atención temprana.



El abordaje de las personas debe ser integral e integrado para responder a necesidades complejas. Se requiere una menor medicalización de la atención con una mejora en el uso adecuado de los psicofármacos, un mayor desarrollo de intervenciones psicosociales basadas en la evidencia y una visión y orientación de los procesos de atención desde la perspectiva de la recuperación, más allá del control de la enfermedad y los síntomas. El pronóstico es mejor si los objetivos de los tratamientos se centran en los “objetivos de la vida” como tener un lugar para vivir donde sentir seguridad y protección y tener posibilidades de ocio, educación y trabajo significativo. Asimismo, es fundamental que la persona tenga amistades y personas de confianza y de apoyo, y que participe plenamente en las decisiones que afectan a su vida.

Esto significa que los equipos deben trabajar desde un enfoque multidisciplinar, integrando las aportaciones de profesionales de la salud, de proveedores de servicios sociales, y otros agentes relevantes incluyendo a las mismas personas con TMG y a sus familias. La coordinación y cooperación entre los servicios sanitarios de salud mental y los programas de apoyo social de la FAISEM es clave, al tratarse de la red pública especializada de servicios sociales, complementaria a la de salud mental, dirigida a este grupo de personas. Igualmente, esta coordinación ha de establecerse con la red de atención a las personas con adicciones y con los servicios sociales, incluyendo al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

El PAI TMG se encuentra implantado en los servicios de SM y AP, aunque con variabilidad, existiendo cierta brecha entre las recomendaciones del proceso y lo que las personas reciben en los servicios. A su vez, el II PISMA (2008-2012) ha avanzado en algunas situaciones que el PAI actual define como deseables en su desarrollo, diseñando e implantando experiencias, aunque no generalizadas.

Por estas razones el primer objetivo a cumplir en este aspecto es revisar y actualizar este PAI, incluyendo: Atención precoz a la psicosis; programas basados en el modelo tratamiento asertivo comunitario; definir la atención a los trastornos de personalidad graves; protocolo de atención conjunta a TMG con consumo de sustancias tóxicas entre los servicios de salud mental y los de la atención a la drogodependencia; atención a la población reclusa y atención a personas sin hogar, entre otras.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (OG 4.2)

1. Mejorar la atención a las personas con TMG de acuerdo con la evidencia disponible, la experiencia acumulada, y los criterios de calidad y seguridad.
2. Avanzar en la atención a primeros episodios de psicosis.



3. Incrementar los niveles de adecuación, adherencia y conciliación del abordaje farmacológico de estos trastornos.
4. Aumentar la accesibilidad a terapias psicosociales basadas en la evidencia.
5. Desarrollar modalidades de atención para las poblaciones con TMG que presenten una mayor complejidad en su proceso de enfermedad y/o se encuentren en situación de riesgo de exclusión o dependencia.
6. Progresar en el fomento de la recuperación de las personas con TMG.
7. Fomentar la participación de personas con TMG y allegadas.
8. Incrementar los programas de apoyo social gestionados por FAISEM, de forma equilibrada en su distribución territorial según UGC y proseguir en la mejora continua de la calidad de los mismos.
9. Asegurar la atención integral a la salud física de las personas con TMG, garantizando el derecho a la protección de la salud y la mejora de su calidad de vida.
10. Garantizar una práctica clínica con perspectiva de género en esta población.

LÍNEAS DE ACCIÓN (OG 4.2)

1. Revisión y actualización del PAI TMG, atendiendo a los conocimientos y experiencias desarrolladas desde su implantación.
2. Implementación en todas las UGC de SM de programas de atención a los primeros episodios de psicosis, basados en la evidencia y en la experiencia adquirida, que incluyan programas específicos de apoyo social dirigidos a jóvenes con trastorno mental grave gestionados por FAISEM. Estos programas han de incorporar la perspectiva de género y adaptarse a las diferentes realidades geográficas, teniendo en cuenta las siguientes dimensiones: organización, coordinación, competencias profesionales, dotación de profesionales, formación y sistemas de información.
3. Orientación de la atención a las personas con TMG en el SSPA y en FAISEM hacia la recuperación, con objetivos que contemplen un lugar para vivir donde sentirse seguras, tener posibilidades de ocio, educación y trabajo significativo, tener personas de apoyo, y participación plena en las decisiones que afectan a sus vidas.
4. Implementación, en todas las UGC de SM, de programas basados en el modelo de tratamiento asertivo comunitario para la población TMG que presenta una mayor gravedad en su proceso de enfermedad, con un alto uso de servicios hospitalarios, y con una historia de pobre adherencia a los servicios y tratamientos que lleva a recaídas frecuentes y/o exclusión social. Estos programas tienen que estar basados en la evidencia y en la experiencia adquirida en las UGC de SM, adaptados a las diferentes realidades geográficas, y tener en cuenta las siguientes dimensiones: organización, coordinación, competencias profesionales, dotación de profesionales, formación y sistemas de información.
5. Desarrollo de intervenciones para fomentar hábitos de vida saludables en las personas con TMG, mediante actividades de sensibilización, formación, coordinación y cooperación, así como a una adecuada identificación y monitorización de la patología orgánica (especialmente el síndrome metabólico) desde los servicios sanitarios.
6. Establecimiento de programas de prevención indicada de suicidio para la población con TMG.



7. Desarrollo de programas de atención integral a personas con trastorno mental grave en riesgo o situación de exclusión social (personas sin hogar o internadas en centros penitenciarios) personas mayores y/o en situación de discapacidad intelectual o del desarrollo o dependencia.
8. Implementación, en todas las UGC de SM, de actividades de apoyo mutuo en estrecha colaboración con los movimientos asociativos de personas usuarias con TMG y familiares.
9. Implementación, en todas las UGC de SM, de programas de participación de personas con TMG y familiares en aspectos de gestión y formación.
10. Implementación, en todas las UGC de SM, de un programa específico de intervención conjunta entre SM y adicciones en la comorbilidad TMG y consumo perjudicial de tóxicos.
11. Inclusión en los AGC de SM del aumento de las intervenciones psicológicas y la atención comunitaria y domiciliaria.
12. Incorporación del proceso de planificación anticipada de decisiones en los Planes Individualizados de Tratamiento (PIT).
13. Implantación de medidas destinadas a mejorar la seguridad de pacientes con TMG, incluyendo el uso de TIC y prestando una atención especial a los eventos adversos.
14. Diseño, implantación y evaluación de acciones destinadas a disminuir las medidas coercitivas e involuntarias en la atención a personas con TMG, con el objetivo final de su desaparición.
15. Desarrollo de los programas de apoyo social de FAISEM, mejorando su cobertura y calidad, y priorizando en cada caso los que más favorecen la recuperación y la autonomía personal y social de las personas con TMG, incluyendo la perspectiva de género.
16. Desarrollo de actividades relacionadas con el deporte, el arte y la cultura, como herramientas de apoyo a la recuperación de las personas con TMG.

RESULTADOS ESPERADOS (OG 4.2)

1. Se habrá actualizado el PAI TMG, incorporando conocimientos recientes, las evidencias en la atención y la experiencia acumulada en nuestro entorno, dando un nuevo impulso a la respuesta adecuada para estos trastornos.
2. Se habrán desarrollado en todas las UGC de SM programas de atención a situaciones que requieren una especial atención en cada una de sus USMC: primeros episodios de psicosis, tratamientos asertivos comunitarios, colectivos en riesgo o situación de exclusión social (personas sin hogar, población penitenciaria), o colectivos dependientes o con especial dificultad en la accesibilidad (personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y mayores).
3. Se habrán incrementado en las USMC las intervenciones psicológicas a la población con TMG (Psicoeducación a pacientes y familiares, Entrenamiento en habilidades sociales, Psicoterapia y Rehabilitación cognitiva) y la atención domiciliaria y la comunitaria.
4. Se habrán ajustado los tratamientos farmacológicos de las personas con trastornos incluidos en el PAI TMG a criterios del uso adecuado del medicamento y se ha disminuido la polifarmacia.
5. Se habrán disminuido las medidas coercitivas a pacientes con TMG en los ámbitos hospitalarios, para lo que se habrá puesto en marcha un método de recogida de datos e indicadores de las contenciones mecánicas y un conjunto de medidas preventivas contra las mismas. Como resultado final, se habrá conseguido una disminución mínima de las contenciones en un 50 %, teniendo como objetivo deseable su total eliminación.
6. Se habrán conseguido la monitorización de los problemas cardiovasculares, especialmente el síndrome metabólico, de las personas con TMG en su PIT mediante los parámetros de control



básicos (tensión arterial, índice de masa corporal, perímetro abdominal y bioquímica de sangre) y se habrá atendido la comorbilidad física mediante protocolos de colaboración con otros planes integrales del SSPA.

7. Se habrán incluido anualmente en los AGC objetivos para la mejora de la atención a personas con TMG en situación de urgencia o de padecimiento de patología somática, para asegurar un abordaje adecuado en momentos de mayor vulnerabilidad, garantizando la seguridad y la no discriminación de la persona.
8. FAISEM y las UGC de SM acuerdan anualmente objetivos en la atención a personas con TMG, para la coordinación y cooperación en sus programas residenciales y de soporte diurno.
9. Todas las personas con problemas de adicción y TMG habrán sido atendidas de manera conjunta por los servicios de salud mental y de atención a drogodependencia, siguiendo el protocolo para la atención ambulatoria y hospitalaria acordado.
10. Las UGC de SM habrán implantado un protocolo de prevención indicada del suicidio para la población con TMG, con especial atención al seguimiento y atención tras la conducta suicida, con la incorporación de un identificador en su historia clínica.
11. Las UGC de SM habrán favorecido la Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental, habiendo logrado que más del 50% de las personas con diagnósticos incluidos en el PAI TMG la tengan registrada en su Historia Clínica.
12. Las UGC de SM habrán establecido objetivos para la reducción en un 20% de la tasa de ingresos y reingresos hospitalarios de la población asignada con un diagnóstico incluido en el PAI TMG.
13. Se habrán elaborado en todas las UGC de SM, planes de seguridad (contemplando registro, análisis y prevención de los fallos de la atención prestada), tanto para los dispositivos hospitalarios como los comunitarios.
14. FAISEM y las UGC de SM, habrán acordado anualmente objetivos en la atención a personas con TMG para la coordinación y cooperación en sus programas residenciales y de atención domiciliaria.
15. En todos los PIT de las personas con TMG se habrá explorado el área de empleo, y se habrá valorado la derivación al SOAE de FAISEM para el establecimiento de un itinerario personalizado.
16. Las UGC de SM, FAISEM y la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, habrán establecido protocolos de coordinación para complementar los PIT del PAI TMG, los planes individualizados de atención Residencial y de Soporte Diurno de FAISEM y los planes individualizados de atención del SAAD.
17. Se habrá reforzado la atención a personas con TMG de mayor gravedad, vulnerabilidad o complejidad mediante el uso de TIC, tanto a pacientes como a familiares.
18. Las personas usuarias y familiares se habrán incorporado a las actividades de las UGC de SM y de FAISEM para colaborar en el proceso de recuperación, mediante actividades de apoyo mutuo.
19. Se habrán implantado en todas las UGC de SM programas de participación de personas con TMG y familiares en aspectos de gestión y formación.
20. Las UGC de SM contarán con herramientas para medir los resultados en salud que permitan evaluar la eficacia de los PIT (funcionalidad, recuperación, calidad de vida, satisfacción percibida...).



21. Las UGC de SM, en coordinación con FAISEM, habrán realizado actividades relacionadas con el deporte, el arte y la cultura, como herramientas de apoyo a la recuperación de las personas con TMG.

4.3. PERSONAS CON OTROS TRASTORNOS MENTALES

JUSTIFICACIÓN (OG 4.3)

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen un problema importante de salud debido a la eventual gravedad con que pueden evolucionar algunos casos y a la necesidad de un tratamiento especializado y multidisciplinar, a menudo complejo.

La evolución de numerosos casos confiere una especial importancia a la detección e intervención temprana, existiendo evidencias que apoyan, en general, la adecuación de estas intervenciones, consideradas como un buen factor pronóstico. La existencia de TCA de evolución crónica y tórpida, de inicio en la infancia y desenlace final en la adultez madura, con un importante deterioro vital de la persona afectada y desgaste crónico del contexto familiar y social, obliga a mantener durante muchos años una atención especializada y compleja.

Estas circunstancias han aconsejado actualizar el PAI existente, atendiendo a las aportaciones de la evidencia científica y la experiencia acumulada en el SSPA.

Trastornos obsesivos

Los trastornos obsesivos constituyen una forma de presentación clínica de una gran variabilidad, pudiendo llegar a ser muy graves e invalidantes y provocar mucho sufrimiento a quienes lo padecen. Se atribuye a los trastornos obsesivo-compulsivos (TOC) una prevalencia puntual del 1% de la población (Estudio PISMA-ep).

Existen, por otra parte, guías de práctica clínica que facilitarían la organización de una respuesta homogénea y homologada a las personas afectadas por estos trastornos, en especial para aquellos que adquieren una gravedad importante, causantes de una gran discapacidad y repercusión negativa en su entorno.

Trastornos de la Personalidad no incluidos en el PAI TMG

Según el estudio PISMA-ep, un 10,8% de la población general tiene alta probabilidad de padecer un Trastorno de la Personalidad (TP). De este grupo, los trastornos de personalidad disocial, histriónica, obsesiva-compulsiva, evitativa y dependiente no están incluidos como



categoría diagnóstica en el PAI TMG y, por tanto, no cuentan con una atención estructurada y estandarizada en el SSPA.

Una primera dificultad en la atención a personas con trastornos de personalidad la constituye su diagnóstico. Requiere de un período de observación-evaluación para concretar el tipo de trastorno de personalidad de que se trata. Por regla general se trata de un segundo diagnóstico realizado en un momento posterior al inicio de la atención a una persona que realiza una consulta por otros trastornos mentales. Por este motivo, el plan de atención y el tipo de tratamiento adecuado puede verse demorado o distorsionado.

Otra dificultad la constituye el tipo adecuado de tratamiento. La evidencia muestra a los tratamientos psicológicos como tratamientos de elección, para los que se requieren conocimientos y habilidades específicas y que obligan a los servicios, en especial a las USMC, a organizarse para poner a su disposición intervenciones eficaces y eficientes.

Trastornos por adicciones

Las personas con problemas de adicciones constituyen un colectivo importante de la población afectada por problemas de salud mental. Su atención en Andalucía se lleva a cabo por un subsistema ajeno al SSPA. Sin embargo, una parte de esa población además de su problema de adicción presenta otra clínica psicopatológica cuya respuesta depende de los servicios de SM del SSPA.

Son trastornos de alta complejidad (escasas adherencia y conciencia de enfermedad, problemas de salud derivados del abuso en el consumo de tóxicos, dificultades para abordar un proceso de recuperación, contextos familiares y sociales escasamente contenedores y/o disfuncionales, riesgo de marginalidad...). La atención a las personas afectadas por estos trastornos requiere estrategias de caso compartido y abordajes interdisciplinarios e intersectoriales entre los servicios de atención a las adicciones y los de salud mental.

Se requiere, por tanto, avanzar en la cooperación entre ambos subsistemas, incrementando intervenciones coordinadas y complementarias que completen circuitos asistenciales que garanticen continuidad y eficacia.

Se precisa también la colaboración para la atención a personas con otras conductas adictivas actualmente en aumento (ludopatías, adicción a móviles, internet y/o redes sociales...), y que cursan con otro tipo de trastorno mental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (OG 4.3)

1. Mejorar la atención integral que se le presta a las personas con trastornos de la conducta alimentaria en el SSPA.



2. Ofertar una atención de calidad en el SSPA a las personas con trastornos obsesivos.
3. Ofrecer una atención específica a las personas con TP no incluidas en el PAI TMG, de manera que pueda realizarse un diagnóstico temprano y un abordaje terapéutico con propuestas de intervenciones efectivas.
4. Mejorar la atención conjunta a las personas con problemas de salud mental y adicciones, avanzando en la cooperación de los subsistemas de salud mental y atención a las adicciones de Andalucía, y extendiendo las buenas prácticas que ya existen en algunos lugares de Andalucía.
5. Garantizar una práctica clínica con perspectiva de género a estos grupos de población.

LÍNEAS DE ACCIÓN (OG 4.3)

1. Publicación e implantación de la segunda edición del PAI TCA.
2. Adaptación del PAI TCA a la realidad de cada UGC de SM, consensuando entre todos los niveles implicados un abordaje multidisciplinar que incluya líneas de detección, prevención, diagnóstico y tratamiento, así como un modelo de coordinación que asegure la continuidad asistencial.
3. Elaboración e implantación de un protocolo o guía de atención a personas con TOC, según recomendaciones de guías reconocidas de práctica clínica.
4. Elaboración de una respuesta organizada para la atención a las personas con TP no incluidas en el PAI TMG que abarque aspectos organizativos de los recursos y protocolos efectivos basados en la evidencia de la atención a los mismos.
5. Consolidación del Protocolo de Actuación Conjunta entre Unidades de Salud Mental Comunitaria y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias, mejorando la atención y los espacios de cooperación para los casos compartidos.
6. Elaboración de un plan de atención integrada para personas con problemas de salud mental y adicción a sustancias, basado en las guías de práctica clínica.
7. Establecimiento de protocolos de prevención y atención a personas con conductas autolesivas e intentos de suicidio, afectadas por TCA, TOC, TP y trastornos por adicciones.
8. Desarrollo de programas de autoayuda y apoyo mutuo para las personas afectadas por alguno de los trastornos incluidos en este apartado.

RESULTADOS ESPERADOS (OG 4.3)

1. Se habrá implantado el PAI TCA (2ª edición) en todas las UGC de SM, Endocrinología, Medicina Interna y AP.
2. Se habrá diseñado un protocolo de atención a las personas con TOC a nivel autonómico siguiendo recomendaciones de las guías de práctica clínica, y todas las UGC de SM lo habrán adaptado a su entorno, teniendo en cuenta los recursos disponibles.
3. Las UGC de SM incluirán los rasgos de personalidad en la valoración de todos los casos que requieran atención especializada, para favorecer el diagnóstico precoz de los TP.
4. Las UGC de SM dispondrán de una respuesta organizada para la atención de los TP, de manera que se asegure una correcta evaluación y disponibilidad de recursos para la atención psicológica.
5. Las USMC habrán designado profesionales referentes para mejorar la implantación del Protocolo de Actuación Conjunta entre USMC y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias.



6. Se habrá diseñado un plan de atención integrada para personas con problemas de salud mental y adicción a sustancias a nivel autonómico, y todas las UGC de SM lo habrán adaptado a su entorno, teniendo en cuenta los recursos disponibles.
7. Las UGC de SM contarán con protocolos de prevención y atención a personas con conductas autolesivas e intentos de suicidio, afectadas por TCA, TOC, TP y trastornos por adicciones.
8. Las UGC de SM contarán con herramientas para medir los resultados en salud que permitan evaluar la eficacia de los planes de tratamiento a las personas afectadas por TCA, TOC, TP y trastornos por adicciones.

OBJETIVO GENERAL 5: Prestar una atención de calidad a personas adultas en situación de riesgo o desventaja social con problemas de salud mental, mejorando la accesibilidad y la adecuación de las prestaciones a sus necesidades.

JUSTIFICACIÓN (OG 5)

Existen personas que requieren una atención y discriminación positiva por los servicios sanitarios, debido a su vulnerabilidad a las diversas formas de trastorno mental y a sus dificultades en la accesibilidad a los servicios por sus limitaciones o condiciones sociales, independientemente del tipo de trastorno mental que presenten. Entre ellos se encuentran las personas internadas en centros penitenciarios, personas mayores, personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, personas sin hogar, personas inmigrantes, mujeres víctimas de violencia de género y otros tipos de violencia machista.

En los centros penitenciarios la prevalencia de trastorno mental se ha incrementado respecto de la población general, constituyendo una población en situación de vulnerabilidad por las condiciones de vida y con dificultades de accesibilidad a los servicios de salud.

Las personas mayores están en unas condiciones de mayor vulnerabilidad debido al momento vital en el que se encuentran. Es un momento en el ciclo de la vida en el que se producen gran número de pérdidas: deterioro progresivo y rápido de la salud física, pérdida de la capacidad de autonomía y vida independiente, disminución de la proyección social y, en nuestra sociedad, disminución del prestigio por conocimiento y experiencia.

Las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo también se encuentran en condiciones de mayor vulnerabilidad, por sus dificultades en el afrontamiento de determinadas situaciones complejas de la vida, y para desarrollar un proyecto vital con autonomía y libre de exclusión social.

Otro colectivo con una alta prevalencia de trastornos mentales, especialmente el más grave y complejos en su atención (alcohol y otro tipo de adicciones, TMG, trastornos de



personalidad) es el de personas sin hogar, especialmente importante en las grandes ciudades. Se requiere seguir avanzando y consolidando lo iniciado en el II PISMA respecto de este colectivo.

Las personas inmigrantes tienen que realizar grandes esfuerzos de adaptación social en muchas dimensiones en medio de una situación de pérdida de vínculos personales, culturales y sociales que les hace especialmente vulnerables a desarrollar un trastorno mental. Se añade además la falta de apoyo social necesario para su recuperación.

La mujer continúa sufriendo situaciones de violencia de género y otros tipos de violencia machista (violación, explotación sexual...), precisando en determinados casos de atención especializada de salud mental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (OG 5)

1. Garantizar una atención de calidad a la salud mental de la población internada en centros penitenciarios, en cooperación con otros sectores implicados, extendiendo las buenas prácticas que ya existen en algunos centros penitenciarios de Andalucía.
2. Mejorar la accesibilidad de personas mayores y de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo con problemas de salud mental, en cooperación con otros niveles asistenciales y sectores implicados.
3. Ofertar una atención específica a las personas sin hogar y personas inmigrantes con trastornos mentales, en cooperación con otros niveles asistenciales y sectores implicados.
4. Ofertar una atención específica a las mujeres víctimas de violencia machista, que precisen una asistencia especializada, en cooperación con otros niveles asistenciales y sectores implicados.

LÍNEAS DE ACCIÓN (OG 5)

1. Elaboración de un programa intersectorial para población penitenciaria con enfermedad mental, en el que participen Justicia, Fuerzas de orden público, SAS, FAISEM e Instituciones penitenciarias, y que contemple todas las etapas del proceso (presentencial, internamiento en centro penitenciario e inclusión social tras la finalización del mismo).
2. Creación de Comisiones Provinciales de Análisis de Casos integrada por SAS, FAISEM, Movimiento asociativo y representantes de Instituciones Penitenciarias y Administración de Justicia.
3. Diseño e implantación de un programa de atención específica a las personas mayores con enfermedad mental, en coordinación con AP y los servicios sociales implicados en el fomento y la promoción del envejecimiento activo y saludable.
4. Diseño e implantación de programas de atención específica a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y enfermedad mental, en colaboración con educación, servicios sociales y los movimientos asociativos implicados.
5. Desarrollo de un programa de atención a las personas en situación de sin hogar y que presentan asociado un trastorno mental grave, siguiendo las recomendaciones de la guía elaborada en el marco del II PISMA, en colaboración con FAISEM, AP, servicios de urgencias



hospitalarias, servicios sociales y organizaciones no gubernamentales, con el fin de dar una respuesta cohesionada e integral a este colectivo. Dicho programa ha de incorporar las medidas incluidas en el Procedimiento Marco de Atención a Personas en Situación de Riesgo Social en las Unidades de Urgencias Hospitalarias del Servicio Andaluz de Salud, adaptadas al colectivo de personas con enfermedad mental grave.

6. Implantación del Programa de Atención a Población Inmigrante en Salud Mental (PAPI-SM), adaptándola a la realidad de cada UGC de SM.
7. Elaboración e implantación de una guía de atención a las mujeres víctimas de violencia machista que precisen una asistencia especializada en la USMC.

RESULTADOS ESPERADOS (OG 5)

1. Las UGC de SM habrán desarrollado acuerdos de colaboración entre distintos sectores (salud, servicios sociales, corporaciones locales, movimiento asociativo...) para facilitar cauces de comunicación y pautas concretas de actuación para el tratamiento y seguimiento de personas en situación de especial vulnerabilidad, desventaja social y/o dependencia.
2. Las UGC de SM, a través de sus USMC, contarán con programas intersectoriales que incluyan tareas de consulta, y apoyo y orientación en el desarrollo de medidas de promoción, prevención y atención a la salud mental de la población con problemas de salud mental internada tanto en los centros penitenciarios ordinarios como en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla.
3. Las UGC de SM, a través de sus USMC, habrán designado profesionales de referencia para los centros residenciales de mayores ubicados en su área de cobertura, para realizar tareas de consulta, y apoyo y orientación en el desarrollo de medidas de promoción, prevención y atención a la salud mental de las y los residentes.
4. Las UGC de SM, a través de sus USMC, habrán designado profesionales de referencia para los centros residenciales de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo de su ámbito, para realizar tareas de consulta, y apoyo y orientación para el desarrollo de medidas de promoción, prevención y atención a la salud mental de las y los residentes.
5. Las UGC de SM, a través de sus USMC, habrán designado profesionales de referencia para la atención, en función de las necesidades detectadas, a colectivos de personas sin hogar con enfermedad mental.
6. Las UGC de SM, a través de sus USMC, habrán designado profesionales de referencia para la atención, en función de las necesidades detectadas, a personas inmigrantes con enfermedad mental.
7. Se habrá publicado e implantado, en todas las USMC, una guía de atención a las mujeres víctimas de violencia machista que precisen una asistencia especializada.
8. Las UGC de SM contarán con herramientas para medir los resultados en salud que permitan evaluar la accesibilidad y la adecuación de las prestaciones a las necesidades de estos grupos de población.



5.3. Línea estratégica 3: DERECHOS HUMANOS Y PARTICIPACIÓN

OBJETIVO GENERAL 6: Promover la igualdad y el respeto a los derechos de las personas con problemas de salud mental.

JUSTIFICACIÓN (OG 6)

Como ya se ha comentado, sigue persistiendo una imagen social negativa de las personas con problemas de salud mental, sustentada por prejuicios y falsas creencias (por ejemplo, que la propia persona es responsable de su enfermedad y no hace nada para remediarla; que el ambiente familiar y la educación recibida son los factores que han propiciado la enfermedad; que ésta es poco frecuente; y la de mayor peso, que relaciona enfermedad mental y peligrosidad).

Estas falsas creencias provocan estigma, generan situaciones de exclusión y discriminación, e impiden una participación real y efectiva en la sociedad. Las consecuencias negativas del estigma, se incrementan cuando la persona vuelve las actitudes negativas hacia ella misma, lo que da lugar al autoestigma. La pérdida de confianza y estima, y el acusado sentimiento de inutilidad causados por el autoestigma afectan gravemente a la vida de las personas y a su recuperación.

El estigma supone múltiples formas de discriminación y vulneraciones de derechos en diversas esferas de la vida de las personas. También se producen en el ámbito de los servicios, tanto en la práctica profesional, como en la planificación y la gestión de los servicios.

Para modificar esta situación es necesario continuar sensibilizando a la sociedad y formar a profesionales de salud, servicios sociales, centros educativos, cuerpos y fuerzas de seguridad, judicatura, personas usuarias, familiares..., sobre los derechos de las personas con problemas de salud mental. Derechos cuya vulneración se manifiesta, también, por la existencia de trato degradante y el uso de medidas coercitivas.

Todo el contenido de este objetivo irá orientado al cumplimiento de lo formulado en la CDPD, ratificada por el Estado español en 2008. Esta Convención recoge como principios generales el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, la libertad de tomar las propias decisiones, la independencia, el respeto a la diferencia y su aceptación, la no discriminación, la igualdad de oportunidades, la participación en la sociedad, la accesibilidad, la igualdad entre el hombre y la mujer y, por último, el respeto a la evolución de las facultades de niños y niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS (OG 6)

1. Combatir la discriminación social que sufren las personas con enfermedad mental en los diferentes contextos de vida.
2. Fomentar la recuperación y el empoderamiento de las personas con problemas de salud mental, como eje central de su atención en los servicios sociales y sanitarios.
3. Garantizar una práctica profesional que respete los derechos humanos de las personas con enfermedad mental, en los ámbitos sanitario y social, incorporando, asimismo, la perspectiva de género para evitar sesgos sexistas y desigualdades por razón de género.
4. Incrementar el conocimiento de las y los profesionales de los ámbitos sanitario y social sobre los derechos de las personas con discapacidad a recibir una atención basada en la toma de decisiones compartidas y en el fomento de su autonomía.
5. Incrementar el conocimiento sobre los derechos de las personas con trastornos mentales, así como los cauces para hacerlos efectivos (exigir, denunciar y/o reclamar), de todos los agentes implicados.

LÍNEAS DE ACCIÓN (OG 6)

1. Revisión de los estilos de relación de ayuda a las personas atendidas en la red de salud mental (SAS y FAISEM), evitando medidas de sobreprotección, favoreciendo la autonomía y garantizando el respeto a los derechos humanos según la CDPD.
2. En el marco de la estrategia contra el estigma de Andalucía “1 de cada 4”, avanzar en el desarrollo de actuaciones intersectoriales avaladas por la evidencia, contando con el protagonismo de los movimientos asociativos y afianzando la alianza entre las diferentes organizaciones que la componen:
 - Desarrollo de acciones específicas destinadas a combatir la discriminación que sufren determinados grupos de población con problemas de salud mental: por su especial vulnerabilidad -niños, niñas, adolescentes y personas mayores-; quienes por su situación o riesgo de exclusión sufren una discriminación múltiple -personas internadas en centros penitenciarios, sin hogar, inmigrantes, con problemas de adicciones..., así como la discriminación que se produce en los entornos de trabajo.
 - Seguir desarrollando acciones específicas destinadas a mostrar una imagen positiva de las personas con enfermedad mental grave en los diferentes entornos de vida, priorizando aquellas que se desarrollan a nivel local, que promueven el contacto social y que son protagonizadas por personas con problemas de salud mental.
 - Desarrollo de medidas que impulsen la cooperación intersectorial en la lucha contra el estigma y la protección de los derechos de las personas con trastorno mental, entre los sectores de salud, FAISEM, servicios sociales, educación, universidad, empleo, administración de justicia, organizaciones y colegios profesionales en el ámbito de la magistratura, instituciones penitenciarias, y fuerzas y cuerpos de seguridad.
 - Desarrollo de nuevas herramientas de difusión y comunicación, así como el aprovechamiento de las redes sociales, para dar soporte a la estrategia “1 de cada 4”.
3. Sensibilización y dotación de herramientas a las y los profesionales para que incluyan como eje de la atención en salud mental la toma de decisiones compartidas y el uso del consentimiento y la planificación anticipada de decisiones, tanto en el SSPA como en FAISEM, en colaboración con la Estrategia de Bioética del SSPA.



4. Inclusión del personal de las UAC del SAS en acciones formativas destinadas a prevenir el estigma y la vulneración de derechos en el ámbito de la salud mental.
5. Acciones de mejora del ambiente terapéutico en todos los dispositivos de salud mental (espacio físico, dinámica de funcionamiento, normas, ambiente relacional, trabajo en equipo y clima laboral), que garanticen los derechos de las personas atendidas y eviten la discriminación por razón de género.
6. Diseño, implantación y evaluación de acciones destinadas a disminuir las medidas coercitivas en el ámbito de los servicios de atención a la salud mental, tendiendo a su desaparición.
7. Impulso, consenso y/o suscripción de acuerdos con el movimiento asociativo para la realización de actividades conjuntas en el ámbito de la UGC de SM, para prevenir situaciones en las que haya riesgo de vulneración de derechos.
8. Ofrecimiento de información y herramientas a las personas incluidas en el PAI TMG para que puedan ejercer su derecho al acceso a una vivienda digna, a participar en la vida comunitaria y laboral, y a percibir, en su caso, una prestación por discapacidad y/o dependencia.

RESULTADOS ESPERADOS (OG 6)

1. En el marco de la estrategia “1 de cada 4” se habrán puesto en marcha las acciones específicas propuestas, contando con el protagonismo de los movimientos asociativos.
2. Se habrá incrementado la cooperación intersectorial en la lucha contra el estigma y la protección de los derechos de las personas con trastorno mental.
3. Se habrá desarrollado un nuevo entorno web para dar soporte a la estrategia “1 de cada 4”, haciendo un uso más efectivo de las tecnologías de la información y las redes sociales.
4. Se habrá incrementado la toma de decisiones compartidas y el uso del consentimiento y la planificación anticipada de decisiones en la actividad asistencial cotidiana.
5. Se habrán implementado medidas de mejora del ambiente terapéutico en todos los dispositivos de las UGC de SM.
6. Se habrán analizado las medidas coercitivas utilizadas en el ámbito de la salud mental e implantado acciones para su disminución y/o eliminación.
7. Las UGC de SM habrán establecido acuerdos de cooperación con el movimiento asociativo para prevenir situaciones en las que haya riesgo de vulneración de derechos.
8. A todas las personas incluidas en el PAI TMG se les habrá proporcionado información y herramientas para que puedan ejercer su derecho a tener acceso a una vivienda digna, a participar en la vida comunitaria y laboral, a percibir una prestación por discapacidad y/o dependencia...
9. Las UGC de SM y FAISEM habrán puesto en marcha una estrategia de comunicación e información a las personas atendidas y sus familiares sobre sus derechos y deberes, el itinerario a seguir y la cartera de servicios ofertada.
10. Las UGC de SM cuentan con herramientas para medir la vulneración de derechos que sufren las personas con problemas de salud mental, incluyendo la discriminación producida por razón de género.



OBJETIVO GENERAL 7: Asegurar la participación efectiva de la ciudadanía y sus organizaciones en el cuidado de su salud mental.

JUSTIFICACIÓN (OG 7)

Existen razones que hacen que la participación sea un elemento estratégico para favorecer la salud mental de la población andaluza, más allá del reconocimiento efectivo del derecho de la persona a expresar su opinión, a que esta sea tenida en consideración y a participar activamente en todo lo que afecte a su salud, sea cual sea su edad, sexo, raza, religión, estatus social o estado de salud.

Nuestra sociedad, sin embargo, carece de una cultura de participación. Y si esto es así para cualquier ciudadano o ciudadana aún lo es más para las personas con enfermedad mental. Y aunque han sido muchos los avances sociales realizados durante las últimas décadas en materia de derechos humanos, aún existen amplias áreas de mejora, siendo una de ellas la de la participación activa de estas personas y, en especial, la de niños, niñas y adolescentes, en los asuntos que afectan a su salud.

Existe evidencia sobre los aspectos favorables de tal participación tanto en el bienestar de las personas como en la mejora de los servicios convirtiéndose en un estándar de calidad de las organizaciones.

La participación de la ciudadanía en asuntos que son de su interés, como es su salud mental, fomenta su empoderamiento y, por tanto, su capacidad para dirigir su vida.

Por ello, es necesario crear cauces de participación que sean conocidos, asequibles, accesibles y eficaces; y continuar con la investigación sobre sus efectos e incluir los beneficios de la participación en la formación de los y las profesionales.

La incorporación de la perspectiva de la recuperación en los servicios de salud mental hace que sea imprescindible la implicación activa de las personas atendidas en ellos, en varios sentidos. Por un lado, los y las profesionales deben conocer y tener en cuenta la opinión de la persona usuaria y, en su caso, de su familia. Y, por otro, la persona interesada debe corresponsabilizarse en el cuidado de su salud mental y las y los profesionales deben facilitarle la asunción de esta responsabilidad, abandonando actitudes sobreprotectoras, potenciando su participación mediante la toma de decisiones compartidas y la planificación anticipada de decisiones en salud mental.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS (OG 7)

1. Potenciar la implicación de las personas con problemas de salud mental en el fomento de su salud y bienestar, desde la perspectiva de los activos en salud.
2. Promover una cultura de participación en salud mental partiendo de una adecuada información previa.
3. Generar espacios de participación real y efectiva en el ámbito de las UGC de SM y de los programas de apoyo social de FAISEM.
4. Incorporación de personas usuarias en los equipos de atención a la salud mental del SSPA y en determinados programas de apoyo social de FAISEM.

LÍNEAS DE ACCIÓN (OG 7)

1. Extensión de los grupos de apoyo mutuo entre personas con problemas de salud mental a todas las UGC de SM, orientados a fortalecer los activos en salud (individuales y comunitarios) y a facilitar su empoderamiento, en estrecha colaboración con los movimientos asociativos.
2. Desarrollo e implementación de medidas para garantizar el acceso y la transparencia a la información que permitan una adecuada participación, en estrecha colaboración con las UAC.
3. Fortalecimiento de las comisiones de participación ciudadana de salud mental (UGC de SM y FAISEM), garantizando la participación efectiva de los movimientos asociativos de personas usuarias y familiares, incluyendo representación de la infancia y la adolescencia, en la definición de líneas estratégicas, y en la planificación y organización de los servicios y/o programas.
4. Desarrollo de medidas para potenciar la participación de personas con enfermedad mental en las comisiones de participación ciudadana de las UGC de AP y otras especialidades en las que estén siendo atendidas.
5. Desarrollo e implementación de nuevas vías de participación de la infancia y la adolescencia en la atención a la salud mental, incorporándose a las puestas en marcha por el SSPA.
6. Desarrollo de estrategias para fortalecer el apoyo mutuo en el ámbito de los movimientos asociativos y búsqueda de fórmulas de profesionalización y de colaboración con los servicios sanitarios y programas de apoyo social.

RESULTADOS ESPERADOS (OG 7)

1. Se habrá promocionado desde las UGC de SM el desarrollo y mantenimiento en el tiempo de, al menos, un grupo de apoyo mutuo de personas con problemas de salud mental, que tenga como eje los activos en salud.
2. Se habrá logrado una participación más efectiva de los movimientos asociativos de personas usuarias y familiares en las Comisiones de Participación Ciudadana del SSPA y FAISEM, habiendo incluido representación de la infancia y la adolescencia.
3. Se habrá fortalecido el apoyo mutuo en el ámbito de los movimientos asociativos y se habrán establecido fórmulas de profesionalización y de colaboración con los servicios sanitarios y programas de apoyo social.
4. Las UGC de SM contarán con herramientas para medir la participación ciudadana en su ámbito de actuación.



5.4. Línea estratégica 4: GESTIÓN DE RECURSOS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

OBJETIVO GENERAL 8: Dotar de los recursos de soporte, materiales, humanos y organizativos, necesarios para alcanzar los objetivos del Plan.

JUSTIFICACIÓN (OG 8)

Todo Plan necesita una serie de recursos para su implantación efectiva. El desarrollo de los objetivos planteados y las líneas estratégicas definidas requieren una utilización más eficiente, tanto de los recursos existentes en el SSPA, FAISEM y otros sectores implicados, como de nuevos recursos que es necesario poner en marcha.

Los recursos existentes para dar soporte a este Plan incluyen la red de servicios de salud, los servicios y programas intersectoriales que intervienen como apoyos complementarios y los activos disponibles en la comunidad que generan salud y bienestar a la ciudadanía.

Entre los primeros, se encuentran tanto los destinados a la salud pública como a la atención directa en los servicios de AP, hospitalaria y urgencias, incluyendo la red de atención a las drogodependencias, dependiente de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales.

Como apoyos complementarios se cuenta principalmente con los recursos y programas específicos de FAISEM, los servicios sociales comunitarios y especializados, los centros adscritos al Instituto Andaluz de la Mujer, los centros educativos, y la colaboración de la administración de justicia e instituciones penitenciarias.

Entre los activos comunitarios se encuentran los vinculados a las administraciones públicas, los pertenecientes a las entidades privadas, y los propios de la ciudadanía, como los movimientos ciudadanos y las asociaciones de personas usuarias y familiares.

Este Plan brinda la oportunidad de realizar algunas correcciones en la distribución de los dispositivos, la organización de los servicios, la gestión de los recursos humanos, las infraestructuras, las comunicaciones, los sistemas de información y las herramientas de gestión disponibles, con la finalidad de favorecer la equidad y la efectividad de los mismos.

En este apartado, los recursos humanos merecen una atención especial. La implementación de cualquier servicio sanitario requiere de recursos que, en general, satisfacen necesidades de espacio, de herramientas diagnósticas y terapéuticas, y de tiempo. En salud mental, las y los profesionales son, además, las herramientas y el tiempo. Esta afirmación se basa en que sólo a través de la relación con las personas se hacen eficaces, efectivas y eficientes las



herramientas terapéuticas, incluso las biológicas, ya que la adherencia a las mismas depende, en gran parte, de la relación terapéutica.

A la labor asistencial hay que añadir el consumo de tiempo empleado en el trabajo en red, dentro y fuera del SSPA, aspectos clave en la atención comunitaria a la SM, así como en las actividades de formación, investigación y evaluación, fundamentales para la mejora continua de la calidad de las intervenciones, y más aún en un escenario de cambios sociales permanentes

Los programas de apoyo social específicos para personas con TMG son un elemento esencial en la atención comunitaria de este grupo de personas, dado que la estrecha cooperación entre los mismos y las UGC de SM, en el marco del PAI TMG, es el eje sobre el que pivotan los esfuerzos para conseguir la recuperación y la ciudadanía activa de un número importante de ellas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (OG 8)

1. Optimizar la organización territorial de las UGC de SM para garantizar un acceso equitativo y una gestión adecuada de sus fines asistenciales.
2. Priorizar áreas de mejora y centrarse en acciones que produzcan resultados en salud, e incluso valorar la adscripción de los recursos existentes, siempre buscando la mejora de la calidad y el cumplimiento de los criterios de equidad, accesibilidad y continuidad asistencial.
3. Reorganizar, incrementar y/o adecuar los recursos humanos a las necesidades asistenciales, de coordinación, de formación, de investigación y de evaluación en el ámbito de las UGC de SM.
4. Aumentar la cobertura de los programas de FAISEM, priorizando el desarrollo de aquellos que favorecen la recuperación de sus usuarios y usuarias, mejorando su distribución territorial adecuándola a la estructura de las UGC de SM.
5. Asegurar que las y los profesionales que trabajen en los servicios de salud mental cuenten con las competencias necesarias para prestar una atención de calidad a las personas con enfermedad mental.
6. Enriquecer los recursos humanos del SAS y FAISEM con la participación de personas usuarias.
7. Asegurar infraestructuras sanitarias seguras, dignas y adecuadas para atender los problemas de salud mental de la población andaluza.
8. Mejorar las vías de comunicación telemática entre profesionales, y aquellas otras medidas que puedan facilitar el seguimiento telefónico y telemático de determinados colectivos de personas usuarias.
9. Optimizar los sistemas de información para facilitar la labor asistencial, así como la evaluación y la investigación en salud mental.
10. Optimizar el uso de las herramientas de gestión disponibles en el SSPA para lograr los objetivos planteados en este Plan.



LÍNEAS DE ACCIÓN (OG 8)

1. Reorganización del mapa de UGC de SM, introduciendo coherencia en la distribución y en la dimensión geográfica de los recursos, haciéndolo coincidir a su vez con el mapa de AP.
2. Incremento de los recursos humanos en el conjunto de los servicios de SM del SSPA, dependiendo de la disponibilidad presupuestaria de cada ejercicio. Con dicho incremento se garantizará una atención de calidad a la salud mental de la población, en todas las franjas etarias, en base a criterios de equidad y efectividad y a los principios establecidos en este Plan.
3. Asignación del incremento en recursos humanos a la mejora de la calidad de la atención en el ámbito comunitario, priorizando las siguientes áreas:
 - a) Atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia en las USMC y las USMI-J.
 - b) Consolidación del PAI TMG, y de manera específica:
 - atención a los primeros episodios de psicosis;
 - atención basada en el modelo de tratamiento asertivo comunitario a la población con TMG con mayor complejidad y/o situación de riesgo de exclusión o dependencia;
 - atención a personas con TMG sin hogar; y
 - atención a población con TMG internada en centros penitenciarios.
 - c) Afianzamiento del PAI ADS, y de manera específica:
 - consolidación del espacio de colaboración entre las USMC y las UGC de AP de su área de cobertura; y
 - potenciación de las intervenciones psicológicas en la USMC, para aquellas personas que lo precisen.
4. Creación de la categoría profesional de Enfermera Especialista en Salud Mental y definición del puesto de trabajo y el acceso al mismo a través de las Ofertas de Empleo Público (OEP) y la bolsa específica para esta categoría.
5. Definición de las competencias, funciones y tareas de las categorías profesionales existentes en los servicios de SM sin especialidad (terapeuta ocupacional, trabajador/a social, auxiliar de enfermería, monitor/a ocupacional y celador/a).
6. Estudio de las posibles vías de incorporación de personas usuarias a los equipos de trabajo del SAS y de FAISEM, con la finalidad de participar activamente tanto en la planificación y gestión de los servicios, como en la actividad asistencial.
7. Creación o adecuación de espacios específicos para la atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia, en cumplimiento del Decreto 246/2005, tanto en la atención ambulatoria, como en la hospitalaria. En este último caso, es especialmente necesario dar respuesta a la hospitalización de adolescentes mayores de 14 años, por cuanto no son hospitalizados en los servicios de Pediatría.
8. Revisión de la adecuación de algunas infraestructuras de carácter hospitalario, especialmente Comunidades Terapéuticas de Salud Mental (CTSM), y de las necesidades de espacio en los dispositivos con actividad ambulatoria, estableciendo los planes de mejora correspondientes.
9. Aumento de la cobertura de los programas de apoyo social acorde con los objetivos fijados en el Plan. En el periodo de vigencia del Plan, FAISEM plantea el crecimiento de los siguientes recursos en función de cada programa:
 - a) Programa residencial:
 - Casas Hogar: incremento de 140 plazas (llegar a 1.072 plazas)



- Viviendas Supervisadas: incremento de 140 plazas (llegar a 836 plazas)
- b) Soporte diurno:
 - Centros de Día: incremento de 1.200 plazas (llegar a 2.500 plazas)
 - Clubes Sociales: incremento de 900 plazas (llegar a 2.400 plazas)
- c) Empleo:
 - SOAE: llegar a las 3.000 personas atendidas y 1.000 personas contratadas.
 - Empresas Sociales: incremento de 90 puestos de trabajo para personas con enfermedad mental (llegar a los 450 puestos de trabajo).
- d) Sin Hogar:
 - Centros de Baja Exigencia: incremento de 240 plazas (llegar a 370 plazas)
- e) Prisiones:
 - 8 programas provinciales
- f) Tutelas:
 - 8 Fundaciones Tutelares
- 10. Implementación de los recursos de apoyo social que favorezcan la autonomía personal y la vida social activa de las personas con TMG en todos los programas de FAISEM:
 - favoreciendo una mayor movilidad en el programa residencial, graduando los niveles de apoyo necesarios en cada caso;
 - estableciendo una cartera de servicios en los centros de día que favorezca el trabajo personalizado y que apoye la permanencia en el propio domicilio de las personas;
 - ampliando la red de Clubes Sociales mediante convenios con los movimientos asociativos y enfatizando las actividades de apoyo mutuo desde los mismos; y
 - aumentando la actividad de los SOAE en el programa de empleo, en cooperación con los servicios comunitarios de salud mental.
- 11. Adecuación de la distribución territorial de FAISEM a la de los servicios de salud mental, que favorezca la equidad en el acceso y la cooperación con los servicios públicos de salud mental y del SAAD.
- 12. FAISEM acometerá la redacción y puesta en funcionamiento de su 2º Plan de Calidad, incluyendo los aspectos referidos a los programas de atención, a la formación continuada, a la gestión administrativa y económica y a sus sistemas de información; buscando mejorar la efectividad y eficiencia de las actuaciones de atención directa y de soporte, la satisfacción de las personas a las que se atiende y de sus familias.
- 13. Análisis de los equipamientos actuales de comunicación entre profesionales sanitarios y no sanitarios (telefonía, recursos telemáticos, sistemas de mensajería...), así como los equipamientos necesarios para monitorizar a determinados grupos de personas usuarias, estableciendo los planes de mejora correspondientes.
- 14. Implantación efectiva de la Historia de Salud Mental en todos los dispositivos, utilizando adecuadamente todas las herramientas diagnósticas y de cribado que ésta proporciona, así como desarrollar e implementar nuevas funcionalidades.
- 15. Diseño y desarrollo de un sistema de explotación de datos específico que permita obtener información epidemiológica, clínica y demográfica de la población atendida, así como indicadores de resultados y de consumo de servicios. Ello implica la integración en el mismo de



los módulos de explotación de la información de CitaWeb (INFHOS y MTI) ya existentes, así como el Módulo de Gestión del Conocimiento de la Historia de Salud Mental en DIRAYA de Atención Hospitalaria, el CMBD y la creación de otros CMBD específicos para CTSM, hospitalización parcial y atención ambulatoria.

16. Exploración de vías de conexión entre los sistemas de información de los diferentes sectores implicados en la atención a personas con problemas de salud mental, especialmente los desarrollados por la Junta de Andalucía (SAS, FAISEM, Atención Temprana, Red de Atención a las Drogodependencias, SAAD...)
17. Hacer uso de los instrumentos de gestión, coordinación y mejora de la calidad disponibles en el SSPA (Contratos-Programa, AGC, acuerdos de cooperación SAS-FAISEM, comisiones intersectoriales, protocolos interdepartamentales, convenios de colaboración y comisiones de participación ciudadana, principalmente), para canalizar las líneas de acción establecidas en este Plan.

RESULTADOS ESPERADOS (OG 8)

1. Se habrá reorganizado la distribución territorial de las UGC de SM, disminuyéndose las diferencias interprovinciales de dotación de recursos, con criterios de equidad y confluencia con el mapa de AP.
2. Se habrán incrementado los recursos humanos en el conjunto de los servicios de SM en base a criterios de equidad y efectividad y a los principios establecidos en este Plan, reduciendo las diferencias entre UGC de SM existentes en la actualidad.
3. Existirá la categoría de Enfermera Especialista en Salud Mental en la relación de puestos de trabajo del SAS y se han regulado los procesos específicos de acceso a través de OEP y Bolsa de Empleo Temporal.
4. Se habrán definido las competencias, funciones y tareas de las categorías profesionales de los servicios de SM sin especialidad.
5. Los dispositivos de SM contarán con la infraestructura y los espacios adecuados a sus necesidades, diferenciando la atención de adultos de la infancia y la adolescencia.
6. Los dispositivos de salud mental contarán con los equipamientos telemáticos necesarios para una comunicación eficaz entre profesionales, sanitarios y de otros sectores, así como para facilitar la monitorización de aquellos casos que lo precisen.
7. La totalidad de dispositivos de SM utilizan la Historia de SM de DIRAYA de Atención Hospitalaria.
8. Se dispone de un sistema de información en SM que permite obtener una visión clara de las características de la población atendida, del consumo de servicios y de la evaluación de resultados.
9. Se habrá aumentado la cobertura de los programas de apoyo social de FAISEM, en base al incremento comprometido en los diferentes programas.
10. Se habrá incrementado la movilidad de personas atendidas en el programa residencial de FAISEM desde recursos que requieren mayor apoyo a los de mayor autonomía.
11. La estructura de FAISEM se habrá adecuado a la organización territorial de las UGC de SM.
12. Se habrá editado e implantado el segundo Plan de Calidad de FAISEM.



5.5. Línea estratégica 5: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN

OBJETIVO GENERAL 9: Mejorar la calidad de la atención a la salud mental en el SSPA mediante la excelencia profesional, la práctica clínica basada en la evidencia, la investigación orientada a la evaluación de intervenciones y la búsqueda de innovaciones para dar respuesta a los problemas de salud mental de la población.

JUSTIFICACIÓN (OG 9)

Alcanzar los objetivos propuestos en este Plan está en relación directa con el nivel de competencia de sus recursos humanos, que a su vez son la clave para el funcionamiento de los servicios. Por ello es fundamental buscar la mejora continua de las competencias profesionales, aprovechando las experiencias y los conocimientos propios, convirtiéndolos siempre que sea posible en evidencias. Asimismo, es importante mejorar la capacidad de búsqueda de evidencia científica y su posterior incorporación a la práctica clínica, además del desarrollo de proyectos de investigación innovadores, que redunden en la calidad y eficiencia de las prestaciones.

Se trata de seguir avanzando en la búsqueda de la excelencia de las UGC de SM y de sus profesionales, mejorando la formación continuada de su personal. Una formación que, en la sociedad del conocimiento, debe abarcar también la formación pre y postgrado, facilitando la generación de nuevos conocimientos que puedan ser incorporados a la práctica clínica en salud mental.

La naturaleza multifactorial de los trastornos mentales y el enfoque comunitario para la atención a estos trastornos, requieren la aportación de especialistas de distintas disciplinas, el desarrollo de servicios y programas efectivos, y la participación y compromiso de los distintos sectores implicados. Por tanto, para garantizar una atención de calidad, integral e integrada, que asegure la continuidad asistencial a los problemas de salud mental, se hace necesario que desde las UGC de SM se desarrollen planes de formación continuada que actualicen y complementen las competencias a nivel multiprofesional, interprofesional e intersectorial, y que incorporen la perspectiva de género.

Asimismo, se deben realizar planes de formación especializada que garanticen la adquisición y desarrollo de competencias de futuros profesionales de AP y SM, y planes de investigación que generen nuevos conocimientos.



Todo esto redundará en la calidad de los tratamientos y cuidados que se realizan en el SSPA, con la finalidad de facilitar el proceso de recuperación y mejorar la calidad de vida de las personas usuarias y sus familiares.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (OG 9)

1. Garantizar la capacitación de profesionales de AP, SM y de otros sectores clave, así como de profesionales en formación, para llevar a cabo una atención a la salud mental de calidad, basada en la mejor evidencia disponible.
2. Extender la cultura de la atención basada en la evidencia en la red de atención a la salud mental, potenciando su incorporación a la práctica clínica.
3. Aumentar y canalizar el conocimiento y el potencial científico existente en Andalucía, poniendo en valor la experiencia acumulada de los últimos 30 años en el desarrollo del modelo comunitario de atención a la salud mental.
4. Conocer la efectividad de los servicios y los programas de atención a la SM.

LÍNEAS DE ACCIÓN (OG 9)

A. Formación

1. Diseño de un Plan Autonómico de Formación Continuada, orientado a las prioridades establecidas en las líneas estratégicas de este Plan y a las recomendaciones incluidas en los PAI de salud mental, así como otros procedimientos, evidencias y buenas prácticas disponibles. Dicho Plan de formación, que se implantará anualmente adecuándose a las necesidades de cada UGC de SM, tendrá en cuenta las necesidades de las distintas unidades asistenciales, las franjas etarias de las personas atendidas, los perfiles y mapas de competencias profesionales, y las características de los distintos agentes intersectoriales implicados, incluyendo los movimientos asociativos de personas usuarias y familiares.
2. Incorporación de las líneas estratégicas de este Plan a la formación pregrado y formación especializada, en el marco de los planes oficiales de estudio de cada disciplina.
3. Desarrollo de competencias comunes y transversales en la Unidad Docente Multiprofesional de aquellas UGC de SM que ofertan plazas a Especialistas Internos Residentes (MIR, PIR y EIR), favoreciendo el aprendizaje conjunto de las especialidades que la integran, el trabajo en equipo multidisciplinar y el uso compartido de los recursos existentes.

B. Práctica clínica basada en la evidencia

4. Incorporación de la mejor evidencia disponible a las intervenciones ofertadas por los servicios de salud mental, haciendo uso, entre otros recursos, del portal de gestión del conocimiento del PISMA "Psicoevidencias".
5. Intercambio de información, conocimientos y experiencias entre todos los agentes implicados en la atención a las personas con problemas de salud mental.
6. Participación activa de las y los profesionales en el desarrollo y difusión de evidencias en la atención a la salud mental.



C. Investigación

7. Elaboración de un plan regional de investigación en salud mental, acorde con las líneas estratégicas de este Plan, que incorpore líneas de investigación centradas en las siguientes áreas de conocimiento:
 - patologías concretas o grupos de trastornos;
 - poblaciones o colectivos específicos de personas;
 - efectividad de las intervenciones; y
 - situaciones de riesgos detectados.
8. Cooperación con la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), en la coordinación y soporte metodológico de las actividades de investigación del Plan.
9. Utilización de la Red de Fundaciones Gestoras de la Investigación del SSPA, así como de posibles colaboraciones con las universidades andaluzas, para el desarrollo de las líneas de investigación del Plan.
10. Creación de una vía de financiación específica para el plan de investigación en SM, acorde con las líneas estratégicas de este Plan.
11. Constitución de un grupo de referentes de cada UGC de SM para la coordinación y el seguimiento de actividades investigadoras.
12. Participación de todas las UGC de SM en actividades de investigación, aglutinando esfuerzos y fomentando el desarrollo de estudios multicéntricos.
13. Desarrollo de proyectos de investigación, transversales e intersectoriales (AP, otras especialidades, FAISEM, servicios sociales, educación...), enmarcados en este Plan.
14. Realización de un mapa de recursos de investigación en salud mental en Andalucía.
15. Elaboración de un proyecto de investigación para la evaluación final de la formación especializada de psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental, acorde con las líneas estratégicas de este Plan.
16. Finalización del proyecto de investigación iniciado en 2015 para evaluar la estrategia GRUSE de AP.

D. Evaluación de servicios

17. Puesta en marcha de un sistema de información-evaluación a partir de las diferentes fuentes disponibles en el SSPA, que proporcione, entre otros aspectos, conocimiento sobre la morbilidad atendida en la práctica clínica diaria.
18. Elaboración de indicadores de resultados con la finalidad de conocer el grado de efectividad de los programas e intervenciones realizadas.

RESULTADOS ESPERADOS (OG 9)

1. Se habrá diseñado un Plan Autonómico de Formación Continuada que incluya las necesidades formativas generales y específicas, los objetivos estratégicos y las líneas de acción a desarrollar. Dicho Plan se habrá implantado anualmente, adecuándose a las necesidades de cada UGC de SM.
2. En el marco de los planes oficiales de estudio para las disciplinas de SM (pregrado y formación especializada), y como complemento a los mismos, se habrán incorporado las líneas



estratégicas de este Plan y se habrán desarrollado las competencias comunes y transversales en la Unidad Docente Multiprofesional de aquellas UGC de SM que ofertan plazas de Especialistas Internos Residentes (MIR, PIR y EIR).

3. Se habrán difundido nuevas guías de práctica clínica y otras evidencias en salud mental, a través del portal “Psicoevidencias”.
4. Se habrán llevado a cabo actividades de mantenimiento y mejoras del portal “Psicoevidencias”.
5. Se habrán llevado a cabo actividades formativas en metodología de investigación en salud mental para profesionales y residentes de psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental.
6. Se habrán elaborado indicadores de resultados para conocer el grado de efectividad de los programas e intervenciones realizadas.
7. Se habrán puesto en marcha proyectos de investigación de carácter multicéntrico relacionados con las líneas estratégicas del Plan.
8. Se habrán abierto líneas de investigación en salud mental, priorizando las siguientes temáticas:
 - epidemiología de las enfermedades mentales en la infancia y la adolescencia;
 - prevención del suicidio y la conducta autolítica;
 - resultados de recuperación en las personas con TMG;
 - impacto del uso de herramientas psicológicas en AP establecidas en el PAI ADS y de herramientas TIC en la atención y seguimiento de personas con trastornos mentales; y
 - evaluación de la adquisición de competencias profesionales en perspectiva de género.
9. Se habrán llevado a cabo una evaluación del funcionamiento de los servicios de salud mental, con la finalidad de conocer el uso de los recursos y los resultados obtenidos.
10. Se habrán realizado y difundido memorias anuales sobre las características epidemiológicas de la población atendida en los servicios de salud mental.

VI. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN





Seguimiento y evaluación

El seguimiento del presente Plan se realizará de la siguiente manera:

- Se establecerá un plan anual de actuación, con actividades a realizar para cada una de las líneas estratégicas. El plan de actuación será acordado por la Dirección del PISMA con las Direcciones de las UGC de SM, responsables de FAISEM, representantes de los movimientos asociativos y profesionales de la Consejería de Salud y de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales.
- Se conformará una comisión ejecutiva para el seguimiento de los planes de actuación anuales.
- Se elaborará una memoria anual del plan de actuación.
- Se construirá un cuadro de mando a partir de los siguientes indicadores de seguimiento, basados en los resultados esperados para cada uno de los objetivos generales y seleccionados con criterios de evaluabilidad y factibilidad.

INDICADORES DE SEGUIMIENTO

OBJETIVO GENERAL 1: Promocionar la salud y el bienestar emocional de la población en las distintas etapas del ciclo vital.
Porcentaje de UGC de AP que tienen incluidas en su cartera de servicio actividades que fomenten la parentalidad positiva y el buen trato a la infancia, en el marco del Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía.
Porcentaje de escuelas infantiles, centros de educación infantil y primaria e institutos de educación secundaria que han puesto en marcha los programas de promoción de salud “Creciendo en Salud” y “Forma Joven en el ámbito educativo”, incorporando la educación emocional, el enfoque de género y la perspectiva de activos en salud.
Porcentaje de centros de participación activa, unidades de estancia diurna y residencias de mayores, de entidad pública o concertada, que incorporan actividades de promoción de la salud y el bienestar emocional, integradas en programas de hábitos de vida saludable.
Porcentaje de UGC de SM que cuentan con una persona de referencia para las actuaciones en materia de promoción y prevención incluidas en su cartera de servicios.
Incorporación a la Encuesta Andaluza de Salud de una herramienta como medida efectiva de percepción del bienestar emocional, tanto para población adulta como para la infancia y la adolescencia.



OBJETIVO GENERAL 2: Prevenir los problemas de salud mental, prestando una atención especial a las personas en situación de riesgo.

Porcentaje de UGC de SM que han diseñado y puesto en marcha un programa de promoción del bienestar emocional y de prevención de problemas de salud mental en población infantil y adolescente en situación de riesgo, en colaboración con los agentes y sectores implicados en la atención a estos grupos de población.

Porcentaje de UGC de SM que han diseñado y puesto en marcha programas de apoyo y seguimiento específico para el ejercicio de una parentalidad positiva a padres y madres con patología mental.

Índice resumen sobre avance de la Estrategia GRUSE: a) Número de grupos desarrollados anualmente en las distintas UGC de AP, por colectivos destinatarios; b) Porcentaje de derivaciones de la propia UGC de AP; y c) Porcentajes de derivaciones por categoría profesional de la UGC de AP (medicina de familia, enfermería, trabajo social y otras).

Porcentaje de UGC de SM que han puesto en marcha programas de prevención de problemas emocionales para personas con experiencias vitales de alto impacto emocional, problemas crónicos de salud o discapacidad y sus familiares, en colaboración con los movimientos asociativos, y otros planes integrales y estrategias de salud y de políticas sociales.

Disminución de intentos de suicidio atendidos en los servicios de urgencias del SSPA.

Porcentaje de UGC de SM que desarrollan programas de monitorización de la población en situación de alto riesgo y ponen en marcha programas de apoyo a familiares y personas allegadas afectadas por un suicidio.

OBJETIVO GENERAL 3: Favorecer la detección precoz de problemas de salud mental en la población infantil y adolescente y prestar una atención de calidad, que facilite su desarrollo evolutivo y la construcción de su proyecto vital.

Porcentaje de UGC de SM que han reorganizado la atención a la infancia y la adolescencia, atendiendo a los siguientes criterios: a) las USMC realizan atención ambulatoria a todos los trastornos de la infancia y la adolescencia, en espacios adaptados a la población menor de 18 años y asignando profesionales con competencias específicas y dedicación completa; y b) las USMI-J desarrollan, en apoyo a las USMC, programas de tratamiento intensivo en régimen ambulatorio y de hospitalización parcial y total.

Porcentaje de UGC de SM que han creado espacios de colaboración con contactos periódicos interniveles (AP y hospitalaria) e intersectoriales (atención temprana, educación, servicios sociales y justicia) para mejorar la detección y la atención precoz a los problemas de salud mental de la población infantil y adolescente.

Tasa de UGC de SM que han establecido programas intersectoriales de prevención selectiva e indicada para aquellas personas menores de 18 años con riesgo de conductas autolesivas o intentos suicidas.

Elaboración e implantación de PAI para determinados grupos diagnósticos de especial complejidad con incidencia en la infancia y la adolescencia: TCA y TMG-IA.

Porcentaje de UGC de SM que han desarrollado vías de participación en salud mental para la infancia y la adolescencia, en línea con el proyecto Dédalo del SSPA



OBJETIVO GENERAL 4.1: Favorecer la detección precoz de problemas de ansiedad, depresión y somatizaciones en la población adulta y prestar una atención de calidad, que facilite la recuperación de su proyecto vital.

Porcentaje de UGC de AP que disponen de espacios y herramientas para favorecer las intervenciones psicológicas y psicosociales, adecuadas a este ámbito, para la atención de personas con trastornos incluidos en el PAI ADS, evitando la medicalización.

Los acuerdos de gestión clínica, de las UGC de AP y de SM, incluyen anualmente objetivos interniveles ligados a la implantación del PAI ADS para: a) atender a los trastornos incluidos en el PAI ADS; b) completar y consolidar el espacio de colaboración AP-SM; y c) desarrollar un plan de seguridad, que incluya las conductas autolesivas o intentos de suicidio.

Porcentaje de USMC de cada UGC de SM que disponen de una cartera básica y común de tratamientos psicológicos y psicosociales, garantizando intervenciones individuales, familiares y grupales de calidad.

Disminución de la DHD prescrita en Andalucía de benzodiazepinas y antidepresivos con respecto a los niveles de 2015.

OBJETIVO GENERAL 4.2: Favorecer la detección precoz de trastornos mentales graves en la población adulta y prestar una atención de calidad, que facilite la recuperación de su proyecto vital.

Actualización del PAI TMG para incorporar los conocimientos recientes, las evidencias en la atención y las experiencias acumuladas en nuestro entorno.

Porcentaje de UGC de SM que desarrollan los siguientes programas dirigidos a las personas con TMG: a) primeros episodios de psicosis; b) tratamientos según el modelo asertivo comunitario; c) atención a colectivos de personas con TMG en riesgo o situación de exclusión social, con una segunda discapacidad, con problemas de adicciones o con especial dificultad en la accesibilidad a los servicios; y d) programa de seguimiento telefónico a personas con TMG.

Porcentaje de UGC de SM que cumplen los siguientes indicadores de calidad del PAI TMG: a) extensión de las intervenciones psicológicas y psicosociales; b) uso de la atención domiciliaria y comunitaria para apoyar a las personas usuarias y familiares; y c) disminución de la polifarmacia.

Porcentaje de UGC de SM que avanzan en la disminución de la coerción y consolida los derechos de las personas con TMG: a) al menos, disminución en un 50% del porcentaje de aplicación de la contención mecánica en los dispositivos hospitalarios; b) registro de planificación anticipada de decisiones en salud mental en el 50% de las personas con TMG; y c) porcentaje de UGC de SM que cuentan con la participación de personas con TMG y familiares en el diseño y/o desarrollo de actividades de apoyo mutuo, formación y gestión de la propia UGC.

Porcentaje de UGC de SM con programas relacionados con la salud física de personas con TMG: a) atención a la patología somática, asegurando un abordaje no discriminatorio; y b) monitorización de problemas cardiovasculares, el síndrome metabólico y otras comorbilidades físicas.



OBJETIVO GENERAL 4.2: Favorecer la detección precoz de trastornos mentales graves en la población adulta y prestar una atención de calidad, que facilite la recuperación de su proyecto vital. “Continuación”

Porcentaje de UGC de SM que han elaborado planes de seguridad contemplando: a) la situación de urgencias; b) registro, análisis y prevención de los fallos en la atención prestada, tanto para los dispositivos hospitalarios como los comunitarios; c) prevención indicada frente a las conductas autolesivas y actos suicidas; y d) reducción de la tasa de ingresos y reingresos hospitalarios de esta población.

Número de acuerdos anuales entre UGC de SM y FAISEM que incluyen objetivos para la coordinación y cooperación en los diferentes programas de apoyo social de FAISEM.

OBJETIVO GENERAL 4.3: Favorecer la detección precoz de otros problemas de salud mental en la población adulta y prestar una atención de calidad, que facilite la recuperación de su proyecto vital.

Porcentaje de UGC de SM, Endocrinología, Medicina interna y AP en las que se ha implantado el PAI TCA 2ª edición.

Diseño e implantación de un protocolo de atención a personas con TOC: a) diseño a nivel autonómico de un protocolo de atención a las personas con TOC, siguiendo recomendaciones de las guías de práctica clínica; y b) porcentaje de UGC de SM que lo han adaptado a su entorno, teniendo en cuenta los recursos disponibles.

Porcentaje de UGC de SM que disponen de una respuesta organizada para asegurar una correcta atención psicológica a los TP.

Diseño e implantación de un plan de atención integrada para la atención a personas con problemas de salud mental y adicción a sustancias: a) diseño a nivel autonómico de un plan de atención integrada, basado en las guías de práctica clínica; y b) porcentaje de UGC de SM que lo han adaptado a su entorno, teniendo en cuenta los recursos disponibles.

Porcentaje de UGC de SM que cuentan con protocolos de prevención y atención a personas con conductas autolesivas e intentos de suicidio, afectadas por TCA, TOC, TP y trastornos por adicciones.

OBJETIVO GENERAL 5: Prestar una atención de calidad a personas adultas en situación de riesgo o desventaja social con problemas de salud mental, mejorando la accesibilidad y adecuación de las prestaciones a sus necesidades.

Porcentaje de UGC de SM que han designado profesionales de referencia para los centros penitenciarios ubicados en su área de cobertura, para realizar tareas de consulta, y apoyo y orientación en la atención a la salud mental de la población internada.

Porcentaje de UGC de SM que han designado profesionales de referencia para los centros residenciales de mayores ubicados en su área de cobertura, para realizar tareas de consulta, y apoyo y orientación en la atención a la salud mental de las y los residentes.



OBJETIVO GENERAL 5: Prestar una atención de calidad a personas adultas en situación de riesgo o desventaja social con problemas de salud mental, mejorando la accesibilidad y adecuación de las prestaciones a sus necesidades. “Cont.”

Porcentaje de UGC de SM que han designado profesionales de referencia para los centros residenciales de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo ubicados en su área de cobertura, para realizar tareas de consulta, y apoyo y orientación en la atención a la salud mental de esta población.

Porcentaje de UGC de SM que han designado profesionales de referencia para la atención, en función de las necesidades detectadas, a personas inmigrantes con enfermedad mental.

Porcentaje de UGC de SM que han designado profesionales de referencia para la atención, en función de las necesidades detectadas, a colectivos de personas sin hogar con enfermedad mental.

Diseño e implantación de una guía de atención a las mujeres víctimas de violencia machista que precisen una asistencia especializada: a) diseño a nivel autonómico de la guía; y b) porcentaje de USMC que la han implantado.

OBJETIVO GENERAL 6: Promover la igualdad y el respeto a los derechos de las personas con problemas de salud mental.

Indicador elaborado sobre avances en la estrategia contra el estigma “1 de cada 4”: a) número de acciones específicas para combatir la discriminación y proteger los derechos de las personas con problemas de salud mental, que se ponen en marcha de manera intersectorial y en colaboración con los movimientos asociativos; b) desarrollo de un nuevo entorno Web.

Porcentaje de UGC de SM que han elaborado planes para garantizar el respeto a los derechos humanos de personas con problemas de salud mental, con actuaciones relacionadas con: a) el ambiente terapéutico en todos los dispositivos de salud mental; b) el uso del consentimiento y la toma de decisiones compartidas; y c) la utilización de medidas coercitivas en todos los dispositivos de salud mental.

Porcentaje de UGC de SM y dispositivos de FAISEM que han realizado acciones para prevenir situaciones estigmatizadoras o en las que haya riesgo de vulneración de derechos, a través de acuerdos de cooperación con el movimiento asociativo.

Porcentaje de UGC de SM y delegaciones provinciales de FAISEM que han elaborado una estrategia informativa y que proporcionan herramientas para que las personas atendidas puedan ejercer sus derechos (acceso a vivienda digna, a participar en la vida comunitaria y laboral, a percibir una prestación por discapacidad y/o dependencia...)

Porcentaje de UGC de SM y delegaciones provinciales de FAISEM que han puesto en marcha una estrategia de comunicación e información destinada a las personas atendidas y sus familiares, sobre sus derechos y deberes, el itinerario a seguir y la cartera de servicios ofertada.



OBJETIVO GENERAL 7: Asegurar la participación efectiva de la ciudadanía y sus organizaciones en el cuidado de su salud mental.

Porcentaje de UGC de SM que desarrollan y mantienen en el tiempo, al menos, un grupo de apoyo mutuo de personas con problemas de salud mental en alguno de sus dispositivos.

Numero de comisiones de participación ciudadana del SSPA y FAISEM que: a) logran una participación efectiva de los movimientos asociativos de personas usuarias y familiares; e b) incluyen la representación del colectivo infantil y adolescente.

Porcentaje de incremento de personas usuarias con formación como agentes de apoyo mutuo en el ámbito de los movimientos asociativos.

Fórmulas de profesionalización del apoyo mutuo entre personas usuarias y de colaboración con los servicios sanitarios y programas de apoyo social puestas en marcha.

OBJETIVO GENERAL 8: Dotar de los recursos de soporte, materiales, humanos y organizativos, necesarios para alcanzar los objetivos del Plan.

Reorganización de las UGC de SM con criterios de distribución geográfica equitativa y de coincidencia con el mapa de AP.

Aumento y reorganización de los recursos humanos de las UGC de SM: a) porcentaje de incremento de los recursos humanos en salud mental en el ámbito autonómico; y b) disminución en las diferencias en las tasas de recursos entre las UGC de SM de Andalucía respecto a 2015.

Porcentaje de incremento en los recursos de FAISEM según previsiones realizadas: a) programa residencial; b) programa de soporte diurno; c) programa de empleo; d) programa sin hogar; e) programa de prisiones; y f) programa de tutela.

Indicador compuesto sobre la especialización de las y los profesionales de salud mental: a) creación de la categoría de Enfermera Especialista de Salud Mental en la relación de puestos de trabajo del SAS; b) elaboración y regulación de los procesos específicos de OEP y Bolsa de Empleo Temporal para el acceso a los puestos de trabajo de dicha categoría; y c) definición de las competencias, funciones y tareas de las categorías profesionales de salud mental sin especialidad.

Porcentaje de dispositivos de SM, por cada UGC de SM, que cuentan con espacios diferenciados para la atención de adultos y para la atención de la infancia y la adolescencia.

Porcentaje de dispositivos de SM, por cada UGC de SM, que cuentan con los equipamientos telemáticos necesarios para una comunicación eficaz entre profesionales y para facilitar la monitorización de aquellos casos que lo precisen.

Disponibilidad de sistemas de información en salud mental a través de: a) CMBD de hospitalización, CTSM, hospital de día y consultas externas; b) INFHOS y MTI; c) explotación de la información de DAH.



OBJETIVO GENERAL 9: Mejorar la calidad de la atención a la SM en el SSPA mediante la excelencia profesional, la práctica clínica basada en la evidencia, la investigación orientada a la evaluación de intervenciones y la búsqueda de innovaciones para dar respuesta a los problemas de SM de la población.

Indicador compuesto sobre formación en SM: a) existencia de un Plan Autonómico de Formación Continuada que aborda las necesidades formativas de las distintas disciplinas profesionales y sectores implicados; b) porcentaje de UGC de SM que han implantado anualmente el Plan de Formación Continuada; y c) porcentaje de las UGC de SM que cuentan con Unidades Docentes Multiprofesionales que han desarrollado las competencias comunes y transversales, en el marco de los diferentes planes oficiales de estudio, teniendo en cuenta las líneas estratégicas de este Plan.

Indicador compuesto sobre SM basada en la evidencia: a) porcentaje de UGC de SM con iniciativas de formación sobre actualización de conocimientos e incorporación de las nuevas evidencias a la práctica clínica en salud mental; y b) número de guías de práctica clínica y otras evidencias en salud mental publicadas anualmente a través del portal “Psicoevidencias”.

Indicador compuesto sobre el apoyo a la investigación en SM: a) número de actividades formativas sobre metodología de investigación; b) existencia de redes de investigación en salud mental en el ámbito autonómico; c) disponibilidad de financiación específica para el plan de investigación en SM.

Indicador compuesto sobre investigación e innovación en SM: a) existencia de un plan de investigación en salud mental a nivel autonómico; y b) número de proyectos de investigación presentados o financiados en convocatorias de concurrencia competitiva sobre las siguientes líneas de investigación: epidemiología de las enfermedades mentales en la infancia y la adolescencia, prevención del suicidio y la conducta autolítica, resultados de recuperación en las personas con TMG, impacto del uso de herramientas psicológicas en AP establecidas en el PAI ADS y de herramientas TIC en la atención y seguimiento de personas con trastornos mentales, y evaluación de la adquisición de competencias profesionales con perspectiva de género.

Indicador compuesto sobre evaluación de servicios de SM: a) realización de un estudio de evaluación del funcionamiento de los servicios de salud mental, con la finalidad de conocer el uso de los recursos y los resultados obtenidos; y b) realización y difusión de memorias anuales sobre las características epidemiológicas de la población atendida en los servicios de salud mental.

VII. NORMATIVA





Normativa

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

- Constitución Española de 27 de diciembre del 1978. (BOE nº 311 de 29 de diciembre del 1978). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
- Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía. (BOE nº 68 de 20 de marzo de 2007). <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-5825>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (BOE nº 102 de 29 de abril de 1986). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
- Ley 2 /1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. (BOJA nº 74 de 4 de Julio de 1998 y BOE nº 185 de 4 de agosto de 1998). <http://www.juntadeandalucia.es/boja/1998/74/1>; <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1998-18720>
- Ley 1/1998, de 20 de abril, de los derechos y la atención al menor. (BOJA nº 53 de 12 de mayo de 1998 y BOE nº 150 de 24 de junio de 1998). <http://www.juntadeandalucia.es/boja/1998/53/3>; https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1998-14944
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. (BOE nº 240 de 5 de octubre de 2011). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-15623>
- Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. (BOJA nº 255 de 31 de diciembre de 2011). <http://www.juntadeandalucia.es/boja/2011/255/4>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (BOE nº 274 de 15 de noviembre de 2002). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
- Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. (BOE nº 96 de 21 de abril de 2008). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-6963>



- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. (BOE nº 289 de 3 de diciembre de 2013). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12632>
- Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. (BOE nº 175 de 23 de julio de 2015). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-8222>
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. (BOE nº 313 de 29 de diciembre de 2004). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>
 - En Andalucía, el desarrollo específico de las estrategias contra la violencia de género se regula por la Ley 13 /2007, de 26 de noviembre. (BOJA nº 247 de 18 de diciembre de 2007 y BOE nº 38 de 13 de febrero de 2008). <http://www.juntadeandalucia.es/boja/2007/247/2;> <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-2493>
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia. (BOE nº 299 de 15 de diciembre de 2006). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
 - En Andalucía, el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se regula por el Decreto 168/2007, de 12 de Junio. (BOJA nº 119 de 18 de Junio de 2007). <http://www.juntadeandalucia.es/boja/2007/119/3>
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (BOE nº 128 de 29 de mayo de 2003). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. (BOE nº 222 de 16 de septiembre de 2006). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212>
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. (BOE nº 71 de 23 de marzo de 2007). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-6115>



- En Andalucía, su desarrollo específico se regula por la Ley 12 /2007, de 26 de noviembre. (BOJA nº 247 de 18 de diciembre de 2007).
<http://www.juntadeandalucia.es/boja/2007/247/1>
- Decreto 208/2015, de 14 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud. (BOJA nº 136 de 15 de julio de 2015). <http://www.juntadeandalucia.es/boja/2015/136/5>
- Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de Atención primaria de salud en el ámbito del Servicio andaluz de salud. (BOJA nº 140 de 17 de julio de 2007).
<http://www.juntadeandalucia.es/boja/2007/140/4>
- Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de salud mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. (BOJA nº 53 de 17 de marzo de 2008). <http://www.juntadeandalucia.es/boja/2008/53/12>
- Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad. (BOJA nº 244 de 16 de diciembre de 2005).
<http://www.juntadeandalucia.es/boja/2005/244/2>

Este Plan recoge y desarrolla los mandatos establecidos por las normas citadas y, además, en su elaboración se han tenido en cuenta los principios del IV Plan Andaluz de Salud y del III Plan de Calidad del SSPA.

VIII. RESUMEN EJECUTIVO





Resumen ejecutivo

La atención a la salud mental de la población continúa siendo una prioridad para el Gobierno andaluz y de manera particular, para el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). El Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020 (III PISMA) se estructura en torno a cinco líneas estratégicas, orientadas a la consecución de 9 objetivos generales, para los que se han establecido 70 objetivos específicos, 119 líneas de acción y 113 resultados esperados.

Las diferentes propuestas se sustentan en un análisis exhaustivo de la situación de la salud mental en Andalucía, y en la experiencia y resultados obtenidos en los dos planes anteriores. Asimismo, se han tenido en cuenta el marco normativo y de planificación de la OMS, la Unión Europea, España y Andalucía, y las expectativas y necesidades expresadas por las personas con problemas de salud mental, sus familiares, los colectivos profesionales implicados y varias organizaciones que velan por los derechos de la ciudadanía.

Para su elaboración se ha contado con las aportaciones de diversos grupos de trabajo, en los que han participado alrededor de 80 personas, tanto profesionales de los diversos ámbitos relacionados con la salud mental, como representantes de las asociaciones de personas usuarias y de familiares.

Este Plan se basa en los principios y enfoques que rigen la atención comunitaria orientada a la recuperación de las personas con enfermedad mental, enriquecidos con aquellos que asumen los planes integrales de la Consejería de Salud y el SSPA en su conjunto. Entre los principios se encuentran los de equidad, accesibilidad, universalidad, calidad, eficiencia, autonomía, responsabilización, participación, continuidad, intersectorialidad, gobernanza y descentralización, los cuales se han de garantizar con estrategias y actuaciones basadas en los enfoques de salud pública, activos en salud, ciclo vital, práctica clínica basada en la evidencia, recuperación, derechos humanos, reducción de desigualdades, género, atención a la diversidad y salud mental en todas las políticas.

El Plan agrupa estos principios y enfoques en tres grandes pilares, que deben constituir la base de la orientación de los servicios: la evidencia, la experiencia y el pilar ético, elemento transversal que impregna a los otros dos.

Los aspectos más destacables de sus cinco líneas estratégicas, que engloban a los diferentes objetivos, acciones y resultados, son los siguientes:

En la **PRIMERA LÍNEA ESTRATÉGICA** se abordan los aspectos de **promoción y prevención** en salud mental.



Asumiendo el carácter intersectorial de esa línea y su estrecha relación con las políticas de salud pública de la Consejería de Salud, se centra en la promoción del bienestar emocional de la población (prevención universal) y en la prevención de problemas de salud mental en personas en situación de riesgo (prevención selectiva e indicada), adaptada a las distintas franjas etarias, a través de intervenciones colaborativas en los diferentes escenarios y ámbitos de actuación.

Destacan las acciones relacionadas con la parentalidad positiva, el aprendizaje emocional en las diferentes etapas del ciclo vital, la promoción de los activos en salud, los roles igualitarios de género, los entornos de trabajo saludables, la promoción del bienestar emocional en personas con distintos problemas de salud y/o discapacidad, el cuidado de los espacios públicos, la prevención de problemas de salud mental en poblaciones en situación de riesgo, la identificación temprana de riesgo psicosocial, el abordaje del malestar psicosocial con estrategias socioeducativas, el afrontamiento del estrés laboral y la prevención del suicidio, y todo ello haciendo efectivo el enfoque de salud mental en todas las políticas.

La **SEGUNDA LÍNEA ESTRATÉGICA** hace referencia a la **detección precoz** de problemas de salud mental y a una **atención de calidad** adaptada a las franjas etarias, centrada en la **construcción o recuperación del proyecto vital**.

En primer lugar se aborda la atención a la infancia y la adolescencia, siendo esta una de las prioridades de este Plan, apostando claramente por un enfoque integral e intersectorial, que aborde las desigualdades en salud mental y la preservación de los derechos de esta población. Junto a las acciones de promoción y prevención ya comentadas, en el ámbito del tratamiento, se pretende abrir el abanico de opciones terapéuticas reforzando la colaboración con otros sectores implicados en la atención a la infancia y la adolescencia, así como seguir avanzando en la cooperación sanitaria, especialmente entre pediatría de AP y los servicios de SM, en base a lo ya establecido en el PASMIA. Además, en el ámbito de los servicios de salud mental se reforzarán los programas de atención ambulatoria a la infancia y la adolescencia, así como los tratamientos intensivos a la población menor de 18 años con problemas graves de salud mental, procurando de esta forma una mayor accesibilidad y equidad a partir de una oferta especializada de calidad, homogénea y homologada.

En segundo lugar se aborda la atención a la población adulta y mayor, en tres bloques diferenciados:

1. Problemas de ansiedad, depresión y somatizaciones, para los que se plantea un incremento de la oferta de intervenciones de carácter psicológico con diferentes niveles de intensidad en función de las necesidades de la persona, un uso racional de



psicofármacos y la consolidación del espacio de cooperación entre AP y SM, siguiendo las indicaciones del PAI ADS (2ª edición).

2. Atención prioritaria a las personas con trastornos mentales graves, con acciones dirigidas a mejorar la implementación de las intervenciones ya recogidas en el PAI TMG y su futura actualización, remarcando aquellas orientadas a facilitar la recuperación de las personas usuarias, sin olvidar el entorno familiar, así como las encaminadas a proteger los derechos humanos de esta población. Se pone un énfasis especial en la extensión de programas de atención intensiva comunitaria para los grupos con mayor vulnerabilidad, la generalización de programas de apoyo social gestionados por FAISEM y la potenciación del apoyo mutuo entre personas usuarias y entre familiares.
3. En este otro bloque se incluyen varios grupos de problemas de salud mental, con acciones destinadas a mejorar la atención a personas con trastornos de la conducta alimentaria, trastornos obsesivos, trastornos de personalidad no incluidos en el PAI TMG y problemas de salud mental y adicciones, mediante la implantación efectiva de nuevos o actualizados PAI, guías de práctica clínica o protocolos de actuación, en cooperación con otros niveles asistenciales y sectores implicados.

Y en tercer lugar, se aborda la accesibilidad y la adecuación de las prestaciones a las necesidades de las personas adultas con problemas de salud mental en situación de riesgo o desventaja social. Se proponen acciones de mejora en la atención a la salud mental de la población internada en centros penitenciarios, las personas mayores, las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, personas sin hogar, personas inmigrantes y las mujeres víctimas de violencia machista que precisen una asistencia especializada, todo ello en cooperación con otros niveles asistenciales y sectores implicados.

La **TERCERA LÍNEA ESTRATÉGICA** se centra en la **promoción de la igualdad, el respeto a los derechos** de las personas con problemas de salud mental y la **participación efectiva** de la ciudadanía y sus organizaciones en el cuidado de su salud mental.

Se abordan acciones orientadas a combatir la discriminación social que sufren las personas con enfermedad mental en los diferentes contextos de vida; al fomento de su empoderamiento y recuperación, haciendo efectivo el derecho a expresar su opinión, a que esta sea tenida en consideración y a participar activamente en todo lo que afecte a su salud; a fortalecer la red de asociaciones de apoyo mutuo de personas usuarias y familiares; a garantizar una práctica profesional que respete los derechos humanos y que incluya el enfoque de género; y todo ello orientado al cumplimiento de las prescripciones de la CDPD.



La **CUARTA LÍNEA ESTRATÉGICA** hace referencia a la **dotación y gestión de los recursos de soporte**, materiales, humanos y organizativos, necesarios para alcanzar los objetivos del Plan.

Como recursos, se incluyen tanto la red de servicios de salud, como los servicios y programas intersectoriales que intervienen como apoyos complementarios y los activos disponibles en la comunidad que generan salud y bienestar a la ciudadanía. Entre otras, se plantean acciones destinadas a optimizar la organización territorial de las UGC de SM, mejorar la distribución de los dispositivos, la organización de los servicios, la gestión de los recursos humanos, las infraestructuras, las comunicaciones, los sistemas de información y las herramientas de gestión disponibles, con la finalidad de favorecer la equidad y la efectividad de los mismos.

Y por último, la **QUINTA LÍNEA ESTRATÉGICA** hace referencia a la **gestión del conocimiento, la investigación y la evaluación** en salud mental.

Se abordan acciones orientadas a la excelencia profesional, la práctica clínica basada en la evidencia, la investigación orientada a la evaluación de intervenciones y la búsqueda de innovaciones para dar respuesta a los problemas de salud mental de la población.

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



BIBLIOGRAFIA



Bibliografía

- Agrest, M. La participación de los usuarios en los servicios de salud mental. Vertex. Rev. Arg. de Psiquiat; 2011, Vol. XXII: 409-418.
- Andrée X, et al. 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.
- Anotonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International; 1996, 11: 11-8.
- 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.
- Aranda Regules JM, et al. Modelos de colaboración para la atención a la salud mental en Andalucía: evaluación tras 9 años de implantación. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq; 2012, 32(113): 9-28.
- 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.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. Observatorio de Salud Mental 2010 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos Técnicos 15. Madrid: AEN; 2011.
- Barry MM. Promoting positive mental health: theoretical frameworks for practice. The International Journal of Mental Health Promotion; 2001, 3(1): 25-34.
- 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.
- Bonino L. Varones, género y Salud Mental: reconstruyendo la "normalidad" masculina. En: Carabí A, Segarra M (eds.). Nuevas masculinidades (p. 41-64). Barcelona: Icaria; 2000.
- 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 de Andalucía. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2011.
- Bono A, Navarro B, Suess A. 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. Resultados del Grupo de trabajo Derechos Humanos y Salud Mental. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía; 2012
- 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.
- 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.
- Campion J, et al. European Psychiatric Association (EPA) guidance on prevention of mental disorder. European Psychiatry; 2012, 27: 68-80.
- Cejudo R (2007). Capacidades y libertad. Una aproximación a la teoría de Amartya Sen. Revista Internacional de Sociología; 2007, LXV(47): 9-22.
- Cervilla JA, et al. Protocolo y metodología del estudio epidemiológico de la salud mental en Andalucía: PISMA-ep. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.11.004>
- Colman I, et al. Outcomes of conduct problems in adolescence: 40 year



- follow-up of national cohort. *BMJ*; 2009, 338: a2981.
- Comisión Europea. Libro Verde de la Salud Mental en Europa. Mejorar la salud mental de la población - Hacia una estrategia en salud mental en la Unión Europea. Bruselas: La Comisión; 2005.
 - Comisión Europea. Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar. Bruselas: La Comisión; 2008.
 - Comisión de Transversalidad de la Estrategia de Salud Mental del SNS. Documento de Consenso de las Comisiones de Análisis de Casos de Personas con Enfermedad Mental sometidas a Penas y Medidas de Seguridad. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
 - Conger RD, Ge X, Elder GH Jr. Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Dev.* 1994; 65: 541-561.
 - Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía. II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones 2002-2007. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales, 2001.
 - Consejerías de Educación, Salud e Igualdad y Políticas Sociales. Programas de promoción de hábitos de vida saludable: "Creciendo en Salud" y "Forma Joven en el Ámbito Educativo". Las Consejerías, 2015. Accesible en URL: <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/web/vida-saludable/programas>
 - Consejo de Europa. Directrices del Comité de Ministros del Consejo de Europa para una asistencia sanitaria adaptada a la infancia (Comité de Ministros del 21 de septiembre de 2011).
 - Consejo de Europa. Recomendación CM/Rec (2009)3 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre seguimiento de la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastornos mentales. (Aprobado por el Comité de Ministros a 20 de mayo de 2009 en la 1507 reunión de Viceministros).
 - Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. IV Plan andaluz de salud. Sevilla: La Consejería; 2013.
 - Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIA-A). Sevilla: La Consejería; 2014.
 - Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. Estrategia de Investigación e Innovación en Salud I+i 2014/2018. Sevilla: La Consejería; 2014.
 - Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Informe de Evaluación Interna del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Periodo 2008-2013. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2014.
 - Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género (2ª edición). Sevilla: La Consejería; 2015.
 - Consejería de Justicia e Interior de la Junta de Andalucía. Informe de magnitudes en materia de violencia de género. Dirección General de Violencia de Género y Asistencia a Víctimas. Sevilla: La Consejería; 2015.
 - Consejería de la Presidencia y Consejería de Economía y Hacienda. Instituto Andaluz de la Mujer. Género y Salud 2004. Sevilla: El Instituto Andaluz de la Mujer; 2006.
 - Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Convenio entre la Consejería de Salud (Servicio Andaluz de Salud) y la Secretaría de Estado de Asuntos Penitenciarios del Ministerio de Justicia en Materia de Asistencia Sanitaria. Sevilla: La Consejería; 1995.
 - Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007. Sevilla: La Consejería; 2003.
 - Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Documento Marco. Atención a la Salud en las Zonas con Necesidades de Transformación Social de Andalucía. Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud. Sevilla; 2004.



- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado Trastornos de la Conducta Alimentaria. Sevilla: La Consejería; 2004.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave. Sevilla: La Consejería; 2006.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud. Sevilla: La Consejería; 2008.
- Consejería de Salud. II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012. Sevilla: La Consejería; 2008.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales (2ª edición). Sevilla: La Consejería; 2009.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Plan Estratégico de Formación Integral del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla: La Consejería; 2009.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Integración del enfoque de género en los procesos de formación del SSPA. Sevilla: La Consejería; 2010.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Metodología de elaboración y seguimiento de Planes Integrales de Salud. Sevilla: La Consejería; 2010.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014. Sevilla: La Consejería; 2010.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado Trastornos del Espectro Autista. Sevilla: La Consejería; 2010.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Manual para el diseño e implementación de grupos socioeducativos en Atención primaria (GRUSE). Sevilla, La Consejería; 2011.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Promoción de la salud en personas con trastorno mental grave: análisis de situación y recomendaciones sobre alimentación equilibrada y actividad física. Sevilla: La Consejería; 2011.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (2ª edición). Sevilla: La Consejería; 2011.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. AL LADO con la persona afectada por una enfermedad mental grave. La Consejería; 2012.
- Consejería de Salud y Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Protocolo de actuación conjunta entre Unidades de salud mental comunitaria y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias (2ª edición). Sevilla: Las Consejerías; 2012.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Estrategia contra el estigma en Andalucía "1 de cada 4". Accesible en URL: <http://www.1decada4.es>
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Plataforma GRUSE: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/gruse>
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo. Accesible en URL: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/promocionsaludeneltrabajo>
- Copperman S. AMA Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS). Arch Pediatr Adolesc Med; 1997, Sep, 151(9): 957-8.
- Corrigan PW, Larson J, Rüsh N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. World Psychiatry; 2009, 8(2): 75-81.
- Corrigan PW, Markvitz F et al. Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination. Schizophrenia Bulletin; 2004, 30 (3):481-491.
- 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.
- 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.



- Coverdale GE, Long AF. Emotional wellbeing and mental health: an exploration into health promotion in young people and families. *Perspect Public Health*; 2015, 135(1): 27-36.
- 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.
- Defensor del Pueblo Andaluz. La situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces. Informe 1997. Sevilla: DPA; 1997.
- Defensor del Pueblo Andaluz. Vivir en la calle. Informe especial de la situación de las personas sin techo en Andalucía. Sevilla: DPA; 2006.
- Defensor del Pueblo Andaluz. La situación de los enfermos mentales en Andalucía. Informe especial al Parlamento. Sevilla: DPA; 2013.
- Department of Children and Youth Affairs. Government of Ireland. National Strategy on Children and Young People's Participation in Decision-Making 2015 – 2020. Dublin: government publications; 2015.
- Devaney E, et al. Sustainable schoolwide social and emotional learning (SEL): Implementation guide and toolkit. CASEL: Chicago; 2006.
- Developing the Evidence Base for Mental Health Promotion and Prevention in Europe (DATAPREV). Accesible en URL: <http://dataprevproject.net/>
- DfES. Excellence and enjoyment: social and emotional guide and toolkit (SEAL). London: Primary National Strategy; 2005.
- 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.
- Escudero C, et al. 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.
- Escuela Andaluza de Salud Pública. La promoción de la salud mental en Europa. *Infórmenes estratégicos de la UE y el SSPA*, nº 1, 2005.
- Escuela Andaluza de Salud Pública. Análisis de opiniones y expectativas sobre la atención a la salud mental en Andalucía. Expectativas para el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020; 2014.
- Escuela Andaluza de Salud Pública. Proyecto europeo sobre apoyo mutuo en salud mental “Peer to Peer” Información accesible en URL: <http://p2p.intras.es/index.php/es/>
- 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>.
- European Commission. Background document for the thematic conference: Preventing of Depression and Suicide - Making it Happen. Budapest; 2009.
- European Commission. Background document for the thematic conference: Promotion of mental health and well-being of children and young people - making it happen. Stockholm; 2009.
- European Commission. Background document for the thematic conference: Mental Health and Well-being in Older People - Making it Happen. Madrid; 2010.
- European Commission. Background document for the thematic conference: Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for better Mental Health and Well-being. Lisbon; 2010.
- European Commission. Background document for the thematic conference: Promotion of Mental Health and Well-being in Workplaces. Berlin; 2011.
- European Commission. Joint Action on Mental Health and Well-being. Accesible en URL: <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/>
- European Commission. Mental Health in All Policies: Situation analysis and recommendations for action. Joint Action on Mental Health and Well-being; 2015.



- European Network for Mental Health Promotion (ENMHP). Accesible en URL: <http://www.mentalhealthpromotion.net/>
- European Network for Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention (IMHPA). Accesible en URL: <http://www.gencat.cat/salut/imhpa/Du32/html/en/Du32/>
- Federación En Primera Persona. 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. Granada: Federación En Primera Persona; 2014.
- Fergusson D, et al. Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 2005, 46(8): 837-849.
- Fernández A, et al. Is there a case for mental health promotion in the primary care setting? A systematic review. *Prev med*; 2015, jul, 76s: s5-s11.
- Fisher CA, Hetrick SE, Rushford N. Family therapy for anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev*; 2010, 4: CD004780.
- Fleischhacker W, et al. Schizophrenia: Time to commit to policy change. Oxford PharmaGenesis; 2014.
- Foresight Programme. Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Final Project report. London: The Government Office for Science; 2008.
- Foster TJ. Suicide prevention as a prerequisite for recovery from severe mental illness. *Int J Psychiatry Med*; 2013, 46(1): 15-25.
- 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.
- Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Criterios para el desarrollo del Programa Residencial. Documento de Trabajo nº 1 (2ª Edición). Sevilla: FAISEM; 2005.
- Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Criterios para el desarrollo del Programa Ocupacional-Laboral. Documento de Trabajo nº 2 (3ª edición). Sevilla: FAISEM; 2006.
- Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Plan de Calidad 2006. Sevilla: FAISEM; 2006.
- Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Servicios de orientación y apoyo al empleo. Documento de Trabajo nº 3. Sevilla: FAISEM; 2006.
- Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. El Programa de Soporte en la vida cotidiana: Organización y funcionamiento de un Centro de Día para Personas con Trastornos Mentales Graves. Documento de Trabajo nº 4. Sevilla: FAISEM; 2011.
- Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. Soportes para la ciudadanía. Los programas de apoyo social a personas con trastornos mentales graves en Andalucía. Sevilla: FAISEM; 2012.
- Fundación Pública Andaluza para la integración Social de Personas con Enfermedad Mental. Prevalencia de problemas de salud mental en centros penitenciarios andaluces. Informe general, Sevilla: FAISEM; 2012.
- Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. Memoria de Actividades 2013. Sevilla: FAISEM; 2014.
- García-Herrera JM, et al. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención primaria. Málaga: Distrito Sanitario de Málaga y Hospital Regional de Málaga, Servicio Andaluz de Salud; 2011.
- García-Herrera Pérez Bryan JM, Nogueras Morillas V. Guía de autoayuda para la depresión y los trastornos de ansiedad. Servicio Andaluz de Salud; 2013.
- García-Herrera JM, et al. Guía de práctica clínica para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada basada en el modelo de atención por pasos en Atención primaria y en Salud mental. Málaga: Hospital Regional de



Málaga, Servicio Andaluz de Salud; 2015.

- Gil M, García-Campayo J, Roca M. Crisis Económica y Salud mental. Informe SESPAS 2014. Gacet Sanit; 2014, 28(Supplement 1): 104-108.
- Global Anti-Stigma Alliance. Accesible en URL: <http://www.time-to-change.org.uk/globalalliance>.
- Grup de Recerca en Orientació Psicopedagògica (GROP). Actividades para el desarrollo de la inteligencia emocional en los niños. Barcelona: Parramón; 2009.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/05.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N° 2007/09.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinació. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. N° 2006/05-2.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fòrum de Salut mental y AIAQS, coordinadores. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
- Grupo de Trabajo Discapacidad Intelectual y Salud mental. Propuesta para la mejora de la atención de las personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2013.
- Hernan M, Lineros C, Morgan A. Los activos para la salud personales, familiares y comunitarios. En: Hernán M, Morgan A, Mena AL (eds). Formación en salutogénesis y activos para la salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2013.
- 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.
- Hjern A, Lindberg L, Lindblad F. Outcome and prognostic factors for adolescent female in-patients with anorexia nervosa: 9- to 14-year follow-up. Br J Psychiatry; 2006, 189: 428-32.
- Hosman C, Jané-Llopis E. Mental Health. In: International Union for Health Promotion and Education. The evidence of Health Promotion



- Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. A Report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Part two. Evidence book; 2000. (Traducción: La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000)
- 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.
 - INEbase. Defunciones según causa de muerte y cifras de población. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Economía y Competitividad. 2013
 - Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Estadísticas sobre población extranjera. 2015
 - Instituto Nacional de Estadística. Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2013. Datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia.
 - Ion R, et al. A tool to measure progress and outcome in recovery. British Journal of Mental Health Nursing; 2013, 2(4): 56-60.
 - Jané-Llopis E. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2004, 24(89): 67-77.
 - Jané-Llopis E, Anderson P. Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe. Nijmegen: Radboud University Nijmegen; 2005.
 - 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.
 - 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.
- Jané-Llopis E, et al. Evidence in Public Mental Health - Commissioning, interpreting and making use of evidence on mental health promotion and mental disorder prevention: an everyday primer. Lisbon: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2010.
 - Jenkins R, Bhugra D, Bebbington P. Debt, income and mental disorder in the general population. Psychol Med. 2008; 38: 1485-1493.
 - Joshi SV, et al. School-based suicide prevention: content, process, and the role of trusted adults and peers. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am; 2015, apr, 24(2): 353-70.
 - Kessler RC, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry; 2005, Jun, 62(6): 593-602.
 - Kim-Cohen J, et al. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. Arch Gen Psychiatry; 2003, Jul, 60(7): 709-17.
 - 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>.
 - 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.
 - Lefley, HP, Wasow, M. Helping Families Cope With Mental Illness. Harwood Academic Publishers; 2013.
 - Lock J, Couturier J, Agras WS. Comparison of long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry; 2006, 45: 666-72.



- 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.
- 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.
- Malmusi D, Gotsens M (coordinadores). Estado de salud, determinantes y uso de servicios de la población inmigrada en España. Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2012. CIBERESP, 2014.
- Marmot MG, Bell R. How will the financial crisis affect health? BMJ. 2009;338:b1314-b1314.
- 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.
- 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.
- Meltzer H, Bebbington P, Brugha T. The relationship between personal debt and specific common mental disorders. Eur J Public Health. (In Press).
- 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.
- Millán A, García N. Apoyo al proyecto de incorporación de los hombres a la Estrategia GRUSE. Informe sobre estudio cualitativo. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2014 (Material no publicado).
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: El Ministerio; 2011.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12. Accesible en URL: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: El Ministerio; 2013.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 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. Madrid: El Ministerio; 2014.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 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. Madrid: El Ministerio; 2014.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. V Macroencuesta sobre violencia de género. Avance de resultados. Delegación del Gobierno para la violencia de género. Madrid: El Ministerio; 2015.
- Monger B, et al. The Individual Recovery Outcomes Counter (I.ROC): preliminary validation of a personal recovery measure. The Psychiatrist; 2013, 37: 221-227.
- Morera-Llorca M, et al. Experiencia de colaboración entre Atención primaria y Salud mental en el Departamento de Salud La Ribera, 7 años después. Gac Sanit; 2014, 28(5): 405-407.
- Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promotion & Education; 2007, Suppl2: 17-22.
- Mrazek PJ, Haggerty R. Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington: National Academy Press; 1994.
- Murray CJL, Lopez AD (eds.). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors



- in 1990 and projected to 2020. Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization. Harvard University Press; 1996.
- National Institute for Health and Care Excellence. NICE guideline PH20: Social and emotional wellbeing in secondary education. London: NICE; 2009.
 - National Institute for Health and Care Excellence. A summary of selected new evidence relevant to NICE clinical guideline 31 "Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder". Evidence Update 47. London: NICE; 2013.
 - National Institute for Health and Care Excellence. NICE guideline 158: Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people. Recognition, intervention and management. London: NICE; 2013.
 - 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.
 - Observatorio Permanente Andaluz de Migraciones. Consejería de Justicia e Interior de la Junta de Andalucía. Informe anual Andalucía e inmigración 2012. Sevilla; 2013.
 - Odgers CL, et al. Predicting Prognosis for the Conduct-Problem Boy: Can Family History Help? J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry; 2007, 46: 10.
 - Organización de Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. ONU, 1989.
 - Organización de Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). Nueva York: ONU; 2006.
 - Organización Mundial de la Salud. Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados". Oficina Regional para Europa de la OMS; 2003.
 - 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.
 - Palacios J, et al. Evaluación y promoción de competencias parentales en el Sistema Sanitario Público Andaluz. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014.
 - Parlamento de Andalucía. Ley 9/1984, de 3 de julio, por la que se crea el Instituto Andaluz de Salud Mental. BOJA nº 67, de 13 de julio de 1984.
 - Pascual JC, et al. Utilization of psychiatric emergency services by homeless persons in Spain. General Hospital Psychiatry 2008, 30(1):14-19
 - Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Crisis económica y Salud mental - Estrategia para reducir el impacto en la salud mental de la población. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012 (Material no publicado).
 - 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.
 - Powers PS, Santana CA. Eating disorders: a guide for the primary care physician. Prim Care; 2002, 29: 81-89
 - Saiz J, 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.
 - Salavera C, et al. Comorbilidad de trastornos de personalidad: Estudio en personas sin hogar, Universitas Psychologica; 2010, 9(2), 457-468.
 - 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.
 - Sayed-Ahmad N, et al (Coord.). Salud mental en la inmigración. Colección Inmigración y Salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2008.
 - Sayed-Ahmad N. El proceso de adaptación y su impacto sobre la salud mental de las personas inmigrantes. En Sayed-Ahmad N, et al (Coord.). Salud mental en la inmigración. Colección



- Inmigración y Salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2008 (pag 21:30).
- 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.
 - Scottish Intercollegiate Guidelines Network. National Clinical Guideline 131: Management of schizophrenia. SIGN; 2013.
 - Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM). Ministerio del Interior; 2009.
 - Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Informe General 2012. Madrid: Ministerio del Interior – Secretaría General Técnica; 2012.
 - Servicio Andaluz de Salud. Ambiente Terapéutico en Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud y Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.
 - Servicio Andaluz de Salud. Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía: Documento marco. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.
 - Servicio Andaluz de Salud. Detección e intervención temprana en las psicosis. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.
 - Servicio Andaluz de Salud. Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.
 - Servicio Andaluz de Salud. Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la Conducta Suicida. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.
 - Servicio Andaluz de Salud. Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia. Servicio andaluz de salud; 2010.
 - Servicio Andaluz de Salud. Protocolo de contención mecánica. Servicio andaluz de salud y Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.
 - Servicio Andaluz de Salud. Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2011.
 - Servicio Andaluz de Salud. Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2011.
 - Servicio Andaluz de Salud. Atención a las personas con trastorno límite de la personalidad en Andalucía. Documento técnico. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2012.
 - Servicio Andaluz de Salud. Guía para la elaboración de un programa de atención a las personas en situación de sin hogar y que presentan asociado un trastorno mental grave. Sevilla: Servicio andaluz de salud; 2012.
 - Servicio Andaluz de Salud. Intervenciones de promoción y protección de la salud general dirigidas a personas con trastorno mental grave. Servicio andaluz de salud; 2012.
 - Servicio Andaluz de Salud. Intervenciones de protección y promoción de la salud general dirigido a personas con trastorno mental grave. Servicio andaluz de salud, Consejería de Salud y Bienestar Social; 2012.
 - Servicio Andaluz de Salud. La salud mental en Andalucía 2008-2013. Sevilla: Servicio andaluz de salud; 2014.
 - Servicio Andaluz de Salud. Manual básico para una atención en salud mental basada en la evidencia. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2012.
 - Servicio Andaluz de Salud. Materiales para el afrontamiento saludable de las dificultades de la vida cotidiana. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2012.
 - Servicio Andaluz de Salud. Programa de Atención a Población Inmigrante en Salud Mental (PAPI-SM). Sevilla: Servicio andaluz de salud; 2012.
 - Servicio Andaluz de Salud. Proyecto europeo sobre salud mental y empleo “Reduciendo las desigualdades en salud: Incrementar el número de personas con problemas de salud mental (leves y moderados) que permanecen trabajando mientras



- reciben tratamiento”. Información accesible en URL: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documento_sacc.asp?pagina=gr_smental_23_empleo2
- Servicio Andaluz de Salud. Portal para la Gestión del Conocimiento del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Accesible en URL: <http://www.psicoevidencias.es/>
 - Servicio Andaluz de Salud. Proyecto europeo sobre prevención del suicidio “EUREGENAS” Información accesible en URL: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documento_sacc.asp?pagina=gr_smental_23_prevencionsuicidio_2
 - Servicio de Epidemiología y Salud Laboral. Informe de vigilancia epidemiológica de enfermedades crónicas. Indicadores de salud mental. Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública. Sevilla: Consejería Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2015.
 - 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)
 - Shepherd G, Boardman J, Burns M. Implementing Recovery. A methodology for organisational change. London: Centre for Mental Health, 2010 (Traducción: Implementando la recuperación. Una metodología para el cambio organizativo. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2013)
 - 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.
 - Stuart H, Arboleda-Florez J, Sartorius N. Paradigms Lost: Fighting Stigma and the Lessons Learned. Oxford University Press; 2012.
 - Suess A, Tamayo MI, Bono A. Planificación anticipada de decisiones en salud mental: Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los Servicios de Salud Mental. Grupo de trabajo Derechos Humanos y Salud mental del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2015.
 - Thornicroft G, Tansella M. La Matriz de la salud mental. Manual para la mejora de servicios. Fundación Española de Psiquiatría y Salud. Madrid: Editorial Triacastela; 2005.
 - Thornicroft G, et al, for the INDIGO Study Group. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. Lancet; 2009, 373: 408-15.
 - Thornicroft Graham, Tansella M. The balanced care model: the case for both hospital- and community-based mental healthcare. The British Journal of Psychiatry; 2013, 202(4): 246-248.
 - Thornicroft G, Tansella M. La mejora de la atención de salud mental. Colección Estudios nº 54. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2014.
 - Thornicroft G, Tansella M. Are community mental health services relevant in low- and middle-income countries? Epidemiology and Psychiatric Sciences; 2014, 23(02): 115-118.
 - Tosh G, et al. General physical health advice for people with serious mental illness. Cochrane Database Syst Rev. 2014, Mar 28.
 - UNICEF-España. La ciudad que queremos: una ciudad amiga de las personas. UNICEF-España; 2013.
 - Vicens E, et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. Crim Behav Ment Health. 2011 Dec; 21 (5): 321-32.
 - Von Holle A, et al. Temporal patterns of recovery across eating disorder subtypes. Aust NZ J Psychiatry; 2008, 42: 108-17.
 - Waisblat A, Aguiló E, Gómez J. Una intervención comunitaria con hombres desempleados en un municipio del sur de Madrid. Noticias SEMFYC; 2013, nº 95.
 - Wentz E, et al. Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. Br J Psychiatry; 2009, 194: 168-74.



- WHO Europe. Stigma: A Guidebook for Action. Published by Health Scotland; 2008.
- WHO Regional Office for Europe. User empowerment in mental health – a statement by the WHO Regional Office for Europe. WHO; 2010. (Traducción: Empoderamiento del usuario de salud mental. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010).
- 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.
- World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. First International Conference on Health Promotion; 1986.
- World Health Organization. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Geneva: WHO; 2004.
- World Health Organization. Mental health: facing the challenges, building solutions Report from the WHO European Ministerial Conference. Helsinki; 2005.
- World Health Organization. The Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva: WHO; 2013.
- World Health Organization - European Region. The European Mental Health Action Plan. Copenhagen: WHO - Regional Office for Europe; 2013.
- World Health Organization. Mental Health Atlas 2014. Geneva: WHO; 2015.

ABREVIATURAS





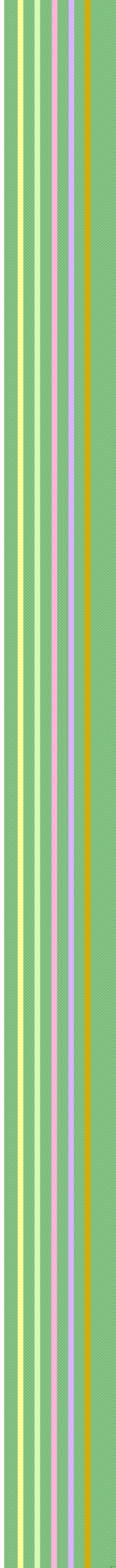
Abreviaturas

- **ACSA:** Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
- **ADS:** Ansiedad, Depresión, Somatizaciones
- **AGC:** Acuerdo de Gestión Clínica
- **AGS:** Área de Gestión Sanitaria
- **AP:** Atención Primaria
- **CAIT:** Centros de Atención Infantil Temprana
- **CDPD:** Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas)
- **CMBD:** Conjunto Mínimo Básico de Datos
- **CTSM:** Comunidad Terapéutica de Salud Mental
- **DIRAYA:** Sistema de Información del Sistema Sanitario Público de Andalucía
- **DSAP:** Distrito Sanitario de Atención Primaria
- **DHD:** Dosis Habitante Diaria
- **EAS:** Encuesta Andaluza de Salud
- **EASP:** Escuela Andaluza de Salud Pública
- **EIR:** Enfermero/a Interno/a Residente
- **FAISEM:** Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental
- **GRUSE:** Grupos Socioeducativos de Atención Primaria de Salud
- **HDSM:** Hospital de Día de Salud Mental
- **HPP:** Hospital Psiquiátrico Penitenciario (Instituciones Penitenciarias)
- **IASAM:** Instituto Andaluz de Salud Mental
- **INFHOS:** Aplicación para la gestión de la demanda de consultas externas y procedimientos diagnósticos del Servicio Andaluz de Salud
- **INE:** Instituto Nacional de Estadísticas
- **MIR:** Médico/a Interno/a Residente
- **MTI:** Módulo de Tratamiento de la Información del Sistema Sanitario Público de Andalucía
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud



- **OEP:** Oferta de Empleo Público
- **PASMIA:** Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia del Servicio Andaluz de Salud
- **PAI:** Proceso Asistencial Integrado
- **PAS:** Plan Andaluz de Salud
- **PIR:** Psicólogo/a Interno/a Residente
- **PISMA:** Plan Integral de Salud Mental de Andalucía
- **PIT:** Plan Individualizado de Tratamiento
- **PSIA-A:** Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía
- **SAAD:** Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
- **SAS:** Servicio Andaluz de Salud
- **SIMIA:** Sistema de Información sobre Maltrato Infantil de Andalucía
- **SIPASDA:** Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones
- **SISMA:** Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía (sustituido por DIRAYA)
- **SM:** Salud Mental
- **SOAE:** Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo
- **SSPA:** Sistema Sanitario Público de Andalucía
- **TEA:** Trastornos del Espectro Autista
- **TIC:** Tecnologías de la Información y la Comunicación
- **TCA:** Trastorno de la Conducta Alimentaria
- **TMG:** Trastorno Mental Grave
- **TOC:** Trastorno Obsesivo Compulsivo
- **TP:** Trastorno de Personalidad
- **UAC:** Unidad de Atención Ciudadana
- **UGC:** Unidad de Gestión Clínica
- **UGC de SM:** Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental
- **USMC:** Unidad de Salud Mental Comunitaria
- **USMI-J:** Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil
- **URSM:** Unidad de Rehabilitación de Salud Mental

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS





Índice de tablas y gráficos

TABLAS

Tabla 1. Evolución de la población por UGC de SM. SSPA, 2008-2013	21
Tabla 2. Puntuación media en SF-mental, por sexo, EAS 2003, 2007 y 2011.....	24
Tabla 3. Puntuación media en SF-mental. EAS 2003, 2007 y 2011	24
Tabla 4. Factores de riesgo. Estudio PISMA-ep. Andalucía	26
Tabla 5. Prevalencia de enfermedad mental en la población general. Europa.....	29
Tabla 6. Prevalencia de depresión y/o ansiedad diagnosticada. Andalucía. EAS 2011.....	30
Tabla 7. Prevalencia punto estimada de trastornos mentales. Estudio PISMA-ep. Andalucía	31
Tabla 8 Derivaciones desde Atención Primaria a las USMC por Distrito/AGS. SSPA, 2008-2013	32
Tabla 9. Evolución de personas atendidas y consultas. USMC. SSPA, 2008-2013.....	33
Tabla 10. Personas atendidas en las USMC según grupo diagnóstico. SSPA, 2013.....	34
Tabla 11. Evolución de personas atendidas y consultas. USMI-J. SSPA, 2008-2013	35
Tabla 12. Personas atendidas en las USMI-J según grupo diagnóstico. SSPA, 2013.....	35
Tabla 13. Evolución del nº de altas por trastorno mental. SSPA, 2008-2013	37
Tabla 14. Distribución de las altas por trastorno mental según sexo. SSPA, 2008-2013	38
Tabla 15. Actividad media anual de los Hospitales de día de salud mental. SSPA, 2008-2013.....	38
Tabla 16. Actividad media anual de las Unidades de Rehabilitación de SM. SSPA, 2008-2013	39
Tabla 17. Actividad media anual en las Comunidades Terapéuticas. SSPA, 2008-2013	39
Tabla 18. Consumo de fármacos en Andalucía. Total de envases. SSPA, 2008-2013	40
Tabla 19. Consumo de envases. España, 2008-2013	41
Tabla 20. Hombres internados en el Hosp. Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, 2008-2013	46
Tabla 21. Recursos sanitarios especializados por UGC de SM. SSPA, 2013.	53
Tabla 22. Distribución de los recursos humanos según categoría profesional . SSPA, 2013.....	54



Tabla 23. N° de dispositivos y plazas de los distintos Programas de apoyo social. FAISEM, 2013.....	55
Tabla 24. Distribución de recursos humanos de FAISEM por categoría profesional. Año 2013.....	56
Tabla 25. Red andaluza de asociaciones de apoyo mutuo en salud mental.	56

GRÁFICOS Y FIGURAS

Gráfico 1. Pirámides de edad de la población andaluza, 2008 y 2013.	20
Gráfico 2. Evolución de personas inmigrantes no regularizadas, según la BDU, 2007-2013	22
Gráfico 3. Consultas realizadas en las USMC según grupo diagnóstico. Andalucía, 2013	34
Gráfico 4. Consultas realizadas en USMI-J según grupo diagnóstico. Andalucía, 2013.....	36
Gráfico 5. Personas atendidas en las USMI-J por trastornos de la infancia y adolescencia. 2013	37
Gráfico 6. Urgencias atendidas por trastorno mental. Hospitales del SAS, 2013	40
Gráfico 7. Menores de 6 años atendidos en los CAIT por TEA. SSPA, 2013.....	42
Gráfico 8. Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en CTA. 2008-2013 ...	45
Gráfico 9. Distribución de personas con discapacidad. España, 2013	49
Gráfico 10. Suicidios según grupo de edad y sexo. Tasas por 100.000 habitantes. Andalucía, 2012.	52
Figura 1. Ejes centrales del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía.....	73



PLAN INTEGRAL DE SALUD
MENTAL DE ANDALUCÍA
2016-2020



JUNTA DE ANDALUCÍA