

DESCRIPCION DE LA SITUACIÓN^c

1.- LA SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA

1.1. DEMOGRAFÍA

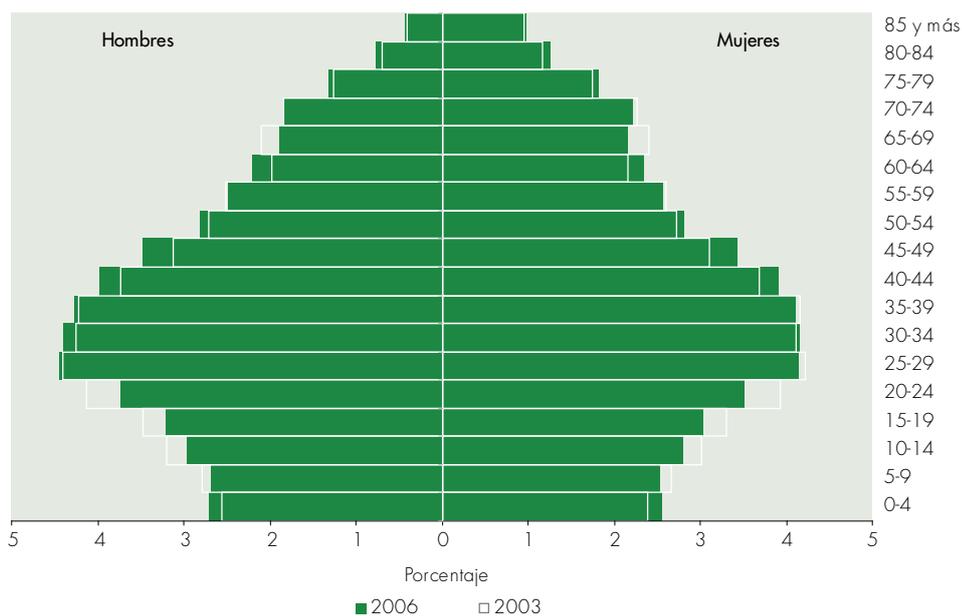
En el año 2006 la población de la Comunidad Autónoma de Andalucía era de 7.975.672 habitantes, según el Instituto de Estadística de Andalucía (IEA)⁽¹⁾, de los cuales el 49,63% eran hombres (3.958.565) y el 50,37% mujeres (4.017.107). Esta población se incrementó un 4,85% con respecto a la del año 2003,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

Al comparar las pirámides de población del 2003 y 2006 (gráfico 1), no se encuentran diferencias significativas, si bien en el 2006 se observa una disminución de la base en las cohortes más jóvenes de la población, de 4 a 24 años y una ampliación de la parte superior de la pirámide, especialmente en mujeres, al tener éstas una mayor esperanza de vida.

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

C] Se dispone de información ampliada en el documento "La Salud Mental en Andalucía 2003-2007", disponible en el área destinada a salud mental de la Web del SAS www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

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



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

Redes familiares

Según la Encuesta de Dependencia y Solidaridad en las Redes Familiares de Andalucía realizada en 2005⁽²⁾, en Andalucía había 679.088 personas que demandaban ayuda. Entre ellas se incluían personas enfermas, con alguna discapacidad o que, a causa de la edad, tenían alguna dificultad para realizar las tareas de la vida diaria. En la actualidad no existen datos sobre el número de personas que demandan ayuda específica por problemas de salud mental.

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

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

Población inmigrante

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

la enfermedad, así como por las posibles variaciones en la expresión del padecimiento físico y mental^[4].

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

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

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

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

1.2. PERCEPCIÓN SOCIAL SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL

La enfermedad mental y las personas que la padecen son todavía vistas por la sociedad actual con una mirada negativa. Persisten la estigmatización, la discriminación y la falta de respeto por los derechos humanos y la dignidad de estas personas. Organismos internacionales, como la Organización de Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud y la Unión Europea sitúan la lucha y erradicación del estigma como una prioridad de sus políticas sanitarias y sociales^{[6][7]}. Igualmente, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud considera fundamental tomar iniciativas que aumenten el conocimiento de la enfermedad mental y ayuden a reducir el estigma y la marginación de quienes la padecen^[3].

Uno de los elementos de la estigmatización social es la idea generalizada de que los trastornos mentales son "graves y para toda la vida", cuando, con la ayuda y el tratamiento adecuados, en la mayoría de casos la recuperación es posible, mientras que en otros cabe lograr una remisión o un grado suficiente de funcionalidad o estabilidad^[8].

Algunos de los principales motivos de alarma ciudadana, y de los más visibles en nuestra sociedad, como la criminalidad, los abusos y la violencia doméstica y de género o el colectivo de personas sin hogar, se asocian a la enfermedad mental en el imaginario colectivo.



La estigmatización, además de aumentar el sufrimiento personal y la exclusión social, puede impedir el acceso a la vivienda y al empleo, e incluso hacer que la persona afectada no busque ayuda por miedo a ser “etiquetada”. Por ello, la Unión Europea pide “un cambio en las actitudes de la ciudadanía en general, de los interlocutores sociales, de las autoridades públicas y de los gobiernos”. Dicho organismo insiste en que “una mejor concienciación con respecto a las enfermedades mentales y su posible tratamiento, así como el fomento de la integración de las personas afectadas en la vida laboral, pueden generar una mayor aceptación y comprensión en el seno de la sociedad”⁽⁹⁾.

1.3. FACTORES DE RIESGO PARA LA ENFERMEDAD MENTAL

Existe sólida evidencia acerca de los factores de riesgo y sus vínculos con el desarrollo de los trastornos mentales. Los factores de riesgo pueden ser de carácter individual, relacionados con la familia, factores sociales, económicos y ambientales. Generalmente, es el efecto acumulado de la presencia de múltiples factores de riesgo, la falta de factores de protección y la interacción de situaciones de riesgo, lo que predispone a los individuos a cambiar de una condición mentalmente saludable a una mayor vulnerabilidad, pasar luego a un problema mental y finalmente a un trastorno mental con todas las características⁽¹⁰⁾.

Los bajos niveles de ingresos económicos y la desigualdad social son algunos de los factores socioeconómicos que influyen negativamente en la salud mental de las personas. Así, la pobreza, la exclusión social (como la que padecen determinados colectivos, por ejemplo, la población penitenciaria y las personas sin hogar) o la discriminación racial se asocian con mayores niveles de sintomatología psiquiátrica⁽¹⁰⁾. También la situación de desempleo, el estrés laboral o el empleo precario resultan ser factores de riesgo psicosocial con repercusiones negativas sobre la salud mental⁽¹¹⁾.

Otros factores de riesgo importantes están relacionados con el propio individuo, sus relaciones con la familia y la red de apoyo social. La interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales puede llevar incluso a una transferencia de trastornos mentales entre generaciones, especialmente episodios depresivos y de ansiedad⁽¹⁰⁾.

Estos factores muchas veces actúan de forma acumulativa. Por ejemplo, en determinados momentos de su proyecto migratorio, las personas inmigradas pueden estar sometidas simultáneamente a varios factores de vulnerabilidad, como son el desarraigo y la pérdida de vínculos afectivos y de apoyo social, la precariedad o inestabilidad laboral, la mala situación económica o la discriminación.

Desde una perspectiva de género, las diferencias socioeconómicas entre sexos influyen especialmente en la salud mental de las mujeres. A estas desigualdades hay que añadir que algunos trastornos mentales se asocian a menudo a las situaciones de violencia, a las relaciones de subordinación, a la desigual distribución de tareas (incluidos los cuidados)⁽³⁾ y a la acumulación de roles a los que se ven sometidas muchas mujeres. Estudios realizados



con mujeres maltratadas encuentran que éstas tienen una mayor prevalencia de síndrome de estrés postraumático, crisis de ansiedad, fobias, abusos de sustancias, trastornos por somatización, dolor crónico, depresión y riesgo de suicidio⁽¹²⁾.

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

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

La salud mental también interrelaciona con la salud física. Por ejemplo, la enfermedad cardiovascular puede producir depresión y viceversa, sin olvidar que ambas pueden estar relacionadas a través de factores comunes de riesgo como podrían ser los estilos de vida poco saludables. Esta interrelación (salud física/mental) tiene especial relevancia en la etapa de envejecimiento, por la asociación de factores específicos, como las enfermedades crónicas o terminales, la soledad, la precariedad económica y/o la falta de redes sociales⁽¹³⁾.

En cuanto al suicidio, los factores de riesgo más importantes son el padecimiento de depresión y esquizofrenia, factores de estrés social recientes o pasados, antecedentes de suicidio en la familia o personas allegadas y acceso limitado a ayuda psicológica. Este es un problema especialmente común entre las personas ancianas, en muchos casos ligado a factores de riesgo como la enfermedad física o mental, la discapacidad, la pérdida de personas cercanas, la soledad, la falta de redes sociales, las malas condiciones de la vivienda o la inactividad⁽¹⁴⁾.

1.4. SALUD MENTAL AUTOPERCIBIDA

Los datos procedentes de las Encuestas Andaluzas de Salud de 2003 y 2007 ponen de manifiesto que la frecuencia de personas en Andalucía que *manifiestan padecer nervios, depresión u otros trastornos mentales* (en el momento de realizarse la encuesta) ha aumentado del 1,5% al

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

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

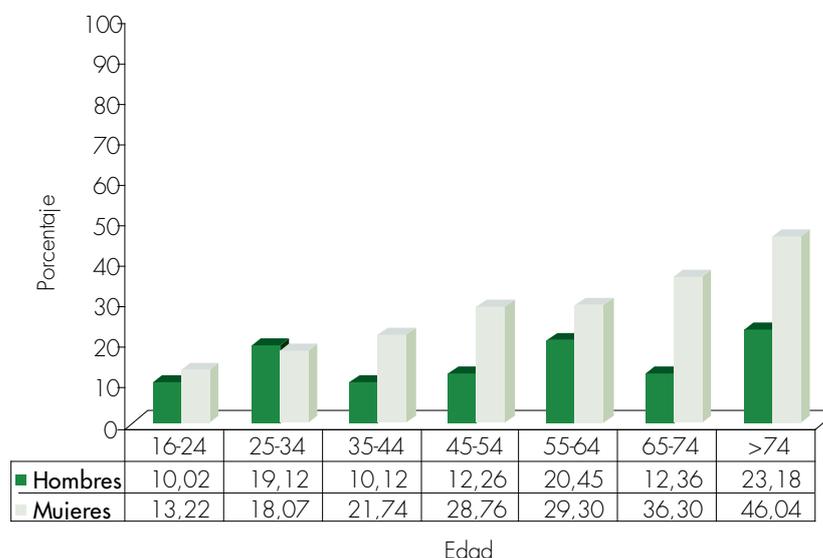
2,3%. Este aumento se ha producido especialmente a expensas de las mujeres, que aumentaron del 1,9% al 3,4%, mientras que los hombres pasaron de 1,5 a 2,3% durante este periodo.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2006⁽¹⁵⁾, un 14,9% de la población andaluza **mayor de 15 años** (8,4% hombres y 21,2% mujeres) declara haber padecido algún problema de “Depresión, ansiedad u otros trastornos mentales” en los últimos 12 meses, siendo prácticamente iguales los porcentajes de personas que dicen haber sido diagnosticadas por personal facultativo (8,8% y 20,7% respectivamente). En España, según datos de esta encuesta, el porcentaje de personas mayores de 15 años que declara haber padecido alguno de estos problemas es de 13,7% (19,0% en mujeres y 8,1% en hombres), ocupando Andalucía el sexto puesto en orden de frecuencia.

En Andalucía, un 20,1% de la población mayor de 15 años^F presenta riesgo de padecer alguna patología mental, siendo el porcentaje en hombres de un 14,6% y en mujeres de un 25,4%. En España, este porcentaje alcanza el 21,3% (26,8% de mujeres y 15,6% de hombres), lo que sitúa a Andalucía el undécimo puesto de las comunidades autónomas.

En ambas encuestas (nacional y andaluza) se aprecia que, en los grupos de edad más jóvenes, el riesgo de mala salud mental es similar en ambos sexos. Este riesgo aumenta a medida que avanza la edad, incrementándose además las diferencias entre sexos. Y, en general, este riesgo disminuye a medida que mejoran el nivel de estudios y el nivel de ingresos. En cualquier caso las mujeres presentan siempre mayor riesgo de padecer alguna enfermedad mental (gráfico 2).

Gráfico 2: Riesgo de mala salud mental en personas adultas según grupos de edad y sexo. Andalucía, 2006.



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

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



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

En la población **infantil**^G de Andalucía, un 21,7% de menores entre 4 y 15 años (25,7% de niñas y 17,8% de niños) presentan riesgo de padecer mala salud mental infantil, siendo el porcentaje global similar a nivel nacional (22,1%), aunque aquí se atenúan las diferencias por sexo (23,2% de niños y 21,0% de niñas). En la actualidad no se dispone de un análisis explicativo que justifique las diferencias encontradas, que requerirán de futuras investigaciones.

Los problemas de salud mental con mayor riesgo de aparición en la población infantil, en ambos sexos, son la hiperactividad y los trastornos de conducta, seguido de los síntomas emocionales y dificultades relacionales con compañeros y compañeras, cuya incidencia es menor.

1.5. LA ENFERMEDAD MENTAL EN ANDALUCIA

1.5.1. Prevalencia en Europa y España

El análisis de la prevalencia-vida^H de los trastornos mentales incluidos en el estudio ESEMeD^I ha dado como resultado que una de cada cuatro personas europeas mayores de 18 años sufre, a lo largo su vida (25,0%), alguno de los trastornos mentales estudiados^J, mientras que en España esta prevalencia es inferior (19,5%)⁽¹⁶⁾.

En cuanto a la prevalencia-año^K, un 9,6% de la población europea y un 8,5% de la española, ha sufrido alguno de los trastornos mentales incluidos en este estudio en el último año (tabla 1).

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

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

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

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

I] Conviene señalar que dado que los datos que se reflejan en este estudio corresponden al año 2000, es posible que no reflejen con exactitud la realidad actual.

J] En este estudio se incluyen los trastornos de la ansiedad, trastornos del ánimo y de consumo de alcohol.

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

Tabla 1: Prevalencia-año de los principales trastornos mentales en España y Europa. ESEMeD, 2002.

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

Fuentes:

- ESEMeD/MEDHEA 2000. Prevalence of mental disorder in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand 2004; 109 Supl. 420: 1-64.
- Haro JM, Palacín C, Vilagut G, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin 2006; 126 (12): 445-51.

Basándonos en los resultados del estudio ESEMeD-España, se puede estimar que en Andalucía en el año 2006, 677.932 personas padecerían algunos de estos trastornos mentales, de los cuales 79.757 tendrían la consideración de graves¹. Estos procesos de mayor gravedad interfieren con las actividades cotidianas de quienes los padecen una

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

media de 81,4 días/año, lo que afecta negativamente en su posible recuperación, a la vez que supone unos elevados costes familiares, sociales y económicos⁽¹⁷⁾.

En cuanto al Trastorno Mental Grave (TMG)^M, no existen estudios con metodología homogénea que permitan estimar la prevalencia en la población, aunque sí de la morbilidad atendida en los dispositivos de salud mental. No obstante, existe consenso en que, aproximadamente, entre 1,5 y 2,5 por cada 1.000 personas de la población general sufre estos tipos de trastornos⁽¹⁸⁾.



1.5.2. Suicidios y enfermedad mental

En Andalucía, en el año 2006, la mortalidad por suicidio representó el 1,16% del total de defunciones de la Comunidad Autónoma⁽¹⁹⁾.

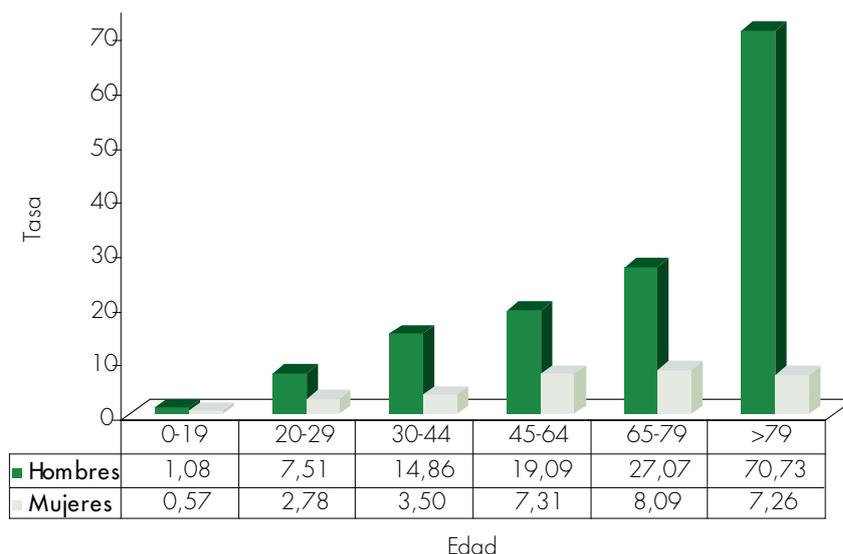
Los hombres presentan tasas brutas más altas de suicidio que las mujeres (13,97 y 4,33 por 100.000 habitantes, respectivamente, en el año 2006), al igual que ocurre en otros países de nuestro entorno, probablemente en relación con los patrones tradicionalmente masculinos de socialización existentes en nuestra cultura.

En los últimos años, las tasas de mortalidad por suicidio de Andalucía ajustadas a población europea, se sitúan en hombres por encima de las nacionales⁽²⁰⁾, siendo sin embargo muy similares en las mujeres. No disponemos en la actualidad de una explicación que justifique esta diferencia.

En las tasas de suicidios específicas por grupo de edad se observa un notable incremento conforme aumenta la edad, en ambos sexos, siendo especialmente destacable en hombres mayores de 64 años (gráfico 3). Es de señalar que a partir de esta edad, como ya se ha comentado anteriormente, existen más factores de riesgo, como son la mayor prevalencia de trastornos depresivos, la más frecuente carencia de apoyo social, la alta frecuencia de enfermedades graves, etc.

M] Según definición del Proceso Asistencial Integrado: Trastorno Mental Grave. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Gráfico 3: Suicidios según grupo de edad y sexo. Tasas por 100.000 habitantes. Andalucía, 2006.



Fuentes:

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

1.5.3. Incapacidad laboral y enfermedad mental

Los datos de la Encuesta Andaluza de Salud de 2007 muestran que las personas en situación de incapacidad e invalidez constituyen un subgrupo de especial riesgo para el padecimiento de problemas de salud mental, con cifras claramente superiores al resto de las categorías en salud mental autopercebida y diagnosticada (autodeclarada). De hecho, en este grupo, un 9,5% de las personas encuestadas (10,30% de hombres y 8,10% de mujeres) declaran padecer *problemas de nervios, depresión u otros trastornos mentales autopercebidos* y un 23,8% (22,10% de hombres y 27% de mujeres) declaran haber sido diagnosticadas por personal médico de depresión y/o ansiedad.

En cuanto a bajas laborales, durante el periodo comprendido entre mayo de 2006 y abril de 2007^N, el 5,76% de las bajas en Andalucía (41.051 sobre un total de 712.553 bajas) han correspondido a bajas por trastornos mentales^O, lo que supone unas tasas de 13,40 por 1.000 habitantes en activo.

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

^N] Sistema de Información SIGILUM, Consejería de Salud.

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



Estos datos son similares a los reflejados en el Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010⁽²¹⁾. En esa Comunidad Autónoma, el 5% del total de las incapacidades temporales son debidas a trastornos mentales, con una duración media por proceso de 102 días, alcanzando al 10 por 1.000 de personas en activo.

El 76% de las incapacidades laborales por trastorno mental de este periodo se han debido a Trastornos de Ansiedad, Depresión y Somatizaciones^P, con una tasa de 10,18 por cada 1.000 habitantes en activo y una duración media de 88,8 días.

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

1.5.4. Población penitenciaria y enfermedad mental

En relación con la población general, las personas internas en centros penitenciarios padecen entre 2 y 4 veces más trastornos psicóticos y depresiones mayores y casi 10 veces más trastornos antisociales de la personalidad⁽²²⁾.

La OMS estima que en las sociedades occidentales, la incidencia de alteraciones psiquiátricas es hasta siete veces mayor en la población penitenciaria, existiendo un mayor índice de problemas psiquiátricos graves y trastornos adaptativos. Esta circunstancia podría deberse a que las personas con enfermedad mental tuvieran más probabilidad para ser internadas en un centro penitenciario, a que el entorno penitenciario aumente el riesgo de enfermar o a una combinación de ambos factores⁽²³⁾, debiéndose avanzar en el conocimiento sobre este colectivo.

Según un estudio de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias⁽²⁴⁾, en España, en el año 2006, un 13,5% de las personas internadas presentaban trastornos psiquiátricos sin consumo de drogas, un 12,1% patología dual y un 24,0% abuso o dependencia de drogas sin patología psiquiátrica.

Los principales trastornos mentales que padecen las personas internas^Q, excluyendo el consumo de drogas de manera aislada, son los trastornos afectivos (12,8%), trastornos de la personalidad (9,4%) y trastornos psicóticos (3,4%). Las cifras encontradas son, en general, similares a las de otros estudios⁽²²⁾.

En cuanto a las tentativas de suicidio, se registraron intentos de autolisis en un 2,7% de la población interna en un año^R.

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

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

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

1.5.5. Personas sin hogar y enfermedad mental

En España, las estimaciones indican que existen alrededor de 100.000 personas sin hogar^[25], caracterizadas por la ausencia de hogar, empleo y lazos sociales, lo que supone una forma extrema de exclusión social. De estas, el 19,54% viven en Andalucía, siendo el 82,7% hombres y el 17,3% mujeres, con una edad media en torno a los 38 años^[26]. Atendiendo a la nacionalidad, un 48,2% son de origen extranjero (43,6% procedentes de África y 37,5% de Europa). El desempleo es uno de los grandes problemas que afecta a este colectivo, ya que sólo el 11,8% tenía trabajo, situándose los ingresos medios mensuales por debajo de los 300€ en el 50% de las personas sin hogar.

En el ámbito internacional, hay estudios que señalan la prevalencia de trastornos mentales graves en personas sin hogar entre el 25%-35%^[27]. Si se incluyen otros trastornos como los de ansiedad, los de la personalidad y abuso/dependencia de drogas los datos pueden llegar al 80%^[25].

En España, datos de 2007^[27] reflejan que un 34% de este colectivo padece patología psiquiátrica, siendo las más frecuentes la esquizofrenia (9,2%), los trastornos del ánimo (9,7%) y los trastornos de la personalidad (5,5%). También reflejan que la prevalencia de las enfermedades mentales es mayor en las mujeres^[28].

Según un estudio del año 2006, en Andalucía^[29], el 36% de las personas sin hogar entrevistadas habían acudido en algún momento a un servicio médico por patología mental, siendo el porcentaje de mujeres superior (40% frente al 35,5% de hombres).

1.6. MORBILIDAD ATENDIDA

1.6.1. Atención primaria

En este apartado se analizan los datos registrados durante el año 2004 en 75 Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria. La población cubierta por las UGC de este estudio es el 18,07% (1.133.413 personas) del total de Andalucía⁵.

En ese año, el total de personas atendidas con algún problema de salud mental^T fue de 125.359, lo que representaba un 11,10% de la población objeto del estudio. Para todos los grupos de edad, a excepción del de menores de 18 años, el porcentaje de mujeres fue superior al de hombres, siendo esta diferencia especialmente notable en los grupos de edad de 31-50 y mayores de 64 años.

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

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

Este grupo de pacientes generó 2.199.140 visitas por su trastorno mental y/o comorbilidad presente, lo que supone una media de 17,54 visitas/paciente/año (15,5 en hombres y 19,0 en mujeres).

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

1.6.1.1. Caracterización de pacientes con trastorno mental

La distribución por ACG^U de las personas atendidas con trastorno mental sugiere que la mayoría presentan además otras comorbilidades. Un 55,16% de las personas atendidas se agrupan en 3 ACGs con varias patologías: un 22,59% corresponde a personas mayores de 34 años con 2-3 ADGs^V, un 17,99% a mayores de 44 años con 4-5 ADGs y un 14,58% son personas mayores de 34 años con 6-9 ADGs. Estos datos ponen de manifiesto las interrelaciones entre la enfermedad mental y física descritas en la bibliografía.

En relación a grupos de diagnósticos de especial interés en salud mental, un 58,40% de las personas con enfermedad mental atendidas en atención primaria en este estudio padecen trastornos de Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (ADS), un 3,34% Trastorno Mental Grave (TMG) y un 0,41% Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)^W.

De las personas atendidas por ADS casi un 75% son mujeres y principalmente de edades comprendidas entre los 31 y 50 años (28,54%). En el caso de la población atendida con TMG, la distribución por sexo varía, un 58,86% son hombres y un 41,14% mujeres. Las personas que padecen TCA son fundamentalmente mujeres de 18 a 30 años y de 31 a 50 años, representando estos grupos respectivamente el 44,12% y el 35,45% del total de personas atendidas por este tipo de trastornos.

1.6.1.2. Utilización de recursos por pacientes con trastorno mental

Para describir la posible influencia de la tipología de pacientes en el uso de recursos se analiza el índice casuístico^X como medida de la “complejidad” de un grupo de pacientes en función de la intensidad de recursos necesaria para su atención.

U] La clasificación de pacientes en “Adjusted Clinical Groups (ACG)” es un sistema orientado a recoger la “complejidad clínica” o “umbral de enfermedad” de la población usuaria y considerar esta junto con la edad y el sexo, como factores que explican la variabilidad observada en el uso de recursos durante un periodo de un año.

V] Ambulatory Diagnosis Groups (ADG): agrupación de diagnósticos utilizada en el sistema ACG.

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

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

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

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

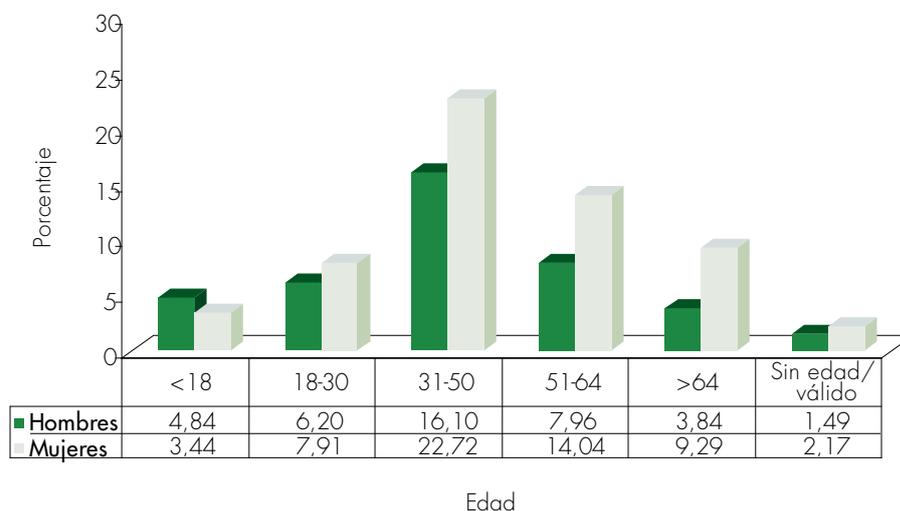
1.6.2. Atención especializada de salud mental

1.6.2.1. Características demográficas de la población atendida

Durante el año 2006, 198.955 personas acudieron a las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC)^Y, de las cuales un 59,56% eran mujeres y un 40,44% hombres.

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

Gráfico 4: Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo de edad y sexo. SSPA, 2006.



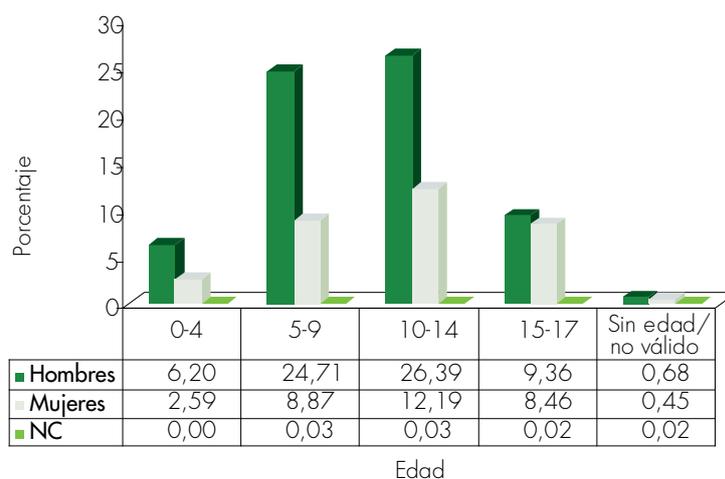
Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.

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

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

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

Gráfico 5: Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, según grupo de edad y sexo. SSPA, 2006.

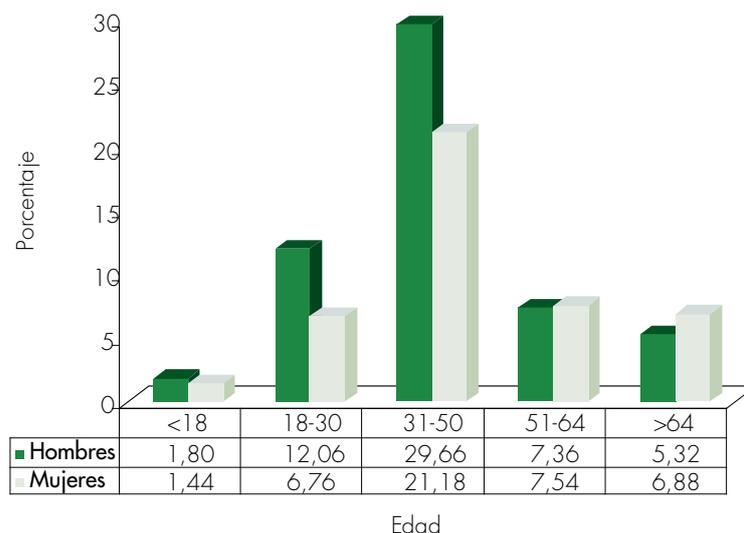


Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.

En cuanto a los episodios de hospitalización, durante el año 2006 se produjeron 10.262 altas por trastorno mental^Z en los hospitales del SSPA, de las cuales un 56,19% correspondían a hombres y un 43,81% a mujeres. La mayor parte de las personas hospitalizadas pertenecen al grupo de edad de 31 a 50 años, 29,66% hombres y 21,18% mujeres (gráfico 6).

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

Gráfico 6: Altas hospitalarias por enfermedades y trastornos mentales según grupo de edad y sexo. SSPA, 2006.



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

1.6.2.2. Morbilidad atendida en los dispositivos de salud mental

a) Unidades de Salud Mental Comunitaria

La distribución por grupos diagnósticos de las personas atendidas en las USMC se desglosa en la tabla 2.

En cuanto a la distribución según diagnósticos y sexo, podemos destacar que hay enfermedades mentales que se diagnostican más frecuentemente en hombres, como son los trastornos por consumo de sustancias (83,45%), trastornos del desarrollo (74,69%), trastornos de la infancia y adolescencia (65,05%) y trastornos esquizofrénicos e ideas delirantes (64,42%).

Sin embargo, en mujeres son más habituales los diagnósticos de trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos (75,00%), trastornos del humor (71,28%) y trastornos neuróticos (67,61%).

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

Tabla 2: Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico. SSPA, 2006.

CIE-10	Grupo Diagnóstico	Número	%	Tasa x100.000 h
F40-F49	T. Neuróticos	65.048	32,69	815,58
F30-F39	T. Humor	41.287	20,75	517,66
F99	T. Mental sin especificación	41.158	20,69	516,04
F20-F29	T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	20.424	10,27	256,08
F60-F69	T. Personalidad	7.568	3,80	94,89
F90-F98	T. Infancia y adolescencia	5.731	2,88	71,85
F00-F09	T. Orgánicos	3.709	1,86	46,50
-	Sin patología psiquiátrica	3.672	1,85	45,04
F70-F79	Retraso mental	3.653	1,84	45,80
F10-F19	T. Consumo sustancias psicotropas	3.093	1,55	38,78
F50-F59	Disfunciones fisiológicas y factores somáticos	2.964	1,49	37,16
F80-F89	T. Desarrollo	648	0,33	8,12
TOTAL		198.955	100,00	2.494,52

Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.

Al analizar la variación 2003-2006 de las tasas por 100.000 habitantes por grupo diagnóstico (tabla 3), los principales incrementos se observan en trastornos del desarrollo (36,70%), trastornos de la personalidad (34,67%) y trastornos neuróticos (22,04%). En parte, estos incrementos pueden justificarse por el propio aumento de los registros. De hecho, se ha podido observar una disminución del 32,78% en los casos atendidos sin especificación diagnóstica, lo que indica una tendencia al alza en el porcentaje de personas atendidas con diagnóstico CIE-10 registrado en el SISMA.



Tabla 3: Evolución de las personas atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria según grupo diagnóstico. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2003-2006.

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

Fuentes:

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

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

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



En la tabla 4 se presentan los grupos diagnósticos de especial interés y su evolución en el periodo 2003-2006. En el grupo de Trastornos de Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (ADS)^{AA}, el total de personas atendidas en 2006 fue de 68.355, lo que supone un 34,36% del total de pacientes de las USMC. Como viene pasando en los últimos años, el número de mujeres con este tipo de trastornos ha sido el doble que el de hombres. Sin embargo, el incremento de las tasas por 100.000 habitantes en hombres ha sido del 20,52%, y del 14,65% en mujeres.

Tabla 4: Evolución de las personas, por grupos de diagnósticos específicos, atendidas en Unidades de Salud Mental Comunitaria, según sexo. Tasa por 100.000 habitantes. SSPA, 2003-2006.

Trastorno		Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006	% Variación 03-06
ADS	Hombres	448,72	491,55	488,71	540,80	20,52
	Mujeres	1.019,28	1.097,21	1.070,12	1.168,68	14,66
TMG	Hombres	375,93	401,93	398,88	432,35	15,01
	Mujeres	248,68	273,71	273,45	302,71	21,73
TCA	Hombres	3,38	3,89	3,68	3,81	12,72
	Mujeres	37,98	43,24	37,67	37,76	-0,58
TIA	Hombres	379,49	396,16	388,87	455,72	20,09
	Mujeres	203,27	225,88	216,39	235,36	15,79

Fuentes:

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

En el año 2006 las USMC atendieron a 29.275 personas con Trastorno Mental Grave (TMG)^{aa}, de las cuales el 58,46% fueron hombres y el 41,53% mujeres. Respecto a la evolución de las tasas por 100.000 habitantes de este tipo de trastornos en los últimos 4 años, el incremento ha sido del 15,01% en hombres y del 21,72% en mujeres, por lo que podemos decir que, aunque los hombres son atendidos más por este tipo de trastornos, el incremento ha sido mayor en mujeres.

El total de personas atendidas por Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)^{aa} por las USMC fue, en el 2006, de 1.668. El 90,95% de este tipo de trastornos lo sufren las mujeres, frente al 9,05% de los hombres. Sin embargo, teniendo en cuenta la evolución

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

desde el 2003 al 2006, se ha incrementado el porcentaje de hombres un 12,85%, mientras que el de mujeres ha permanecido prácticamente estable (ha disminuido un 0,56%).

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

Para analizar las tendencias en las variaciones por sexo encontradas en cada grupo diagnóstico reseñado, se hace imprescindible analizar, entre las variables a considerar, los condicionantes ligados al género.

Por último, en el año 2006, un 14,10% de las personas atendidas en las USMC eran personas mayores de 64 años, un 1% más que en el año 2003, siendo éstas, en su mayoría, mujeres. Esto se puede deber por un lado a la mayor esperanza de vida en mujeres y por otro a los diferentes condicionantes socioculturales ligados al género, como la distribución de cargas de trabajo, el rol de cuidadora, etc., además de las menores pensiones. El incremento porcentual en los últimos 4 años de las tasas por 100.000 habitantes se sitúa en torno al 10%, siendo muy similar en ambos sexos.

b) Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil

El 36,08% de las personas atendidas en las USMIJ se diagnostican de trastornos del comportamiento y las emociones de inicio en la infancia y la adolescencia y un 21,45% son diagnosticadas con trastorno mental sin especificar. También destacan los trastornos neuróticos con el 13,54% y los trastornos del desarrollo con un 12,29% (tabla 5).

De las personas atendidas por trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, el 40,9% presentan trastornos hipercinéticos, un 17,0% trastornos disociales y un 15,3% trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia.

Respecto al sexo y grupo diagnóstico de la población atendida en las USMIJ, en las niñas/adolescentes se han diagnosticado mucho más frecuentemente los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos (73,22%) y los trastornos del humor (57,51%). Sin embargo, en los niños/adolescentes son más habituales los diagnósticos de trastornos del desarrollo (83,33%), trastornos de la infancia y la adolescencia (75,69%), así como el retraso mental (69,82%) y los trastornos esquizofrénicos e ideas delirantes (66,18%). Nuevamente, estas diferencias por sexo requerirían de un exhaustivo análisis de género.

Tabla 5: Personas atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, según grupo diagnóstico. SSPA, 2006.



CIE-10	Grupo Diagnóstico	Número	%	Tasa x 100.000h
F90-F98	Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	4.652	36,08	292,53
F99	Trastorno mental sin especificación	2.765	21,45	173,87
F40-F49	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfias	1.745	13,54	109,73
F80-F89	Trastornos del desarrollo psicológico	1.585	12,29	99,67
F70-F79	Retraso mental	846	6,56	53,20
F50-F59	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	549	4,26	34,52
	Sin patología psiquiátrica	312	2,42	19,62
F30-F39	Trastornos de humor (afectivos)	193	1,50	12,14
F60-F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	123	0,95	7,73
F20-F29	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	68	0,53	4,28
F00-F09	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos	47	0,36	2,96
F10-F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas	7	0,05	0,44
TOTAL		12.892	100,00	810,67

Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía.

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

c) Unidades de Hospitalización de Salud Mental^{AB}

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

Desde el año 2003, el número de altas hospitalarias por enfermedad mental (10.970) se ha mantenido más o menos constante hasta el año 2006 (10.262), lo que corresponde a algo menos del 2% respecto a las altas totales en ese periodo, con una estancia media que ha variado ligeramente de 15 a 16 días.

En la tabla 6 se analiza la morbilidad de las personas ingresadas en los hospitales del SSPA en función de los GRD^{AC}. Como puede verse, en el año 2006 el grupo de pacientes que mayor número de ingresos han requerido es el que corresponde a los trastornos psicóticos, que han supuesto el 60,95% del total de altas por trastorno mental. En segundo lugar destaca el grupo de pacientes con trastornos de la personalidad y de la impulsividad, que ha supuesto algo más del 10% de ingresos.

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

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

AC] "Grupos Relacionados con el Diagnóstico", que es un sistema de clasificación de pacientes ampliamente utilizado en hospitales. Este sistema agrupa las altas de un mismo perfil de morbilidad y, por tanto, con un consumo similar de recursos, clasificando cada episodio de hospitalización en un GRD.

Tabla 6: Altas hospitalarias por enfermedades y trastornos mentales según GRD. SSPA, 2003-2006.

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

EM: Estancia Media. ¹ Peso por GRD "all patient" V18.0. Año 2003-2005. ² Peso por GRD "all patient" V21.0. Año 2006.

Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria, 2003-2006. Servicio Andaluz de Salud.



d) Comunidades Terapéuticas de Salud Mental

La evolución de la actividad asistencial de las 13 Comunidades Terapéuticas de Salud Mental (CTSM) existentes en Andalucía se recoge en la tabla 7^{AD}. Los incrementos observados se explican fundamentalmente por el aumento de recursos a lo largo de este periodo.

Tabla 7: Evolución de la actividad asistencial de las Comunidades Terapéuticas de Salud Mental. SSPA, 2003-2006.

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

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

e) Hospitales de Día de Salud Mental

El número de personas atendidas en los 9 Hospitales de Día de Salud Mental (HDSM) y las estancias que han conllevado se reflejan en la tabla 8^{ad}. El elevado porcentaje de variación en ambos casos se explica principalmente por la apertura de cuatro nuevos hospitales de día durante este periodo.

Tabla 8: Evolución de la actividad asistencial de los Hospitales de Día de Salud Mental. SSPA, 2003-2006.

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

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

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

f) Unidades de Rehabilitación de Salud Mental

El número de personas atendidas en las 9 Unidades de Rehabilitación de Salud Mental (URSM) existentes en Andalucía en el año 2006 fue de 1.946^{dd}, lo que supone un porcentaje de variación del 25,38% respecto a 2003 (tabla 9).

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

Tabla 9: Evolución de la actividad asistencial de las Unidades de Rehabilitación de Salud Mental. SSPA, 2003-2006.

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

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

1.6.3.- Atención urgente a los problemas de salud mental

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

En el SSPA la atención de la demanda urgente y de emergencia es atendida por los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias en el ámbito de la atención primaria de salud (DCCU-AP), los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias de ámbito hospitalario (SCCU-H) y los equipos de emergencia.

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

Por otro lado, en horario de apertura de los Centros de Atención Primaria y Unidades de Salud Mental Comunitaria, se realizan intervenciones no programadas, evitándose en muchos casos posibles descompensaciones de las personas atendidas.

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

AE] Resolución 261/2002, de 26 de diciembre, sobre Atención de urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos, del Servicio Andaluz de Salud.

1.6.4. Consumo de psicofármacos

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

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

También se ha analizado la información relacionada con el consumo de psicofármacos **recetados y retirados** de las oficinas de farmacia durante el periodo 2003-2006. Este análisis se refiere a las recetas prescritas en atención primaria y consultas de especializada, no contemplándose el consumo farmacéutico hospitalario.

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

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

En la tabla 10 se recoge la evolución, para el periodo 2003-2006, de la Dosis Diaria Definida por Habitante y Día (DHD), que indica cuantas personas de cada 1.000 habitantes de la comunidad estudiada reciben diariamente el tratamiento estándar.

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

A nivel nacional, determinados estudios han señalado un aumento en el consumo de ansiolíticos e hipnóticos, alcanzando 62,02 DHD en el año 2002⁽³⁰⁾. También se observa un incremento en el uso de antipsicóticos, siendo de 5,81 DHD en el año 2001⁽³¹⁾. En cuanto a los antidepresivos, la media en el año 2002 se situaba en 43,15 DHD⁽³²⁾.

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

Tabla 10: Evolución de la dosis definida por habitante y día. SSPA, 2003-2006.

PSICOFÁRMACO	Número de DHD. Tasa x 1.000 habitantes				Variación 03-06 (%)
	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006	
Ansiofíticos	40,30	42,48	44,75	47,42	17,67
Hipnóticos y sedantes	21,00	21,84	22,28	23,48	11,81
Antidepresivos	32,87	35,86	37,24	40,01	21,71
Psicolépticos y psicoanalépticos en combinación	0,82	0,77	0,71	0,61	-25,50
Antipsicóticos	6,84	6,59	6,53	7,20	5,25
Litio	0,59	0,59	0,60	0,61	4,24
TOTAL	102,42	108,48	112,10	119,33	16,51

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.6.6. Inmigración y enfermedad mental

En un estudio realizado en el área del Poniente Almeriense⁽³³⁾, en cuya muestra se incluyeron todas las personas inmigrantes que consultaban por primera vez en una Unidad de Salud Mental Comunitaria entre los años 2000 y 2004 (464 personas, 226 mujeres y 238 hombres), se destaca el aumento de personas inmigrantes que demandaron estos servicios, pasando de 72 en el año 2000 a 143 en el año 2004^{AH}. El grupo más numeroso era el procedente del norte de África (36%), seguido del grupo procedente de Hispanoamérica, con un 26%. Los grupos procedentes de Europa del Este y de la Unión Europea representan, cada uno, un 12% del total de inmigrantes.

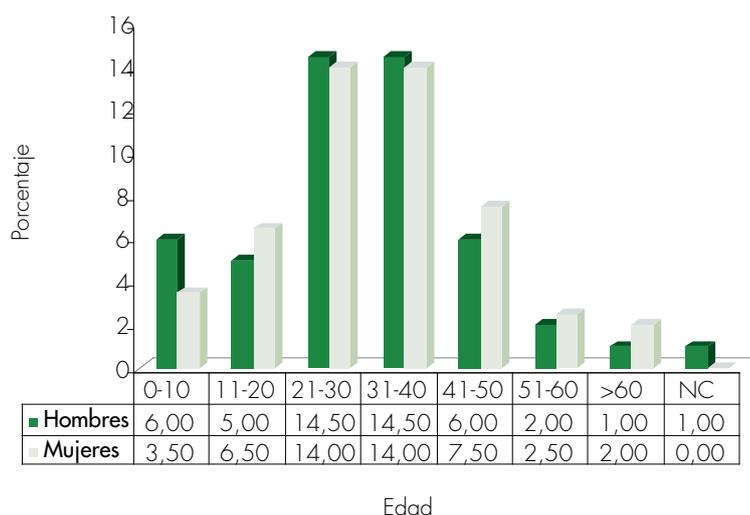
Por sexo, no se observan diferencias importantes según el lugar de procedencia, a excepción del colectivo norteafricano, en el que un 58% eran hombres y un 42% mujeres. En ambos sexos, el grupo de edad mayoritario fue el de 21 a 40 años (gráfico 7).

La mayoría de las personas inmigrantes atendidas en este periodo tenían legalizada su situación administrativa (71,3%). Casi la mitad (44,2%) estaban trabajando, un 31,5% figuraban como en situación no activa y un 14,9% eran estudiantes.

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

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

Gráfico 7: Personas inmigrantes atendidas en las Unidades de Salud Mental Comunitaria del Poniente de Almería según grupo de edad y sexo. 2000-2004.



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

1.6.7. Personas internadas en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla

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

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

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

En el año 2006, 148 personas procedentes de Andalucía estuvieron internadas en este hospital, de las cuales 68 eran nuevos ingresos. Así mismo, durante ese año se produjeron 131 altas.

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

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

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

En Andalucía, la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones dependiente de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social tiene atribuidas las competencias relativas a la actuación en materia de drogodependencias⁽³⁴⁾.

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

En el año 2006 se registraron en Andalucía un total de 17.090 personas admitidas a tratamiento en un centro ambulatorio por consumo de alguna sustancia psicoactiva o una dependencia sin sustancia (juego patológico)⁽³⁵⁾. Un 57,72% fueron admitidas a tratamiento por drogas ilegales y el resto por tabaco, alcohol y juego patológico. En ese mismo año se recibieron 2.901 protocolos de derivación a los recursos y programas de segundo y tercer nivel de atención^A. En su mayoría eran hombres (87,3%), casi la mitad (44,9%) entre 30 y 40 años. Como droga principal, un 33,3% consumía "rebujo" (mezcla de heroína y cocaína base), el 25% alcohol, el 19,6% cocaína y el 11,5% heroína.

De las 1.019 personas dadas de alta en las comunidades terapéuticas de drogodependencias en este año, un 22,8% sufría algún trastorno mental, principalmente, trastornos de personalidad (10,7%), trastornos del ánimo (8,3%), trastornos de ansiedad (7,3%) y esquizofrenia u otros trastornos psicóticos (3,9%).

Desde el año 2002, se sigue un protocolo de actuación conjunta entre las USMC y los centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias para este grupo de pacientes, con objeto de ofrecer una respuesta adecuada a las personas afectadas de patología dual y de mejorar la coordinación entre los centros de drogodependencias y salud mental⁽³⁶⁾.

1.6.9. Atención a las víctimas de la violencia de género

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

Las consecuencias de esta violencia resultan devastadoras para las mujeres. Los síntomas de sufrimiento mental son seis veces más frecuentes en las mujeres maltratadas que en población general y cinco veces más las tentativas de suicidio, presentando a lo largo de la

A] Datos extraídos del Sistema de Información del II Plan Andaluz de Drogas y Adicciones (SiPASDA)

vida trastornos emocionales y problemas de salud mental importantes, como la depresión, el trastorno de estrés postraumático o las ideas de suicidio⁽³⁷⁾.

En un estudio del Instituto Andaluz de la Mujer sobre la frecuencia del maltrato en mujeres consultantes de los servicios de salud mental⁽¹²⁾, se observó que el 42% de las mujeres asistentes a estos servicios referían maltrato físico y un 52% maltrato psicológico, porcentajes muy superiores a los obtenidos en la población general, 8% (físico) y 22% (psicológico). Los trastornos psicopatológicos más frecuentes fueron trastornos afectivos (depresión), trastornos somatoformes y trastornos de la personalidad.

En Andalucía, los datos obtenidos de un estudio multicéntrico^{AJ}, en el que se recogía información de mujeres que acudían a consultas de atención primaria por cualquier motivo^{AK}, muestran que un 24,6% de las mujeres encuestadas ha sufrido maltrato (físico, sexual y/o emocional) alguna vez en la vida.

Las características sociodemográficas de las mujeres que sufrieron maltrato son similares a otros estudios realizados en Andalucía⁽³⁸⁾, mujeres mayores de 45 años, separadas/divorciadas o viudas, con niveles educativos bajos y con pocos ingresos.

Los resultados de este trabajo muestran que el maltrato se asocia con una mayor morbilidad psíquica y una peor salud autopercebida (tabla 11). En cuanto al consumo de fármacos, las mujeres maltratadas presentaron una mayor probabilidad de consumo de tranquilizantes, antidepresivos y analgésicos que las no maltratadas. Estos resultados están en consonancia con otros estudios a nivel internacional⁽³⁸⁾.

Tabla 11: Asociación entre el consumo de fármacos y el maltrato global. Mujeres asistentes a consultas de atención primaria en Andalucía, 2006.

Indicadores	No Maltrato n=423 (%)	Si Maltrato n=138	
		(%)	OR (IC del 95%)
Salud psíquica			
Morbilidad psíquica*	40,2	72,3	3,89 (2,52 – 6,00)
“Peor” salud autopercebida	40,8	62,4	2,41 (1,61 – 3,60)
Consumo de fármacos en los últimos tres meses			
Analgésicos	65,9	80,7	2,17 (1,35 – 3,49)
Tranquilizantes	26,3	50,4	2,85 (1,91 - 4,25)
Antidepresivos	15,4	29,1	2,25 (1,42 – 3,56)

*GHQ-12. Fuente: Ruiz, I. EASP (Datos no publicados).

AJ] “Violencia contra la mujer en pareja: frecuencia e impacto en la salud física y psíquica” (FIS, PI050594; años 2006 y 2007).

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

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

2.1. RECURSOS SANITARIOS DE SALUD MENTAL

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

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

2.1.1. Dispositivos específicos de salud mental

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

A finales de 2007, esta red se compone de los siguientes dispositivos^{AL}:

- **76 Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC).** Las USMC son los dispositivos básicos de atención especializada a la salud mental, constituyendo su primer nivel de atención y con los que se coordinan el resto de los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental. Prestan una atención integral a pacientes de su ámbito poblacional en régimen ambulatorio o domiciliario.
- **14 Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J).** Las USMI-J prestan una atención especializada, tanto en régimen ambulatorio como de hospitalización completa o parcial, a la población infantil y adolescente menor de edad, derivada desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia.

AL] En el Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de salud mental en el ámbito del SAS, se recoge una descripción más extensa de las funciones de cada uno de los dispositivos especializados de salud mental.



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

En las tablas 12, 13 y 14 se detalla la situación, a finales de 2007, de los dispositivos de salud mental según áreas de salud mental.

Tabla 12: Dispositivos de salud mental según Área de Salud Mental. SSPA, 2007.

Área de Salud Mental	USMC		USMI-J		UHSM		CTSM			URSM		HDSM	
	Nº	Nº	Nº camas	Plazas HD	Nº	Nº camas	Nº camas	Nº camas	Plazas Prog. Día	Nº	Plazas	Nº	Plazas
Almería	5	1	6	12	2	49	1	12	30	1	30	2	60
Cádiz	5	2	4	20	1	28	1	15	15	1	30	-	-
Campo de Gibraltar	2	1	2	20	1	14	-	-	-	-	30	1	20
Jerez	3	1	4	10	1	28	1	15	30	-	-	-	-
Córdoba	9	1	4	20	1	43	1	19	30	1	30	-	20
Granada Norte	5	1	2	40	2	41	1	20	30	-	-	1	20
Granada Sur	4	-	-	-	1	30	1	15	30	1	30	1	20
Huelva	5	1	2	20	1	31	1	16	30	1	30	-	-
Jaén	7	1	5	15	2	52	1	18	30	1	30	1	20
Málaga I	4	1	2	20	1	42	1	20	30	1	30	1	20
Málaga II	9	1	4	25	1	40	1	20	30	-	-	-	-
Sevilla Rocío	6	1	4	20	2	57	2	32	70	1	30	1	20
Sevilla Macarena	6	1	-	20	1	53	1	13	30	1	30	1	20
Sevilla Valme	4	1	-	10	1	31	1	15	30	-	-	1	20
Osuna	2	-	-	-	1	9	-	-	-	-	-	1	20
TOTAL	76	14	39	252	19	548	14	230	415	9	300	11	260

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

Tabla 13: Recursos sanitarios para la atención de la salud mental según Área de Salud Mental. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2007.

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

Fuentes:

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

Tabla 14: Recursos sanitarios para la atención de la salud mental según provincia. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2007.

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

Fuentes:

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



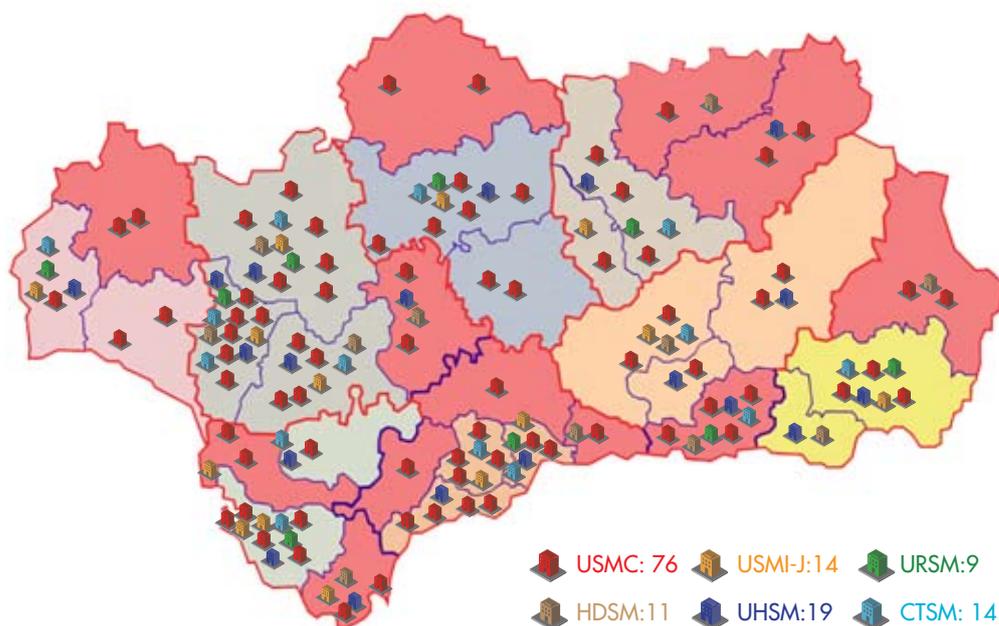
En la tabla 15 se presenta la evolución de los dispositivos de salud mental desde finales de 2003 a finales de 2007, teniendo en cuenta la fecha de apertura de los mismos.

Tabla 15: Evolución de los dispositivos de salud mental en el SSPA durante el periodo de vigencia del I PISMA. 2003-2007.

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

En el siguiente mapa (figura 1) se representa la ubicación de los dispositivos de salud mental del SSPA según Áreas Hospitalarias y Provincias, actualizado a finales de 2007.

Figura 1 : Mapa de los dispositivos de Salud Mental en el SSPA según Áreas Hospitalarias. Año 2007.



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

2.1.2. Recursos humanos en salud mental

Los equipos de trabajo de los diferentes dispositivos de salud mental los componen profesionales de diversas titulaciones: Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Gestión administrativa y otras disciplinas.

Desde finales de 2003 a finales de 2007, el número de profesionales de los dispositivos de salud mental se ha incrementado en 303, pasando de 2.175 a 2.478.

En la tabla 16 se observa que la tasa de psiquiatras por 100.000 habitantes en Andalucía en el año 2007 es de 5,66, la de profesionales de psicología clínica de 3,02 y la de enfermería de 7,02. Los últimos datos disponibles a nivel nacional, del año 2005⁽³⁹⁾, recogen tasas de 3,6 psiquiatras, 1,9 profesionales de psicología clínica y 4,2 profesionales de enfermería por 100.000 habitantes.

Tabla 16: Recursos humanos por categoría profesional y tipo de dispositivo. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2007.

PROFESIONAL	USMC	USMI-J	USMH	URSM	HDSM	CTSM	TOTAL
Psiquiatría	3,44	0,42	1,09	0,11	0,26	0,34	5,66
Psicología clínica	1,72	0,38	0,20	0,21	0,20	0,30	3,02
Trabajo social	1,01	0,15	0,07	0,09	0,02	0,12	1,46
Enfermería	1,92	0,58	2,69	0,20	0,37	1,25	7,02
Personal auxiliar de enfermería	1,60	0,42	4,14	0,60	0,19	1,85	8,80
Personal auxiliar administrativo	1,25	0,20	0,25	0,10	0,14	0,14	2,07
Terapia ocupacional	0,00	0,15	0,04	0,12	0,11	0,15	0,57
Monitores/as ocupacionales	0,01	0,04	0,10	0,22	0,20	0,55	1,12
Celadores/as	0,01	0,00	0,52	0,02	0,00	0,47	1,03
TOTAL	10,97	2,35	9,11	1,68	1,49	5,16	30,75

Fuentes:

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

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

2.1.3. Unidades de Gestión Clínica de salud mental

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

En el ámbito de la atención a la salud mental se ha apostado por este nuevo modelo de gestión. En el año 2003 existían 7 UGC de salud mental, incrementándose hasta 24 en el año 2007. De éstas, 20 integran todos los dispositivos de salud mental de su área hospitalaria o área de gestión sanitaria; dos están formadas por una o dos unidades de salud mental comunitaria; y otras dos por comunidades terapéuticas.

Del total de la red de dispositivos de atención a la salud mental, a finales de 2007 un 65,03% estaba integrado en UGC. Asimismo, el porcentaje de profesionales de salud mental que a finales de ese año formaban parte de UGC era del 68 %.



2.2. RECURSOS COMUNITARIOS DE APOYO SOCIAL

2.2.1. Recursos Generales

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

- Servicios sociales (comunitarios y especializados), a través de los que se accede a las prestaciones de carácter general y a aquellas que establece la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
- Programas generales del sistema educativo que permiten compensar carencias formativas en general y particularmente en el ámbito del acceso al empleo (programas de “educación de adultos”, de garantía social...).
- Programas del Servicio Andaluz de Empleo, cuyo objetivo es incrementar la empleabilidad de las personas desempleadas (orientación profesional, prácticas en empresas, acompañamiento a la inserción...).
- Programas de apoyo al alojamiento de sectores desfavorecidos.
- Atención por parte de la administración de Justicia en la doble vertiente civil y penal.

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

2.2.2. Recursos Específicos (FAISEM)

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

- **Programa residencial**⁽⁴⁰⁾: facilita alojamiento con distinto nivel de supervisión y apoyo:
 - » Casas Hogar: dispositivos para un número de usuarios y usuarias entre 10 y 20 con menor nivel de autonomía, que disponen de personal durante las 24 horas del día.

- » Viviendas Supervisadas: dispositivos para un máximo de 10 personas, que disponen de un mayor nivel de autonomía y con una supervisión variable según los casos y los momentos.
- » Plazas de "Respiro Familiar" y "estancias diurnas" en dispositivos residenciales.
- » Subprogramas de Atención Domiciliaria, los cuales incluyen distintos tipos de intervenciones de apoyo en el domicilio habitual de la persona.

- **Programa ocupacional-laboral**⁽⁴¹⁾: promueve la inserción laboral a través del ejercicio de distintos niveles de actividad productiva:
 - » Talleres Ocupacionales.
 - » Cursos de Formación para el Empleo.
 - » Empresas Sociales, que facilitan oportunidades de empleo permanente y remunerado.
 - » Subprogramas de Apoyo al Empleo en otras empresas del mercado abierto.

Como estructura de coordinación de ámbito provincial se cuenta con los Servicios Provinciales de Orientación y Apoyo al Empleo (SOAE)⁽⁴²⁾ que, a su vez, ofrecen orientación y asesoramiento personalizado sobre empleo y formación.

- **Programa de ocio y tiempo libre**. En este programa participan de forma activa el movimiento asociativo de familiares y personas usuarias e instituciones locales, a través de los siguientes dispositivos y actividades:
 - » Espacios permanentes tipo Club Social.
 - » Actividades de ocio y disfrute del tiempo libre.
- **Programa de promoción y apoyo a entidades tutelares**: promueve el funcionamiento de entidades tutelares para personas con enfermedad mental grave en las distintas provincias andaluzas.
- **Programa de apoyo al movimiento asociativo de familiares y personas usuarias**: contribuye a fortalecer estas organizaciones, promoviendo iniciativas de ayuda mutua, sensibilización, gestión de determinados programas de apoyo social y fomentando la participación de ambos colectivos en múltiples ámbitos de intervención.
- **Programa de atención a personas con trastornos mentales graves en situación de marginación y sin hogar**, desarrollado en coordinación con los dispositivos de salud mental, con los servicios sociales comunitarios y con diversas entidades ciudadanas.
- **Programa de atención a la población penitenciaria con trastorno mental grave**: a través del cual se desarrollan acuerdos de colaboración con el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla y proyectos de intervención conjunta con los servicios de salud mental, los Servicios Sociales y la Federación Andaluza de Familiares de Personas con Enfermedad Mental (FEAFES Andalucía), para personas con trastorno mental grave en establecimientos penitenciarios de Andalucía.



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

En la tabla 17 se resume la evolución de los recursos de apoyo social de FAISEM durante el periodo de vigencia del I PISMA 2003-2007.

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

Así, se ha duplicado la capacidad de atención del programa residencial, han aumentado de forma importante las plazas ofertadas por el programa de ocio y tiempo libre y se han incrementado notablemente las actividades relacionadas con el programa ocupacional-laboral (fundamentalmente en cuanto al número de contratos a personas con enfermedad mental). Además, las empresas sociales han consolidado su situación económica, incrementando de manera sostenida su volumen de actividad.

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

El apoyo prestado al movimiento asociativo de familiares y personas usuarias ha contribuido a fortalecer estas organizaciones e impulsar su participación. Esto ha sido especialmente significativo con las asociaciones federadas en FEAFES Andalucía y con la puesta en marcha, en el año 2007, de la Plataforma Andaluza de Asociaciones de Usuarios y Usuarías de Salud Mental.

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

Tabla 17: Evolución de los recursos de apoyo social para personas con trastorno mental grave. FAISEM, 2003-2007.

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

* Personas trabajadoras con enfermedad mental. ** Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo. *** Nº de contratos.

Fuentes:

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

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

Además del crecimiento cuantitativo de los programas de apoyo social, hay algunos otros aspectos que merece la pena destacar en este periodo. Así, el ámbito de cooperación con los servicios de salud mental del SSPA ha mejorado gracias a la progresiva implantación del PAI Trastorno Mental Grave y al establecimiento de un primer Acuerdo de Cooperación con el Programa de Salud Mental del SAS en el año 2007^{AM}, que recoge las siguientes áreas de mejora:

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

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

Recursos humanos de FAISEM

En el año 2007 la plantilla de FAISEM estaba compuesta principalmente por personal de los diferentes programas de apoyo social, que representan un 83,8 % del total de la plantilla (tabla 18).

Tabla 18: Recursos humanos de FAISEM según clasificación profesional, 2007.

PROFESIONAL	Número	%	% Hombres	% Mujeres
Personal de programas	666	83,8	27,8	72,2
Personal de servicios y mantenimiento	50	6,3	6,0	94,0
Personal técnico	39	4,9	31,8	68,2
Personal de administración	36	4,5	31,3	68,8
Otros	4	0,5	75,0	25,0
TOTAL	795		27,1	72,9

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

Durante el periodo de vigencia del I PISMA, el número de profesionales de FAISEM se ha incrementado en un 55,27 %, pasando de 512 en 2003 a 795 en 2007.

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

2.2.3.- Red de Ayuda Mutua

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

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

La red andaluza de ayuda mutua vinculada a la salud mental es amplia y diversa, con 79 asociaciones en 2007, estando muchas de ellas representadas por entidades de ámbito regional.

Las personas con trastornos mentales graves y sus allegadas se encuentran representadas a nivel regional por FEAFES-Andalucía (Federación Andaluza de Asociaciones de Familiares de Personas con Enfermedad Mental), de la que forman parte 13 asociaciones y por la Plataforma de Asociaciones de Usuarios y Usuarias de Salud Mental de Andalucía, integrada por 9 asociaciones. Además, existen otras 8 asociaciones andaluzas de personas con enfermedad mental, familiares y personas allegadas.

Por otro lado, existen asociaciones "monográficas" orientadas a un determinado trastorno mental, de ámbito local, provincial y/o regional:

- 13 asociaciones de Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- 7 asociaciones integradas en la *Federación Andaluza de Asociaciones de Padres y Personas con Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad "FAHYDA"*.
- 24 asociaciones de Trastornos Generalizados del Desarrollo:
 - » 9 asociaciones integradas en la *Federación Andaluza de Padres con Hijos con Trastornos del Espectro Autista "AUTISMO ANDALUCÍA"*.
 - » 7 asociaciones integradas en la Federación Asperger Andalucía.
 - » 8 asociaciones no federadas.
- 5 asociaciones relacionadas con otros trastornos mentales.