

Otros trastornos de mayor gravedad (T. generalizados del desarrollo en etapa preescolar; Psicosis que debutan en la adolescencia; T. de personalidad graves de la adolescencia; T. de conducta graves en adolescentes; T. de la conducta alimentaria) requerirán programas especiales en dispositivos específicos: hospitales de día de las USMIJ.

Patologías emergentes

Los importantes cambios que se están generando en la sociedad, están provocando una fuerte pérdida de la capacidad de contención de las estructuras informales y por tanto una medicalización en las respuestas a problemas evolutivos, que se está reflejando en el incremento de demandas relacionadas con nuevos problemas de salud: duelo patológico, patología dual, trastornos de la personalidad..., y los relacionados con la patología del disconfort.

Por último, es necesario abordar la **formación** de los profesionales, en la línea de adquirir las competencias necesarias que garanticen la puesta en marcha de los cambios que se plantean desde este Plan Integral de Salud Mental y que tanto el propio sistema sanitario como la sociedad en general, están demandando.

III. OBJETIVOS DEL PLAN INTEGRAL DE SM DE ANDALUCÍA

- Objetivo 1.** Aumentar el grado de conocimiento e información sobre la salud mental, de las personas con trastorno mental, su entorno cercano y de la sociedad andaluza.
- Objetivo 2.** Mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales, así como el de sus allegados.
- Objetivo 3.** Adecuar la oferta de servicios a las necesidades de la población de manera efectiva y eficiente.
- Objetivo 4.** Garantizar a las personas con trastornos mentales una atención sanitaria basada en el enfoque comunitario y la estructuración del proceso asistencial desde la perspectiva de la continuidad de cuidados como elemento de calidad integral.
- Objetivo 5.** Potenciar el conocimiento –formación e investigación– de los profesionales sobre los factores de riesgo y las estrategias de intervención, para potenciar la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia.

IV. LÍNEAS DE ACCIÓN

Para garantizar el cumplimiento efectivo de los objetivos definidos en el apartado anterior, se plantean desarrollar desde el SSPA una serie de líneas de acción que se describen a continuación.

IV.1. En comunicación e información al ciudadano, eje central del Sistema Sanitario Público de Andalucía, sobre la Salud Mental

Pese a las diferentes alertas, emitidas por diversos organismos internacionales, relativas a la elevada prevalencia, el incremento progresivo de la incidencia y los costes humanos y económicos que conllevan, los problemas de salud mental siguen siendo, en buena medida, grandes desconocidos, incluso por parte de los profesionales de la salud en general.

A pesar de las iniciativas emprendidas desde diferentes sectores, es posible constatar hoy, en los albores del nuevo milenio, que incluso en sociedades económica y culturalmente avanzadas, cuando es posible disponer de una atención asequible, solo el 30% de la población afectada por un trastorno mental acude a un profesional de la salud.

Si a esto unimos que los trastornos psíquicos explican la tercera parte de la discapacidad en el mundo y que una cuarta parte de la población mundial padecerá en algún momento de su vida un trastorno mental, deberíamos de ser conscientes de la enorme carga social y económica que la enfermedad mental representa.

Como acertadamente proclama la OMS en su informe del 2001, todavía desconocemos con precisión el número de personas afectadas que se ven privadas de ayuda, aún resultando ésta no muy costosa: "Muchas de estas personas sufren en silencio. Muchas están solas. Más allá del sufrimiento y de la falta de atención, están las fronteras de la estigmatización, la vergüenza, la exclusión y, con mucha más frecuencia de lo que queremos reconocer, la muerte".

La desinformación, el estigma, la culpa, el miedo, la vergüenza, la marginación, la incompreensión y en la mayoría de los casos el más absoluto desconocimiento fruto de estereotipos reforzados por la historia, el lenguaje y la ignorancia, preñan el imaginario colectivo que evidencia la dualidad cuerpo-alma, y que se traduce, tanto colectiva como individualmente, en una imposibilidad de poder reconocer, aceptar y pedir auxilio cuando el trastorno mental se hace presente.

Se constata, así mismo, el incremento en el nivel de Atención Primaria de demandas relacionadas con el sufrimiento psicológico que se asocia a las dificultades consustanciales de la vida cotidiana. Es responsabilidad de los profesionales del SSPA reconvertir esta demanda, evitando tendencias psicologizadoras y medicalizadoras, de modo que se intervenga sobre factores protectores y apoyos sociales que hagan innecesario el recurso indiscriminado a los servicios de salud.

En el Sistema Sanitario Público Andaluz, los ciudadanos representan el centro y la razón de ser del propio Sistema. Desde este paradigma el Plan Integral de Salud Mental debe de incidir en la transparencia, la participación y especialmente en una adecuada información que venga a satisfacer las necesidades y expectativas de la ciudadanía a la que va dirigido.

Los problemas de salud mental afectan, como ya hemos visto, a un gran número de personas generando a su vez un alto grado de sufrimiento. Es necesario un plan de información y comunicación que implique a todos los ciudadanos, y esté especialmente dirigido a los diferentes colectivos que están directa o indirectamente relacionados con la enfermedad mental en cualquiera de sus manifestaciones.

La calidad técnica es un pilar básico de la atención sanitaria, y hay que tener en cuenta que otros elementos como: la amabilidad, la empatía, y el tiempo de espera, son decisivos para que los ciudadanos se sientan satisfechos con el servicio que reciben. **La información**, en este ámbito, se debe erigir en un elemento básico y clave de la atención. Son éstos unos procesos que están impregnados de arquetipos, creencias populares erróneas y predominio de un pensamiento mágico, que sin duda repercute de forma sensible, en las vivencias personales del paciente y de su entorno inmediato, condicionando en gran medida la adherencia al tratamiento, el seguimiento y una integración social satisfactoria.

En lo que se refiere de forma específica a la información, esta debe de enfocarse, al menos, desde dos puntos de vista:

1. Información a la población general sobre los factores de riesgo y las intervenciones en estilos de vida que han mostrado reducir la incidencia de la enfermedad (prevención primaria); así como facilitar información a la población general sobre la carga que representa la salud mental y las posibilidades terapéuticas que ayuden a la integración de las personas afectadas.
2. Información a los afectados para un mayor conocimiento de su problema e implicación en su tratamiento y seguimiento (prevención secundaria y terciaria). Plan de comunicación para los afectados y sus familiares (psicoeducación).

Resulta fácil diferenciar varios agentes en la comunicación sobre la salud mental en nuestra Comunidad Autónoma. Por un lado, afecta a los colectivos de profesionales sanitarios especializados, a organizaciones sanitarias e instituciones políticas y a grupos de comunicación; y por otro vincula al conjunto de la población, y a los grupos de afectados, pacientes y familiares, en los que el modo de representación simbólica que se vaya construyendo acerca de la enfermedad mental, traerá aparejado modificaciones en el discurso médico, periodístico, político y social que venga a suplantar concepciones tradicionales y creencias populares todavía vigentes, que condicionan en gran medida la atención de la Salud Mental y su integración en la sociedad.

LÍNEAS DE ACCIÓN

Durante el periodo 2003-2007

1. Las instituciones y los centros sanitarios deberán:
 - * Poner en marcha políticas activas de **sensibilización** en Salud Mental que incidan en el conjunto de la población y que vayan orientadas a erradicar la discriminación

que actualmente se erige entre los principales obstáculos para poder llevar a cabo una atención adecuada. El miedo y la desinformación provoca que un gran número de personas no soliciten tratamiento o que de hacerlo, éste no se reciba de forma óptima y continuada lo que conlleva la victimización, la estigmatización, la marginación y otras violaciones de los derechos humanos.

- * Desarrollar campañas institucionales dirigidas a **motivar e informar** a las instancias decisorias sobre la repercusión de las políticas económicas y sociales en la salud mental, potenciando la capacidad de acción de los ciudadanos, las familias y las asociaciones; organizando programas de lucha contra la estigmatización en todos los grupos de población e implicando a los medios de comunicación para difundir información objetiva sobre los problemas y las soluciones. Un objetivo muy importante consiste en promover un **cambio cultural** a favor de la inclusión de las personas con trastornos mentales en diversas formas de vida comunitaria.
- * Poner en marcha, con todos los medios a su alcance, programas mantenidos en el tiempo, orientados a educar y sensibilizar a la opinión pública sobre la salud mental. El objetivo principal es reducir las barreras que obstaculizan el tratamiento y la asistencia, a través de un mayor conocimiento de la frecuencia de los trastornos mentales, su tratabilidad, el proceso de recuperación y los derechos de los enfermos mentales. Las alternativas de asistencia viables y sus ventajas deben ser ampliamente divulgadas, para que las respuestas de la población en general, los profesionales, los medios de comunicación, las autoridades y los políticos, reflejen los mejores conocimientos disponibles. Todo ello, dirigido a incrementar el uso de los servicios de salud mental y acortar la distancia entre la atención de salud mental y la atención de salud física.

2. Los profesionales deberán:

- * Adoptar un método de proximidad y **rigor en la información** con un lenguaje asequible y lo menos tecnicado posible, basado en el conocimiento y la evidencia científica, aproximando las expectativas y las favorables potencialidades terapéuticas actualmente existentes, que permiten tratar y aliviar, de forma considerable, el sufrimiento inherente a la enfermedad mental.
- * Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores, haciéndoles partícipes en la formulación y adopción de decisiones sobre los servicios que se prestan, estableciendo alianzas que potencien la vinculación de los mismos con la población, para de esta manera alcanzar mayores niveles de eficiencia y racionalidad.

IV.2. Potenciación de la atención comunitaria y promoción de la SM orientada a la reducción de riesgo en la enfermedad mental.

El concepto de salud mental es más amplio que la ausencia de trastornos mentales, abarcando entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la autonomía, la competencia y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales.

La aparición y evolución de los trastornos mentales y del comportamiento están determinadas por factores biológicos, psicológicos y sociales, sobre los que se debe intervenir desde una perspectiva integradora. Facilitar la accesibilidad a los servicios, asegurar la protección de los derechos humanos, reducir los factores de riesgo y promover estilos de vida saludables son acciones determinantes de cualquier política de salud mental.

En un sentido general, se puede considerar que la “psiquiatría preventiva” es la parte de la psiquiatría comunitaria que tiene como meta la disminución de la aparición (incidencia), duración (prevalencia) de los trastornos mentales, así como la incapacitación que éstos provocan.

En salud mental se han de tener en cuenta dos hechos: por una parte la etiología multifactorial de un gran número de trastornos (factores biológicos, psicológicos y sociales) y, por otra, la población diana a la que van dirigidas las medidas preventivas.

Los factores de riesgo pueden variar a lo largo de la vida de un individuo, por lo que una variable puede ser considerada un factor de riesgo en un determinado momento del desarrollo pero puede dejar de serlo en un estadio posterior. Pueden ser de naturaleza biológica o psicosocial y pueden residir en el individuo, en la familia, en las instituciones o en la comunidad.

Algunos factores de riesgo juegan un papel causal, mientras que otros son meramente marcadores, es decir permiten o facilitan la identificación de un individuo en riesgo, por lo que no pueden ser modificados. Aunque algunos factores de riesgo son específicos para un trastorno concreto, otros son comunes a la mayoría de los trastornos mentales. Resulta útil clarificar el papel de los factores de riesgo comunes a la mayoría de los trastornos mentales, especialmente teniendo en cuenta la frecuencia de co-morbilidad de muchos de ellos.

Las intervenciones de prevención primaria, en la mayoría de los casos, se encuentran más en el dominio de la acción política que en el de los profesionales de salud. Este es el caso de la mejora de las condiciones de vida en grupos con altos niveles de exclusión social, en situación de desempleo, marginación, inmigrantes, etc.

Factores sociales, económicos y demográficos, el entorno familiar y ambiental, o la presencia de enfermedades físicas importantes; todos ellos son determinantes en la prevalencia, aparición y desarrollo de los trastornos mentales.

La **edad** es un importante factor. El amplio grupo de las dislexias o los trastornos hipercinéticos presentan cifras crecientes de prevalencia durante la infancia y la adolescencia. En conjunto, la prevalencia de algunos trastornos como la depresión tiende a aumentar con la edad.

El **género** puede explicar las diferencias, tanto de incidencia como de prevalencia, de determinados trastornos mentales. Durante el periodo prenatal y los diez primeros años de vida, los niños son más vulnerables a factores de estrés físicos y psicosociales que las niñas. A partir de la segunda

década, la asociación se invierte, siendo las niñas las que aparecen como más vulnerables a los factores estresantes psicosociales, para de nuevo, en etapas posteriores, aparecer los hombres como más vulnerables. La comorbilidad es más frecuente en la población femenina

Entre los **factores familiares** que incrementan de forma significativa de riesgo para desarrollar trastornos psicopatológicos en la infancia, destacan las desventajas sociales, las relaciones muy conflictivas entre los padres, madre con un trastorno mental, padre con importantes trastornos de conducta sobre todo si implican intervenciones de la justicia. Los acontecimientos vitales son uno de los diversos factores (como la predisposición genética, la personalidad y las aptitudes de afrontamiento) que intervienen en la génesis de los trastornos mentales.

Vivir en un área con una importante **desorganización comunitaria** incrementa asimismo el riesgo de trastorno mental, especialmente durante la infancia. Las instituciones comunitarias tales como las escuelas pueden incidir positiva o negativamente en el desarrollo intelectual y social del niño y del adolescente, por lo que pueden ser contemplados como factores de protección o de riesgo.

Existe evidencia científica de que las enfermedades mentales son un problema común en los países de la Unión Europea, que son causa de sufrimiento humano e incapacidad, incrementan la mortalidad, y tienen implicaciones negativas para las economías nacionales. Asimismo, se reconoce que los problemas de salud mental se relacionan a menudo, entre otros factores, con el desempleo, marginación y exclusión social, falta de techo y abuso de alcohol y drogas, violencia de género y violencia social. En síntesis, podemos decir que una buena salud mental contribuye significativamente a la calidad de vida, a la inclusión social y a la plena participación social y económica de las personas.

La Resolución 12543/99 de 18 de noviembre de 1999 sobre la promoción de la salud mental del Consejo de la Unión Europea, insta a los gobiernos de los países miembros a incrementar el valor e importancia de la salud mental y de promocionar una buena salud mental, particularmente entre niños, jóvenes, ancianos y en el ámbito laboral.

ENTORNO ESCOLAR

La infancia y la adolescencia son fases del desarrollo, por lo que es difícil trazar fronteras nítidas entre los fenómenos propios del desarrollo normal y los anormales. Aun así, es reconocible una frecuencia en la prevalencia de los trastornos mentales y del comportamiento de alrededor de un 10% de esta población.

Las intervenciones de carácter preventivo deberán tener en cuenta la pertinencia del tipo de educación ofrecido, la evitación de la discriminación en la escuela y las necesidades de los grupos especiales, como, por ejemplo, los niños con problemas de aprendizaje.

Todos, niños y adolescentes, enfrentan a lo largo de su vida problemas de malestar psico-emocional. Estas situaciones son lógicas y obedecen a los factores de personalidad, al entorno de aprendizaje y las transiciones vitales que nos acompañan a lo largo del curso de la vida. Sin embargo,

hay señales que pueden ser indicios de conductas disfuncionales o indicar problemas de salud mental en un niño o en un joven, y que debemos saber observar y detectar para poder intervenir con eficacia. Para ello las estrategias de prevención se han basado en **tres pilares**: la información, la educación sanitaria y la formación de padres y profesores.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2003-2007

- Desarrollar programas de educación en salud, haciendo especial énfasis en los riesgos asociados al abuso de alcohol y otras drogas, en el marco del II Plan de Atención a las drogodependencias y en colaboración con el Observatorio de Salud de la Infancia.
- Promover programas de educación en valores (promover la tolerancia, la comprensión y el aprecio de la diversidad dentro de la comunidad escolar).
- Desarrollar programas para hacer las escuelas más seguras y promover ambientes escolares más saludables y afectivos en coordinación con Educación (EOEs).
- Colaborar con los profesionales de educación y con las agentes de la comunidad para proveer de servicios de asesoramiento y consulta de jóvenes, en el marco del Programa Forma-Joven.
- Desarrollar acciones informativas y formativas con los padres y profesores en todos los niveles educativos.

ENTORNO FAMILIAR

Las enfermedades mentales de los padres representan un riesgo para los hijos que conviven con ellos. Este puede ser heredado y/o influido por el ambiente familiar. Los profesionales de salud que trabajan con adultos enfermos deben prestar atención al desarrollo emocional y educativo de los niños y adolescentes con los que conviven.

Algunos factores de riesgo en la familia que pueden ser prevenibles son:

- * Maltrato físico y psicológico.
- * Historial de violencia en la familia.
- * Abuso de alcohol o drogas por familiares.
- * Desestructuración/conflicto familiar.
- * Haber sido víctima de abuso.
- * Ausencia de expectativas claras.
- * Ausencia de normas claras de comportamiento.

Sobre estos aspectos es hacia donde deben enfocarse los programas de prevención de la enfermedad mental.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2003-2007

- Incrementar los programas de atención y apoyo a los hijos de padres con trastorno mental como medida de prevención.
- Facilitar formación y consejo para el reconocimiento de síntomas y manejo del comportamiento del enfermo mental en situaciones de crisis.
- Detectar y prevenir situaciones de abandono y violencia hacia el enfermo mental o de la persona enferma al entorno familiar.
- Proteger la salud del entorno familiar, en colaboración con Atención Primaria, con especial énfasis en las cuidadores (perfil de salud y morbilidad).
- Promover programas de descanso del cuidador, y de afrontamiento de la sobrecarga para los cuidadores habituales.

ENTORNO LABORAL

La promoción de salud en el lugar de trabajo consiste en aunar los esfuerzos de los empresarios, los trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas.

La mayor parte de la población adulta permanece en su puesto de trabajo alrededor de un tercio del día, cinco días a la semana, durante una vida laboral activa de unos 40 años. Éste es un ámbito de intervención en prevención y reducción de daños para la salud que consensuado con empresarios y trabajadores ha demostrado su factibilidad y eficacia. Además, el trabajo debe ser un medio para reintegrar en la comunidad a los enfermos mentales. Las personas con trastornos mentales tienen mayores tasas de desempleo que las personas con discapacidades físicas.

En Andalucía contamos con un programa de empresas saludables adscrito a la Consejería de Salud, en cuyo marco podemos adscribir las estrategias de prevención de la enfermedad mental y la promoción de ambientes de trabajo emocionalmente saludables, en todos los sectores productivos.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2003-2007

- Desarrollar estrategias de información sobre los factores de riesgo laborales determinantes de la enfermedad mental y sus consecuencias personales y sociales.
- Desarrollar en los centros de trabajo programas de intervención para la reducción del consumo de tóxicos.
- Desarrollar programas de sensibilización y prevención de la violencia de género y violencia social en el ámbito laboral.

IV.3. La gestión de la atención sanitaria en Salud Mental según los procesos asistenciales

Con el objetivo de mejorar los resultados en salud y calidad de vida de las personas con trastorno mental, se plantea un modelo de atención sanitaria basado en la gestión por procesos asistenciales integrados, desde la perspectiva de la continuidad asistencial como elemento que garantice la calidad. Para ello, se requiere una actuación multidisciplinar coordinada de los distintos ámbitos implicados y de todos los recursos existentes.

Las actividades a desarrollar tienen como destinatarios a las personas que presentan algún trastorno mental, pero incorporan también, las expectativas que manifiestan otros implicados en la atención: familiares y cuidadores, profesionales de otros niveles y sectores –educación, asistencia social–.

IV.3.1. La gestión de la atención sanitaria en Salud Mental según los procesos asistenciales. Implementación de los procesos asistenciales

La efectividad de las intervenciones en el abordaje de los trastornos mentales, requiere la participación de equipos multidisciplinarios que interactúan desde los diferentes niveles asistenciales. La falta de una adecuada comunicación y coordinación entre ellos, repercute en la aparición de efectos indeseables que afectan a pacientes, familiares y a los propios profesionales.

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 este tipo de patología. Es en este ámbito donde es incuestionable el papel estratégico de la Atención Primaria.

En relación con los trastornos mentales, y teniendo en cuenta los criterios epidemiológicos recogidos en los apartados correspondientes de este Plan Integral, la Consejería de Salud está desarrollando los siguientes Procesos Asistenciales Integrados: Ansiedad Depresión y Somatizaciones; Trastornos de la Conducta Alimentaria y Trastorno Mental Grave.

A. PROCESO ANSIEDAD-DEPRESIÓN: LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Las líneas de actuación se basarán en los principios de la Calidad Total, que pretende facilitar a los profesionales el conocimiento de aquellos aspectos a mejorar y las herramientas para la mejora. Se hará especial hincapié en los siguientes principios:

- * Se garantizará la continuidad de la asistencia mediante una visión continua y compartida de la prestación de servicios al paciente, adaptando la estructura funcional de los servicios a las necesidades y demandas de los ciudadanos.
- * Se vinculará el esfuerzo profesional al objetivo final, compartiendo riesgos y resultados.

- * Se ubicarán los recursos (coste) en los lugares idóneos (mayor beneficio).
- * Incorporará a la práctica clínica la evidencia científica disponible, disminuyendo la variabilidad no justificable de la misma.
- * Se proporcionará un sistema sensible de puntos de buena práctica (asistencial o administrativa) que permitan la monitorización de la calidad del sistema.

Características del modelo de servicios

Tanto los datos de prevalencia e incidencia en la población general, como la demanda de servicios sanitarios en este tipo de trastornos, implican que en la planificación de los servicios y en el diseño del proceso de atención se deberán tener en cuenta:

1. La explicitación de **límites**, reconvertir la demanda, romper la recurrencia y evitar la “cronificación” de los pacientes y su circulación perpetua en los servicios.
2. Elaboración y desarrollo de un **proceso de discriminación**, para establecer el tipo y la intensidad del tratamiento más adecuado.
3. Sólo en un **modelo de cooperación** están diferenciados los espacios de trabajo de cada nivel con criterios consensuados de transferencia de casos, además de existir un espacio de trabajo común.
4. Una **conducta proactiva** (vs reactiva) y **corresponsable** que facilite situaciones de cambio.
5. Los objetivos deben basarse en la mejora de la **calidad de los servicios** actuales en atención primaria y especializada (para lo cual es fundamental definir el proceso de atención y sus puntos de buena práctica) y en la **investigación**.

Servicios del proceso asistencial

La variabilidad de los productos en este proceso asistencial es extrema, porque no solo influye en ella la naturaleza del servicio sino el lugar en que se presta (centro de salud, domicilio, por teléfono), el profesional que lo hace y la modalidad (urgente, programado, a demanda) Fig. 1.

FIGURA 1. VARIABLES QUE MODIFICAN LA ENTREGA DE SERVICIOS.

- **LUGAR** (centro de Salud, ESMD, domicilio, teléfono)
- **PROFESIONAL PROVEEDOR**
- **CARÁCTER** (urgente, a demanda, programada)

Fuente: Elaboración propia

En una primera etapa se pondrá el énfasis en la calidad y en la definición precisa de la naturaleza del servicio, de forma que este sea evaluable (¿se hace? ¿se hace bien?), más que en los elementos que definen el coste (¿quién lo hace? ¿qué recursos usa? ¿dónde lo hace? ¿cuánto tiempo tarda?) que se desarrollarán cuando sea preciso en la arquitectura de los subprocesos.

Se clasifican los servicios en tres tipos: **valoración, intervención y comunicación y relaciones:**



ESPACIOS ASISTENCIALES Y DE COLABORACIÓN

Se delimitan tres espacios claramente diferenciados: Atención Primaria, Salud Mental y la inter-fase entre ellos que incluye, además de la comunicación, los espacios de cooperación.

1. En el espacio de **Atención Primaria:**

- * Se **incrementará el número de servicios ofertados** a los pacientes. Este incremento va dirigido a potenciar la capacidad de los profesionales para identificar y valorar los casos, pero también las posibilidades de intervención, formalizándose y planteando de forma general modalidades terapéuticas hasta ahora poco desarrolladas (ayuda psicológica no reglada, grupos psicoeducativos, potenciación de la red social).
- * Se abordará de forma clara el sistema de **transferencia de casos** a los servicios especializados, sus procedimientos de comunicación (informes reglados con posibilidades de solicitud de información adicional) y los sistemas de citación (acceso a la agenda de salud mental desde primaria), que suponen mayor comodidad para el paciente y facilita el trabajo a los profesionales.

2. En el espacio de **Salud Mental**:

- * Se aumentará la capacidad de los equipos para ordenar su trabajo aprovechando con eficiencia la totalidad de los recursos que poseen. Esta finalidad pivota en la reunión diaria de acogida y ordenación de la asistencia donde se valoran los informes de derivación (que respetando la libre elección no van dirigidos a profesionales concretos) y los resultados de las primeras entrevistas y donde se decide colectivamente el **profesional responsable del caso** y los recursos de equipo a utilizar en el mismo.
- * Se formulará para cada paciente un **plan cerrado de tratamiento**, con la inclusión de Atención Primaria en el proceso a través del informe de evaluación del caso (que también esta reglado y con posibilidades de solicitud de información adicional) y con la clarificación de qué es psicoterapia como modalidad de intervención en el sistema sanitario público.

3. En la **Interfase** se formalizarán los sistemas de transmisión de información ligada a los pacientes dentro del espacio de cooperación interniveles. Es en este espacio donde se constituyen los procedimientos de trabajo en común con los pacientes: la **supervisión**, la **coterapia** y la **interconsulta**.

CIRCULACIÓN DE PACIENTES

1. Recepción del paciente o familiar en el servicio de atención al usuario del Centro de Salud, con cita orientada al profesional más adecuado.
2. Evaluación profesional y orientación terapéutica, con las medidas pertinentes desarrolladas por cada profesional orientadas a la categorización del paciente y al establecimiento de un plan terapéutico.
3. Intervención, que incluye la medicación (según evidencia) y las intervenciones psicoterápicas individuales, familiares o grupales que se deban desarrollar en AP.
4. Resolución o cambio de orientación, que en algunos casos requerirá la colaboración del Equipo de salud mental.
5. Actividades de colaboración que describen fundamentalmente la coterapia, la interconsulta y la derivación. La comunicación por cualquier vía, y en especial a través de informes, desarrollará un espacio virtual de necesaria colaboración.
6. Asistencia en el ESMD, previa cita "on line" en las agendas de primeras consultas ofertadas por el ESMD, y con el correspondiente informe escrito de derivación pactado por los dos niveles. La cita no se demorará más de 15 días.
7. Recepción en salud mental de los informes emitidos desde AP.
8. Reunión de acogida y ordenamiento de la demanda (1ª parte), donde se discuten y orientan los informes recibidos desde AP, asignándose un profesional para la primera consulta con el paciente.

9. Primeras consultas con profesional de salud mental, con una primera valoración y orientación de la demanda.
10. Reunión de acogida y ordenamiento de la demanda (2ª parte), donde se discute la asignación de un profesional referente, se reorienta el caso y se perfila el plan cerrado de tratamiento.
11. Informe al EBAP dirigido al profesional que realiza la demanda, con los contenidos pactados entre los dos niveles asistenciales.

B. PROCESO TRASTORNO MENTAL GRAVE

El Trastorno Mental Grave (TMG) posee unas características que le convierten en un problema de salud de primer orden. Las cifras de prevalencia, la tendencia a la cronicidad con la aparición de discapacidades importantes, el impacto familiar y social que produce, así como los distintos niveles y profesionales que intervienen hacen imprescindible una atención integral que garantice la continuidad asistencial y convierta al paciente y su entorno próximo en el centro de todas las actuaciones.

La metodología de Procesos Asistenciales del SSPA supone una herramienta útil para el abordaje de problemas complejos, como es el caso. La organización de todas las actividades de forma estructurada y sistematizada, basadas en la evidencia científica, implicando en la gestión a los profesionales que intervienen, hace posible la actuación coordinada de las múltiples acciones que se practican en los diferentes ámbitos donde requiere ser atendido el TMG.

El proceso debe incorporar además las expectativas expresadas por los diferentes destinatarios: pacientes y familiares, profesionales de distintos niveles y cualificación, tanto sanitarios como no sanitarios.

Con este encuadre se definen una serie de líneas de acción para la gestión del proceso TMG encaminadas a conseguir objetivos de calidad asistencial. Las líneas son las siguientes:

Delimitación precisa de la población objeto de atención. El concepto de Trastorno Mental Grave surge, en la atención comunitaria en salud mental, para intentar trascender la limitada perspectiva del diagnóstico clínico, como base para organizar la atención. Lo que se busca es, por el contrario, identificar un bloque de problemas que incluye a personas con diferentes entidades clínicas, pero que comparten determinadas características que las unifican, en términos de los procedimientos e intervenciones aplicables dentro del proceso. Se incluirían así a personas que:

- * Presentan una sintomatología de tipo psicótico que, sin responder a causa orgánica conocida, y en modo grave:
 - Genera problemas de captación y comprensión de la realidad.
 - Distorsiona la relación con los otros, tanto en la familia como en el entorno social próximo.
 - Supone o puede suponer riesgo para su vida.

- Tiene repercusiones negativas en distintas áreas del funcionamiento personal (vida cotidiana, educación, empleo, relaciones sociales, etc.).
- * Necesitan un abordaje complejo incluyendo:
 - Atención sanitaria, con intervenciones biológicas, psicosociales y técnicas de rehabilitación; así como apoyo a la familia e intervenciones sobre el medio social.
 - Atención intersectorial, tanto sociosanitaria específica, como social, educativa, judicial, etc.
- * Tienen tendencia a evolucionar de modo prolongado, lo que implica importantes necesidades de continuidad de atención y coordinación interna y externa.

Detección e identificación precoz: En los servicios de Atención Primaria se tendrá que realizar según los criterios de la "CIE-10 para Atención Primaria", utilizando cuestionarios de exploración individual, familiar y social, descartando trastorno orgánico y derivando sin demora a los servicios especializados según protocolo del proceso.

La información al paciente y familiares se llevará a cabo desde el primer momento con los contenidos mínimos que contempla el proceso y en un entorno adecuado que favorezca la privacidad y un clima terapéutico contenedor. Cuando exista riesgo para la seguridad o la vida del paciente y de las personas de su entorno, se procederá al ingreso hospitalario según la normativa existente.

Evaluación clínica, funcional, familiar y social. La evaluación consiste en una serie de técnicas de valoración específica para:

- * Confirmar si la persona detectada cumple los criterios definidos más arriba para el TMG.
- * Obtener información para realizar el Plan Individual de Tratamiento (PIT).

La evaluación especializada contemplará las siguientes áreas con los respectivos criterios de calidad:

- * Exploración clínica y psicopatológica reglada de todas las áreas al objeto de establecer un diagnóstico con criterios CIE-10.
- * Evaluación funcional de las capacidades presentes y el deterioro ocasionado por la enfermedad, utilizando instrumentos validados, como el eje de discapacidad de CIE-10 y otros.
- * Evaluación familiar, que contemple genograma, eventos familiares significativos, pautas de relación entre sí y específicamente con el paciente, impacto de la enfermedad en la vida familiar, cuidador principal y grado de estrés, conocimiento de la familia sobre la enfermedad y estrategias que ha puesto en marcha para solucionar los problemas
- * Evaluación de Cuidados, que se realizará con la siguiente estructura: valoración integral estandarizada (V. Henderson o M. Gordon) y utilización de Cuestionarios/Tests/Índices

focalizados. Taxonomías estandarizadas de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), Objetivos (NOC) e Intervenciones (NIC).

- * Evaluación social reglada según formularios del proceso (capacidad jurídica, grado de minusvalía, nivel económico, situación residencial, ocupación del tiempo libre, autonomía social etc. En caso de ser inmigrantes, características de la etnia y religión).

Elaboración de un Plan Individualizado de Tratamiento (PIT). Debe ser sancionado por una comisión de TMG y contemplar intervenciones en todas y cada una de las áreas evaluadas.

- * Todos los sectores y dispositivos con los recursos específicos para la intervención (AP; SM; FAISEM; SS; etc.) debidamente coordinados.
- * Un **responsable del plan**: facultativo que coordine las diferentes áreas y actividades en los diversos niveles de atención.
- * Un **referente personal del paciente**, a modo de gestor de casos, que garantice la ejecución de las actividades.
- * Revisión con plazo fijado en cada caso.

Aplicación de intervenciones sanitarias y seguimiento y apoyo de las intersectoriales, garantizando la continuidad de la atención. Se exponen a continuación las diferentes intervenciones con los criterios de calidad establecidos en el proceso.

- * Atención urgente. Se aplicará la normativa vigente (Resolución 261/2002 de 26 de diciembre) para la gestión y manejo de cada situación de emergencia concreta.
- * Intervención en crisis, cuando aparezca un factor desestabilizador de la situación del paciente –bien circunstancial, bien madurativo– se pondrá en marcha el protocolo contemplado en el proceso (detección, identificación de la causa, nivel de afectación, prevención de las complicaciones y revisión del PIT).
- * Intervención farmacológica, específica para cada trastorno, diferenciando fase aguda, de estabilización y de mantenimiento y basados en las guías clínicas contempladas en el proceso.
- * TEC, de aplicación en aquellas indicaciones específicas donde ha demostrado su eficacia o en aquellas otras donde el tratamiento farmacológico esté contraindicado. Se exigirá consentimiento informado y se aplicará guía clínica de referencia.
- * Psicoeducación a pacientes, con el objetivo de mejora de la calidad de vida mediante la información actualizada para la adherencia al tratamiento, prevención de recaídas, aumento de insight, promoción de autonomía y mejora de la relación terapéutica del paciente y el equipo.
- * Psicoterapia dirigida a pacientes, basada en la evidencia y contempladas en guías clínicas (de apoyo, cognitiva y manejo del estrés).

- * Entrenamiento en habilidades sociales; estrategia dirigida a reforzar el desempeño y competencia social, la reducción del estrés y la adecuación a las diferentes patologías.
- * Estrategias de afrontamiento, tanto de los síntomas positivos como de la competencia social (coping).
- * Técnicas de rehabilitación cognitiva para el entrenamiento de procesos cognitivos básicos, con el objetivo de mejorar el funcionamiento global.
- * Plan de Atención de Enfermería, que sistematice los autocuidados y actividades de la vida cotidiana.
- * Intervenciones familiares regladas.
- * Programas de inserción social en las líneas residencial, ocupacional, formativo-laboral y recreativa, aplicando los protocolos de derivación, coordinación y evaluación existentes.

Revisión de la salud física siempre que sea preciso o de forma reglada según protocolos recogidos en el proceso (monitorización de presión arterial; screening para diabetes; lípidos plasmáticos; screening para tabaquismo u otros tóxicos; screening para efectos secundarios de tratamientos (disfunción sexual, ganancia de peso, letargia, EPS).

C. TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

Estructurar la atención sanitaria del paciente con TCA a través de procesos asistenciales integrados. Definidos funcionalmente como el *“Conjunto de actividades de detección, atención y tratamiento de los problemas **emocionales, relacionales, psicológicos y físicos** que puedan aparecer en torno a la alimentación y a la imagen corporal, que cumplan los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN), según CIE-10, sin límites de edad”*.

Las actividades definidas tienen como destinatario principal al paciente, pero deben incorporar de manera explícita las expectativas que expresan otros destinatarios, familiares, profesionales de distintos niveles sanitarios y de servicios educativos.

Diagnóstico precoz

- * Acciones de información y coordinación intersectorial: Atención Primaria, educación, servicios sociales e instituciones de jóvenes y familia, orientadas a los problemas de salud de los adolescentes.
- * Formación específica en los profesionales implicados en la atención de TCA que les permitan detectar éstos en sus fases iniciales y diferenciarlos de otros comportamientos “normales en la adolescencia”, ya que su confusión causa alarma social.

Atención sanitaria

- * Establecer un modelo de atención centrado en la continuidad asistencial (AP-Salud Mental y Endocrinología/Medicina Interna), con tratamiento a nivel **somático y psíquico**; criterios

de ingreso y derivación consensuados mediante un **equipo multidisciplinar que favorezca el trabajo en áreas comunes** tanto en los aspectos clínicos como funcionales, con los siguientes objetivos:

- Establecer un circuito claro para los pacientes.
- Aplicar protocolos clínicos de actuación basados en las normas del proceso de TCA.
- Revisión periódica y evaluación terapéutica de casos con toma de decisiones conjunta.
- Asesoramiento a profesionales de especialidades consideradas de apoyo para el tratamiento integral y aquellas otras con las que sea imprescindible establecer líneas de cooperación.

* Garantizar unos plazos adecuados de atención al paciente:

- Cita sin demora en Atención Primaria.
- Acceso a tratamiento integral (psíquico y orgánico nutricional) en un periodo inferior a los 15 días, desde la confirmación diagnóstica. Realización de Plan individualizado de tratamiento (PIT) en un plazo inferior a 15 días desde la primera consulta.
- En caso de necesidad de derivación a HD demora máxima de 15 días. Y realización de PIT en la primera semana de ingreso.
- En caso de que el paciente precise ingreso, el plan de tratamiento será realizado antes de la primera semana de ingreso.

* Designación de un “**Responsable Clínico del caso**” que dé continuidad a las diversas actuaciones terapéuticas y realización de un Plan Individualizado de Tratamiento (PIT), en el que constará:

- Definición del problema según el diagnóstico y las áreas perturbadas.
- Formulación de los objetivos psicoterapéuticos y nutricionales.
- Elección de técnicas terapéuticas y actividades específicas.
- Plazos para la evaluación terapéutica.

* Desarrollar una atención sanitaria basada en guías de práctica clínica y protocolos de actuación basados en las normas de calidad del proceso asistencial de TCA, que permitan una menor variabilidad de las intervenciones.

* El tratamiento tendrá como base la Intervención **psicoterapéutica**, fundamentada en el establecimiento y mantenimiento de una relación psicoterapéutica informada consignada en el **contrato terapéutico**. Teniendo en cuenta las siguientes indicaciones basadas en la evidencia científica disponible:

- Realizar grupos psicoeducativos para pacientes de primer contacto con el dispositivo, orientados a promover cambios conductuales para normalizar las pautas alimentarias.
 - Realización de grupos psicoeducativos de padres, con el objetivo de intercambiar experiencias, reducir los sentimientos de aislamiento y culpa, permitir un mayor conocimiento de la enfermedad y normalizar pautas alimentarias familiares.
 - Realizar psicoterapia familiar centrada en la situación de crisis; con niños, adolescentes y adultos, que tengan relaciones conflictivas con sus padres o con otros miembros de la familia, con el objetivo de reestructurar el funcionamiento familiar y favorecer cambios internos.
- * Potenciar la puesta en marcha de programas de tratamiento en régimen de Día para aquellos pacientes que así lo necesiten y cumplan los requisitos especificados en el proceso TCA.
- * Realización de un plan de terapia ocupacional del Hospital de Día, con actividades grupales en el que conste de:
- Talleres de trabajo individual y grupal, incluyendo técnica de resocialización, grupos de discusión, lectura de prensa, artes plásticas, etc., acordes con las necesidades ocupacionales y de relación del/la paciente.
 - Entrenamiento del ocio y tiempo libre, con actividades físico-deportivas; habilidades laborales y comunitarias; orientación laboral y formativa.
- * En general, la psicoterapia en hospitalización completa deberá utilizar técnicas de contención emocional y centrada en:
- Disminuir la ansiedad ante la hospitalización.
 - Normalizar los hábitos alimentarios.
 - Detectar las distorsiones cognitivas mantenedoras.
 - Aumentar la autoestima del/de la paciente.
 - Disminuir la distorsión de la imagen corporal.
 - Romper con el medio estresante.
 - Preparar para el alta.
- * La Hospitalización completa deberá ser realizada en una zona especialmente acondicionada para la atención a este tipo de pacientes.
- * El tratamiento lo realizarán profesionales con las competencias profesionales definidas en el proceso TCA.

IV.3.2. Respuestas a algunas patologías emergentes

IV.3.2.1 Duelo patológico

Es frecuente que una pérdida no elaborada de forma adecuada, dé paso a un trastorno psicopatológico diagnosticable al cabo de meses o años; sin embargo, un duelo adecuadamente elaborado mejora las capacidades futuras para enfrentarse a las situaciones de pérdida, frustración o sufrimiento. Es igualmente relevante señalar, las complicaciones potenciales que una reacción de duelo anormal puede provocar, destacando entre ellas el abuso de fármacos, alcohol y drogas, el aislamiento social, la aparición de patologías ansioso-depresivas e incluso el incremento de la mortalidad y suicidio, más común entre viudos y ancianos afligidos.

La tristeza después de la muerte de un ser querido, es difícil de distinguir de la aflicción anormal. Desgraciadamente esta inespecificidad, dificulta la detección y por consiguiente el tratamiento eficaz de las situaciones de duelo complicado, que según los casos precisarán de una psicoterapia individual, la integración en grupos de autoayuda o medicación farmacológica.

Aunque las formas de respuesta emocional a la muerte, son diferentes según el marco cultural, en los países desarrollados, han surgido nuevas situaciones relevantes como son, las reacciones de aflicción por la muerte de un neonato, las reacciones por el fallecimiento de jóvenes por accidentes de tráfico, los enfermos de SIDA, o patologías como la enfermedad de Alzheimer, que han requerido cuidados prolongados, etc., provocando una progresiva “medicalización” como soporte de la respuesta de adaptación a la pérdida sufrida.

La prevención primaria pasa por conocer sus factores de riesgo entre los que se pueden incluir: una pérdida inesperada, presenciar situaciones terribles alrededor de la pérdida, aislamiento social, sentimientos de responsabilidad por la muerte, historias de muertes traumáticas, intensa dependencia del individuo que falleció, antecedentes de trastornos depresivos, etc.

Tanto si la reacción de duelo es normal, como si es patológica, la actuación terapéutica deberá buscar dos objetivos: la facilitación normal del proceso del duelo y el tratamiento de los trastornos asociados.

Aunque duelo y depresión no son sinónimos, ambos sentimientos tienen en común su expresión a través de tristeza, llanto, tensión, pérdida del apetito y/o de peso, insomnio, pérdida del interés sexual, abandono de actividades externas. Desde el punto de vista terapéutico su abordaje es similar al de un trastorno depresivo.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2003-2007

Se elaborarán junto con profesionales de Atención Primaria, y otros servicios hospitalarios (oncología, medicina interna,...) protocolos de intervención que incidan en un mejor abordaje de este

trastorno, definiendo las competencias necesarias que deberán tener los profesionales sanitarios en los distintos ámbitos.

Se potenciarán las actividades de formación continuada, tendentes a la capacitación de los diferentes profesionales sanitarios en el abordaje de los aspectos esenciales del duelo patológico.

IV.3.2.2. Patología Dual

La comorbilidad de los trastornos por uso de sustancias y otras patologías mentales se ha denominado con diversos nombres y acrónimos, entre otros, "patología dual o trastornos duales". Aunque probablemente ha existido desde siempre, diferentes estudios en población general, han puesto de manifiesto la elevada comorbilidad de los trastornos depresivos, de ansiedad y de personalidad, entre los consumidores de drogas. Además, se ha demostrado que los adolescentes con un uso problemático de sustancias incrementan el riesgo de padecer un mayor número de síntomas psiquiátricos que los adolescentes con un uso no problemático.

La colaboración entre los recursos asistenciales específicos dependientes del Comisionado para la droga de Andalucía, la Atención Primaria y los dispositivos de Salud Mental, es el marco idóneo para el manejo de este tipo de trastornos, donde el abordaje terapéutico del trastorno mental y del abuso/dependencia de sustancias se realice integralmente. La implementación y desarrollo del protocolo de actuación conjunta entre los dispositivos antes mencionados, ya elaborado, debe ser el camino a seguir en el abordaje de este trastorno.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2003-2007

- Desarrollar en su totalidad el protocolo de actuación conjunta.
- Se potenciarán las acciones de formación en los tres ámbitos asistenciales implicados (atención primaria, centros de tratamiento a drogodependientes y dispositivos de salud mental) que desarrollen las líneas trazadas en dicho protocolo.
- * Se deberá de comenzar con los procesos de evaluación contemplados, que nos aportarán la información necesaria para ir introduciendo medidas correctoras, si fueran necesarias.

IV.3.2.3. Trastornos de personalidad

Los trastornos de la personalidad se caracterizan por patrones de percepción, reacción y relación que son relativamente fijos, inflexibles y socialmente desadaptados, incluyendo gran variedad de situaciones. Las personas con trastornos de personalidad por lo general no se responsabilizan de sus propias vidas y sentimientos; por el contrario, tienden a culpar a otros y carecen de estrategias para adaptarse, encargarse de sus problemas y manejar el estrés de la vida diaria.

Dentro de las causas que generan los trastornos de la personalidad se imbrican una serie de factores y variables biopsicosociales que se pueden agrupar en distintos apartados según las

diferentes teorías y estudios realizados, si bien es evidente que no hay una única interpretación para justificar o explicar el origen o la causa de un determinado trastorno de personalidad en un paciente concreto y que es la suma de las múltiples variables la que determina la patoplastia concreta de ese cuadro en esa persona.

Hoy en día se están recuperando las teorías ambientalistas y la influencia de factores como la educación, los modelos parentales, el ambiente familiar y las pequeñas y/o grandes influencias que tiene el entorno que nos rodea. Habría que vigilar especialmente los casos de niños pequeños en los que se manifiestan comportamientos problemáticos como excesiva agresividad verbal, física, hiperactividad constante, rechazo generalizado en todos los ambientes donde vive el pequeño, problemas educativos con sus padres, colegios, etc. La prevención a tiempo puede llegar a evitar males mayores.

Aunque los tratamientos difieren de acuerdo con el tipo de trastorno de la personalidad, algunos principios generales se pueden aplicar a todos. La mayor parte de las personas con un trastorno de la personalidad no sienten la necesidad de tratamiento y pueden responder al apoyo que se les presta, pero suelen mantenerse firmes en cuanto a los patrones de pensamiento y de comportamiento propios de su desadaptación. Generalmente, el apoyo es más eficaz cuando intervienen en él otros pacientes o un psicoterapeuta.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2004-2007

- Desarrollar programas y protocolos específicos para el abordaje y tratamiento de pacientes con trastornos de personalidad, con especial incidencia en los casos de mayor gravedad, ya que esta demanda genera problemas de abordaje en distintas unidades asistenciales y un importante consumo de recursos con dudosa efectividad.
- Profundizar en la cooperación tanto con los profesionales de pediatría de atención primaria como con los profesionales de educación, que nos permita la detección precoz y la identificación de niños y adolescentes en riesgo, para iniciar precozmente las intervenciones.
- * Diseñar un programa de atención para aquellos pacientes “fronterizos” entre el sistema sanitario y la administración de justicia. Se trataría de aquel grupo de pacientes con graves trastornos de personalidad, e inmersos en causas judiciales que provocan una situación jurídica de prevención, pena o exención (con o sin medidas de seguridad) y necesitados de un abordaje intersectorial que garantice una atención sanitaria más adecuada que la que se dispensa desde los dispositivos asistenciales actuales.

IV.3.3. Gestión de la actividad asistencial

La actividad asistencial en el ámbito de la salud mental tendrá en cuenta el tamaño y características demográficas de la población, su dispersión geográfica y su morbilidad conocida de manera que se de respuesta a las necesidades de la población, tanto en la cantidad de servicios prestados (actividad necesaria para evitar demoras que dificultan la accesibilidad) como en la forma de prestarlos.

Unidades clínicas de gestión

La participación de los profesionales se configura como uno de los principales objetivos del Sistema Sanitario Público Andaluz. Se desarrollarán mecanismos que posibiliten la transferencia de niveles de decisión y de responsabilidad en la gestión a las diferentes unidades, siguiendo las directrices enmarcadas en el Documento de “Estrategias para el Desarrollo de la Gestión Clínica en el SSPA”.

En los próximos años se impulsará la puesta en marcha y el desarrollo de Unidades Clínicas de Gestión, enfocadas a la gestión integral de los procesos y que añadan valor al proceso asistencial, tendiendo a que finalmente los Servicios de salud mental queden configurados como unidades de gestión, integrando la atención a las diversas patologías, con independencia de los dispositivos implicados.

Es ésta una línea estratégica cuyas principales herramientas se basan en las guías de práctica clínica, la mejora continua de la calidad, los presupuestos clínicos, la gestión por línea de producto y los sistemas de información. Se pretende, así, mejorar la eficacia y efectividad de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento del paciente, analizar y optimizar los procesos de atención a los usuarios, y dotarse de una estructura organizativa y de control de gestión adecuada. Serán prioritarios los siguientes apartados:

* *Satisfacción y expectativas de los usuarios*

El SSPA, en desarrollo del reconocimiento del ciudadano como motor y centro del sistema, considera esencial el enfoque dinamizador y de modernización que representa adecuar la organización para la consecución de un entorno de mayor satisfacción percibida por los usuarios, para lo cual se hace indispensable el desarrollo de las siguientes líneas:

- + Seguimiento de las reclamaciones formuladas por los usuarios, haciendo especial énfasis en aquellas que impliquen: mal trato, falta de información o vulneración de la intimidad.
- + Encuestas de satisfacción.

* *Eficacia/Efectividad*

Elaboración, puesta en marcha y evaluación de guiones, protocolos y planes de cuidados:

- + Se prestará especial atención a:
 - Protocolo unificado de inmovilización mecánica.
 - Protocolo unificado de Terapia Electro-convulsiva.
 - Planes específicos de cuidados en enfermería.
 - Acciones/actividades específicas que garanticen el uso racional del medicamento.

* *Eficiencia*

+ **Ámbito comunitario:**

- Demoras: adecuándolas a la normativa
- Relación con Atención Primaria.
- Apoyo a los profesionales de los centros de salud.
- Actividad: Optimización de los recursos que permitan el incremento del rendimiento.
- Incremento del seguimiento domiciliario de pacientes.
- Incremento de los procesos de rehabilitación de pacientes con trastorno mental grave mediante programas psicosociales.
- Incremento del seguimiento de pacientes incluidos en programas residenciales.
- Continuar profundizando en la cooperación con otros sectores: Justicia, Educación, ...

+ **Ámbito Hospitalario**

Normalización de las unidades de hospitalización.

Inciendo en las siguientes líneas:

- + Facilitando el acompañamiento de los familiares en el ingreso.
- + Incrementando de la actividades grupales.
- + Adecuando la utilización de la contención mecánica al protocolo autonómico.
- + Garantizando el respeto a los derechos de los pacientes, mediante la aplicación de la normativa vigente en relación a los diferentes tipos de ingreso.
- + Analizando los ingresos y estancias innecesarias.
- + Incrementando el número de pacientes en programas de día.
- + Garantizando que la hospitalización de niños y adolescentes sea lo más normalizada posible dentro de las áreas de atención a la infancia.
- + Adecuando las actuaciones a las definidas en los protocolos de atención a la infancia y la adolescencia.

IV.4. La atención sociosanitaria a las personas con trastorno mental

Las necesidades asistenciales de los enfermos con patología mental (sobre todo los que presentan trastornos graves), requieren, tal vez como ningún otro paciente, la intervención de una serie de instituciones, no solo sanitarias –asociaciones de familiares, grupos de autoayuda,...– que las hagan “visibles” y les den la relevancia precisa, con el fin de que los sistemas de atención social y sanitaria respondan adecuadamente.

El apoyo sociosanitario es la ayuda real y concreta que recibe el paciente mental o su familia de la comunidad en la que vive, tanto en el plano emocional como en el instrumental. Hoy sabemos, que un apoyo sociosanitario eficiente, desempeña un papel fundamental como amortiguador de los efectos que las situaciones estresantes provocan en personas vulnerables (previniendo descompensaciones) y actúan positivamente en la evolución y en la calidad de vida de los pacientes y sus entornos más cercanos.

IV.4.1. Atención a las familias de personas con trastorno mental

El enfoque comunitario de los dispositivos de salud mental implica la participación activa de la familia en el proceso terapéutico. Esta carga familiar puede reflejarse desde un simple aumento de las tareas que asume la persona sana, hasta restringir sus actividades fuera de la relación, de manera que le produzca cambios vitales objetivos y subjetivos (abandono de proyectos personales, descuido de la propia salud, y en situaciones extremas, la desestructuración del grupo familiar).

Con el objetivo de garantizar la protección de la salud mental de las familias de enfermos mentales, se deberán poner en marcha programas de alojamientos temporales de los pacientes fuera del entorno familiar.

Se trataría de garantizar el alojamiento alternativo temporal de los pacientes en las siguientes situaciones:

1. Enfermedad, accidente o sobrecarga temporal del familiar que cumple funciones de cuidador informal.
2. Dificultad temporal de convivencia en una reagudización que no justifica la hospitalización pero requiere durante un tiempo, un entorno más profesional, no necesariamente sanitario.
3. Intervenciones “preventivas” que eviten las situaciones de desestructuración familiar grave.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2003-2005

- Aunque la estimación de las plazas necesarias, plantea bastantes dificultades, en función de los datos epidemiológicos, se considera la cifra de **100 plazas** para la Comunidad autónoma como la más realista para poder realizar en estos dos años. Con unas estancias medias cercanas al mes por paciente, a lo largo del año se estaría dando respuesta, como mínimo, a 1500 familias en Andalucía.

Este tipo de plazas se situarían en dispositivos asistidos dependientes de FAISEM, –casas–hogar– dada la previsible necesidad de una supervisión cercana.

IV.4.2. Coordinación intersectorial, convergencia con otros programas y planes de la Junta de Andalucía

Si en toda atención sanitaria, la intervención de otros sectores tiene una gran importancia, en salud mental, esta coordinación adquiere el rango de imprescindible.

Las especiales características de los pacientes mentales, obligan a que los circuitos de colaboración con Servicios Sociales –generales y específicos, FAISEM– ; Educación –en el caso de niños y adolescentes–; Sistema Judicial –fiscales, jueces, forenses– Ayuntamientos, Asociaciones de enfermos y familiares, sean lo más fluidas y ágiles posibles.

Si todas las relaciones son importantes para intentar mejorar las condiciones de vida de los pacientes, las que se desarrollan con FAISEM y con las asociaciones de familiares, son vitales para el sistema sanitario.

Uno de los principios fundamentales de la salud mental comunitaria, es tratar que los pacientes sufran el menor desarraigo posible de su entorno familiar y social. Para poder llevarlo a cabo, es imprescindible la colaboración de los familiares y de las redes informales de apoyo. Cuando esto no se puede lograr, por múltiples razones, recae en FAISEM el desarrollo y puesta a disposición de los servicios sanitarios, de recursos que traten de mantener a los pacientes en el entorno social (evitando la institucionalización de los pacientes, más propia de otros modelos asistenciales ya pasados).

Con el desarrollo que ha tenido en estos últimos años la red sanitaria de atención a la salud mental, junto a las medidas que se han planteado en este PISMA, que entendemos dan un impulso definitivo para completar los recursos asistenciales; la evolución que han sufrido las medidas terapéuticas –nuevos fármacos mucho más efectivos con menos efectos secundarios, utilización de terapias basadas en evidencia clínica más eficientes, etc.–, han mejorado el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, los cambios en los patrones demográficos –envejecimiento– y en la escala de valores de la sociedad –más hedonista y menos dispuesta a asumir “complicaciones” en su vida diaria–, está provocando que cada vez haya más pacientes, que siendo susceptibles de seguir viviendo en su entorno habitual, necesiten de estructuras residenciales no sanitarias. Como el número de plazas de este tipo está bastante limitado, obliga a que desde dispositivos sanitarios se esté tratando de dar una respuesta que no es la ideal –pacientes acantonados en las unidades de agudos con estancias no justificadas, CT colapsadas por no disponer de alternativas residenciales, etc.–.

En esta línea, sería aconsejable aumentar desde FAISEM la oferta de plazas residenciales que descongestionaran determinados dispositivos. Podrían utilizarse también, para normalizar una línea de apoyo y descongestión de las familias que sí conviven con su familiar enfermo en casa –cuidar al cuidador–.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2003-2007

Programa residencial.

- A lo largo del periodo de vigencia del presente Plan Integral, FAISEM pondrá en funcionamiento **300 nuevas plazas residenciales**, ubicadas en **casas-hogar**, dirigidas fundamentalmente a pacientes con trastorno mental grave. Se garantizará su distribución homogénea por el territorio de la comunidad, de tal forma que las ratios por áreas de salud sean similares en función de la población.
- Se crearán **381** nuevas plazas en **Viviendas Supervisadas**.
- Se potenciará el programa de **apoyo domiciliario**, desarrollado por FAISEM, con la creación de **423** nuevas plazas, preferentemente en el ámbito urbano y dirigido a personas con trastorno mental grave.

Programa ocupacional

- Se incrementarán en **800** plazas las actualmente disponibles en los **Talleres Ocupacionales**.

Programa de fomento de las relaciones sociales.

- Se crearán **1.190** nuevas plazas en **Clubes Sociales**.

Tutelas.

- Se apoyará el desarrollo y consolidación de las **Fundaciones de Tutela** de carácter público en cada una de las provincias andaluzas.

IV.5. Estructura organizativa: potenciación de la red de atención a la SM

En general, los sistemas sanitarios actuales están enfocados para dar respuesta a problemas agudos o episódicos, más que para el seguimiento a largo plazo de procesos crónicos.

La efectividad de las intervenciones en los problemas crónicos, requieren de la implicación de equipos multidisciplinares y de la necesaria continuidad asistencial.

Por otro lado, existen diferencias en la percepción del problema y en las expectativas por parte de los profesionales, pacientes y familiares. Los primeros están más identificados con la efectividad y la eficiencia, mientras que el paciente expresa mayor interés por la accesibilidad, la continuidad de cuidados y una buena comunicación.

Por todo ello es preciso adecuar la oferta de servicios a las necesidades de los pacientes con trastorno mental a través de una reordenación e incremento de recursos humanos y de dispositivos, tendiendo a lograr un mejor equilibrio organizativo.

IV.5.1. Promulgar una nueva ordenación de los servicios de Salud Mental en el SSPA

El nuevo elemento normativo debe ser el que integre de una forma definitiva, los dispositivos asistenciales de salud mental en el ámbito de la asistencia especializada del SSPA, aportando elementos de gestión que terminen con el status “especial” y disfuncional con que la salud mental cuenta en la actualidad.

Deberá abordar los siguientes aspectos:

- * Continuar desarrollando instrumentos que garanticen la orientación comunitaria de todos los dispositivos asistenciales –población definida, tratamiento próximo al paciente, continuidad de cuidados, red integrada de dispositivos,...–.
- * Establecer la dependencia orgánica de los dispositivos y los profesionales, adscribiendo cada servicio de salud mental a su hospital correspondiente.
- * Dimensionar de una forma más racional, el tamaño y la distribución geográfica de las actuales Áreas de salud mental, equiparándolas orgánica y funcionalmente a los demás servicios especializados, creando las correspondientes jefaturas de servicio y sección que homologueen las estructuras de gestión clínica.
- * Consolidar la CT y el HD como dispositivos específicos de la salud mental, eliminando el actual término de experimentales.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2004-2005

- A lo largo del último trimestre del 2004 o primero del 2005, se promulgará un nuevo decreto de ordenación de los servicios de atención a la salud mental, que sustituya al actualmente vigente (338/88).
- A lo largo del año 2004, se abrirán los procesos de negociación pertinentes para dar respuesta a determinados aspectos que se deberán contemplar en la nueva ordenación de la asistencia en salud mental y que modifican de manera sustancial la situación actual (adscripción a los hospitales, estructuración en servicios, atención domiciliaria).

IV.5.2. Mejorar las dotaciones con nuevos dispositivos y recursos

Con el objetivo de poder desarrollar con garantías suficientes las acciones contempladas en el Plan Integral, es necesario que a lo largo de la vigencia del mismo, se afronte de forma decidida, el incremento de determinados recursos asistenciales.

La mejora sustancial en la atención a los trastornos mentales graves, el incremento progresivo de la incidencia de los relacionados con ansiedad y depresión, así como el abordaje de las patologías emergentes, requiere una redefinición de los dispositivos actuales que integren estos factores junto al desarrollo de los procesos asistenciales, y el impulso de unidades clínicas de gestión en un entorno de eficiencia y calidad. Para ello es necesaria la implementación de las siguientes líneas de acción.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2003-2007

- Se dotará de **nuevos facultativos** a los equipos de salud mental de distrito (ESMD) hasta conseguir que la ratio por 100.000 habitantes sea de 6. Esta ratio será homogénea en las diferentes áreas y servicios de la comunidad.
- Se incrementarán las actuales **unidades de hospitalización** en hospitales generales con dos nuevos dispositivos, ubicados en las provincias de Málaga y Córdoba.
- Se pondrán en marcha cinco **nuevos hospitales de día** con actividades de rehabilitación, ubicados en hospitales situados en áreas rurales, lo que generará un significativo aumento en la accesibilidad de la población a este recurso específico.
- Se incrementarán las camas ubicadas en **comunidades terapéuticas** en 60 nuevas plazas en la Comunidad autónoma.
- Se dotará de nuevos **profesionales de enfermería** especialista, o con formación acreditada en salud mental, a los ESMD para poner en marcha los planes de mejora de los cuidados en salud mental, hasta que la ratio por 100.000 habitantes sea de 2.

IV.5.3. Redefinir el modelo de cooperación entre Atención Primaria y Especializada en Salud Mental

Actualmente nuestro modelo de atención a la salud mental es un modelo de derivación donde el primer nivel funciona de filtro para el segundo. La relación entre niveles se limita, en el mejor caso, a la transferencia de pacientes con sus informes correspondientes. En este modelo el “buen funcionamiento” se mide por el número de derivaciones “correctamente” hechas (con indicaciones precisas y bien historizadas) y por el envío de vuelta de informes “correctamente” hechos (informes de primeras consultas, informes de alta, con indicaciones terapéuticas precisas y bien historizados).

Sin embargo en este modelo el deseable aumento de la capacidad de detección del nivel primario se traduce en su propia masificación y en la masificación del especializado con el aumento de la demora y el deterioro de la relación entre niveles y de la calidad de la asistencia. Porque aparte de la capacidad de detección lo que está en juego es la capacidad de contención del nivel primario. Las cifras asistenciales demuestran que esa capacidad actualmente es enorme y comparable a la de otros países del entorno (una derivación a los ESMD del 0.15% de las demandas de asistencia por estos motivos, una derivación a salud mental del 7% del total de morbilidad psiquiátrica en Atención Primaria) pero las preguntas serían: ¿Los casos contenidos son bien tratados en atención primaria? ¿La falta de derivación es producto de la falta de accesibilidad a los recursos especializados?

Sólo un modelo de cooperación puede dar respuesta a estos problemas. Lo básico en un modelo de cooperación es el trabajo en común. En consecuencia aparecen tres espacios claramente diferenciados: Atención Primaria, Salud Mental y la interfase entre ellos que incluye, además de la comunicación, lo que denominamos espacio de cooperación.

Conviene resaltar algunos aspectos de la filosofía general del modelo:

En el espacio de Atención Primaria deben incrementarse el número de servicios ofertados a los pacientes (ayuda psicológica no reglada, grupos psicoeducativos, potenciación de la red social) y abordar de forma clara el sistema de transferencia de casos a los servicios especializados.

En el espacio de Salud Mental, el principio general es el aumento de la capacidad de los equipos para ordenar su trabajo aprovechando con eficiencia la totalidad de los recursos que poseen.

En la interfase se formalizan los sistemas de transmisión de información ligada a los pacientes y se dibuja el espacio de cooperación interniveles. Esta última idea, formulada desde los inicios de la Reforma de Salud Mental, toma cuerpo concreto a través de dos propuestas. La primera es la estabilidad de la relación entre profesionales de los dos niveles asistenciales, base de la constitución de equipos de trabajo. La segunda es la formalización de los procedimientos de trabajo en común con los pacientes: la supervisión, la coterapia y la interconsulta.

Así mismo, en relación a los pacientes con TMG el papel de atención primaria se hace relevante tanto a nivel del seguimiento puntual, como de apoyo familiar, o de intervenciones directas en la comunidad.

Respecto de los recursos, es muy evidente que su déficit actual dificulta cualquier intento de reforma y de rediseño del proceso de atención, como numerosos informes previos de la propia administración sanitaria lo atestiguan.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2003-2007

- Implementación y desarrollo de los procesos asistenciales definidos, potenciando el espacio de cooperación interniveles.
- Continuar definiendo procesos asistenciales que incidan en la mejora de la atención a la salud mental en el SSPA.
- Dotar los recursos necesarios para llevar a cabo la transformación propuesta. Las ratios de profesionales debieran ir acercándose a lo largo del periodo de vigencia del Plan Integral a 1 medico de familia por cada 1500 habitantes, 1 pediatra por cada 1000 niños, y 6 facultativos especialistas en salud mental por cada 100.000 habitantes.

IV.6. El papel de las asociaciones: de pacientes, de familiares y grupos de ayuda

Si bien el asociacionismo de pacientes es incipiente en nuestro medio, el movimiento asociativo de familiares de personas con enfermedad mental, elemento clave en el desarrollo de la atención sociosanitaria que se ha implementado en nuestra comunidad autónoma, históricamente ha venido desarrollando una labor de gran importancia para la sociedad. Hoy está asumido que las personas con un nivel relativamente alto de apoyo social “informal”, presentan síntomas psicológicos y físicos de menor intensidad e índices de mortalidad también menores, que las personas con bajo nivel de apoyo social informal.

El conocimiento de la realidad compleja de los pacientes con trastorno mental, les posibilita y legitima para actuar como vehículo de transmisión de su problemática a las instituciones implicadas en la asistencia a estos pacientes; al tiempo que contribuyen a la sensibilización de la sociedad acerca de los problemas que sufren –estigmatización, aislamiento–. Además, aportando su colaboración activa en el proceso terapéutico, contribuyen significativamente a la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

La mayoría de las asociaciones de familiares, se han puesto en marcha en las dos últimas décadas, y surgen como grupos de autoayuda ligados a ámbitos locales, pero han ido aglutinándose hasta constituir la Federación Andaluza de Allegados de Esquizofrénicos (FANAES), que pese a su nombre, muy ligado a una patología concreta, trata de aglutinar a familiares de pacientes con diversos trastornos mentales. De la misma manera se han ido federando diversas asociaciones (ADANER y otras) ligadas a patologías específicas.

Desde el inicio, estas asociaciones han desarrollado diversas actividades:

- * **Defensor-representante de los pacientes**, en dos vertientes: en la defensa de los derechos de un colectivo –el de los enfermos mentales– y de la calidad asistencial que presta el servicio sanitario o social.
- * **Prestador de servicios**: de acogimiento de familias, de formación e información, de asesoramiento; y para los pacientes, ser el marco de desarrollo de clubes sociales como espacios de integración social a través del ocio. Los programas de apoyo integral a las familias y apoyo domiciliario han sido gestados desde el ámbito de las asociaciones.
- * Como **estructura mediadora**. Sirviendo de nexo entre los agentes socio-sanitarios responsables del proceso de integración social de las personas con enfermedad mental, y activista, defendiendo los derechos del colectivo, luchado contra actitudes excluyentes, y actuando para que se adopten determinados acuerdos en beneficio del colectivo.
- * **Garantizando valores** como la tolerancia, solidaridad, protección de derechos, etc.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2003-2007

- Se promoverá la participación de las asociaciones de familiares y allegados en el desarrollo de **grupos de mejora de los procesos asistenciales** relacionados con los trastornos mentales.
- Se continuará con el proceso iniciado de **búsqueda de expectativas** de los pacientes y sus familias, a través del desarrollo de grupos focales, que permita ir adaptando los objetivos de las intervenciones.
- Se impulsará junto a las asociaciones, un **plan de comunicación** y sensibilización de la población y los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Potenciar las **asociaciones independientes de pacientes**, como instrumento de garantías de sus derechos fundamentales.
- Estimular el **voluntariado social** comprometido con la ayuda a los enfermos mentales.

IV.7. Sistemas de información

Los sistemas de información, son un pilar básico en la implantación y desarrollo del Plan Integral de Salud Mental, ya que proporcionan la información necesaria para la planificación y organización de servicios; el seguimiento y evaluación, siendo además un instrumento esencial para la asistencia y la investigación.

El Plan Integral de Salud Mental, requiere información que permita conocer y cuantificar la magnitud de los problemas mentales (prevalencia y resto de indicadores epidemiológicos) así como información relativa a la actividad asistencial realizada (demoras, primeras consultas, ingresos, etc.).

Las fuentes de información actuales son:

- * Sistema de información de salud mental de Andalucía (SISMA): sistema de información específico que se diseña, coordina y gestiona desde el Programa de salud mental.
- * Conjunto mínimo básico de datos (CMBD) al alta hospitalaria: que extrae la información del paciente en su proceso de hospitalización, recogiendo datos administrativos, clínicos y demográficos.
- * Censo y proyecciones de población.
- * Encuesta de salud.

El SISMA, como sistema de registro implantado en el año 2000 (en su última versión), ha permitido disponer de indicadores más detallados sobre la actividad desarrollada por los dispositivos de salud mental en Andalucía, no sólo en número de intervenciones realizadas sino de pacientes atendidos y tipo de actuación.

Su implantación generalizada en los Equipos de salud mental, ha permitido disponer además de una amplia información sobre las características sociodemográficas de los pacientes atendidos en estos dispositivos.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2003-2004

El impulso en la definición y establecimiento de un sistema de información en salud mental, debe de pasar por la integración y homologación con el que en la actualidad se está definiendo en el ámbito del SSPA, plasmado en el proyecto DIRAYA de historia de salud digital del ciudadano; de forma que sea un episodio más de la misma.

Por otro lado, el sistema de indicadores que actualmente se elaboran a través del SISMA, deberá replantearse e integrarse en los cuadros de mando de las instituciones hospitalarias, como las de cualquier servicio o unidad asistencial, incorporándose a los canales habituales de evaluación y seguimiento de la actividad, que se realizan en los hospitales del sistema sanitario público.

Para lograrlo, es imprescindible:

2004-2007

- Actualización del equipamiento informático, dotando de la necesaria electrónica de red a todos los dispositivos de salud mental, que lo equiparen al resto del sistema sanitario, lo que permitirá la conexión con las redes de los hospitales y con la Intranet corporativa.
- Integración del software actual de los ESMD (SISMA) en el Proyecto DIRAYA de historia de salud digital del ciudadano.
- Desarrollo de los aspectos específicos de la historia de salud mental, adecuándolos a cada uno de los dispositivos específicos de la red asistencial.
- **Nuevas tecnologías:** A lo largo de los años de vigencia del presente Plan Integral, se pondrán en marcha grupos de trabajo y experiencias concretas que valoren e incorporen, en su caso, la utilización de las nuevas tecnologías de transmisión de la información (imagen y voz) en la actividad de los profesionales de salud mental, tanto en los diferentes dispositivos, como en el seguimiento domiciliario de pacientes.

En concreto, y dentro de la estrategia de utilización de la telemedicina en el SSPA, se pilotará la aplicación de la misma en el ámbito de la salud mental (consultas virtuales, contactos con familiares y cuidadores, etc.).

IV.8. Desarrollar la investigación en Salud Mental

La investigación científica es una actividad imprescindible para conseguir los objetivos de las políticas de salud. Debe ir dirigida a mejorar la calidad asistencial de manera continua y siempre unida

a la adecuada formación de los investigadores, a la creación de un ambiente de colaboración y crítica científica y a la existencia de una política científica apropiada.

A través del trabajo de investigación aumentamos nuestro conocimiento sobre la salud mental, sus factores de riesgo, y las intervenciones efectivas para el control de los trastornos y sus complicaciones. Su potenciación garantiza el avance hacia la mejora del tratamiento de la enfermedad mental, así como para su prevención y la mejora continua de la calidad asistencial.

El marco en que ha de desarrollarse la investigación en Andalucía está desarrollado en el III Plan Andaluz de Investigación, y los objetivos básicos en el campo de la salud se plasman en el Programa de Investigación para la Mejora de la Salud de los Ciudadanos de Andalucía. En él se incluyen las grandes líneas temáticas en las que es necesario desarrollar proyectos que se impulsen y financien desde el sistema sanitario, siendo uno de los fundamentales fomentar una cultura de investigación en salud de excelencia en Andalucía.

El Plan Andaluz de Salud (PAS), consagrado por la ley de Salud de Andalucía, como instrumento director de la política sanitaria del Gobierno andaluz, orienta el esfuerzo investigador hacia el aumento del conocimiento de los principales problemas de salud de nuestra Comunidad autónoma, definidos en el mismo, analizando los factores de riesgo y las características epidemiológicas y clínico-asistenciales.

La investigación sobre la salud mental en Andalucía se concreta y desarrolla a través de proyectos y grupos de investigación. El desarrollo de la misma se ha realizado de forma descoordinada y atomizada: con dispersión de proyectos y objetivos, que ha llevado a investigar sin homogeneidad de criterios, probablemente por las múltiples fuentes de financiación; circuitos y procedimientos de subvención, cada uno de ellos con diferentes objetivos y líneas de investigación.

En Andalucía, la Consejería de Salud está adoptando mecanismos que se dirigen a corregir estas circunstancias, plasmados en la orden de 12 de Junio de 2001, y la Resolución de 11 de Julio de 2001, así como el Decreto que regula el funcionamiento y las estructuras sobre Investigación Ética y Sanitaria y Ensayos Clínicos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Las **Líneas de Acción** para el periodo 2003-2007 en lo referente a salud mental, han de estar, lógicamente, basadas en las propuestas del Programa Marco de Investigación en Salud de Andalucía:

1. Investigación sobre las principales causas de morbimortalidad

- + Especial atención a las **patologías más prevalentes**:
 - El Síndrome Ansioso-Depresivo.
 - Trastorno Mental Grave.
 - Los Trastornos de la Conducta Alimentaria.
 - Las Enfermedades Degenerativas Cerebrales. Las Demencias.

- + A los **grupos de riesgo**:
 - Infancia y Adolescencia:
 - * La prevención en salud mental infanto-juvenil.
 - * Las psicosis infantiles.
 - * Los trastornos disociales en la infancia y la adolescencia.
 - Familias de pacientes psicóticos.
 - Familias con patrones de relación inusuales.
 - Inmigrantes.
 - Marginalidad y droga.
 - Los malos tratos y el abuso sexual.

2. Investigación sobre salud pública y promoción de la salud

Estudios sobre el apoyo social a enfermos, cuidadores, asociaciones de ayuda mutua y voluntariado.

3. Investigación sobre servicios sanitarios

La necesidad de valorar el funcionamiento de dispositivos y la eficacia de determinadas técnicas e intervenciones obliga a plantear como línea prioritaria los proyectos dirigidos a la evaluación.

Muchas de las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas en salud mental están basadas en consensos. Es necesario obtener pruebas sobre las estrategias más efectivas. Es la mejor manera de corregir desviaciones, adecuar objetivos, ajustar recursos, evitando la dispersión de métodos y procedimientos y proponiendo patrones de actuación de calidad contrastada.

- Análisis de la **efectividad** de la práctica profesional.
- **Evaluación de servicios** y programas. Análisis de la relación coste efectividad de las intervenciones sanitarias. Estudios sobre eficiencia económica. Evaluación de unidades clínicas y de procesos asistenciales. Descripción de los perfiles de pacientes utilizadores de cada dispositivo. Se impulsaran líneas que estén dirigidas a fijar patrones de actuación por proceso, evaluando los diferentes procedimientos según los distintos modelos de intervención. Estándares por proceso.
- Análisis de los **aspectos organizativos** y económicos de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria. Estudios sobre necesidades de servicios. Investigación sobre gestión y organización de servicios, sobre coordinación entre centros y niveles asistenciales. Sistemas de información e investigación operativa.

- **Calidad asistencial. Acreditación** de servicios. Estudios sobre desarrollo de profesionales. Comunicación interna. Estudios sobre opinión de profesionales. Investigación sobre el síndrome del desgaste profesional (burn-out).
- Análisis prospectivo y de tendencias sobre **opinión de ciudadanos**. Estudios sobre comunicación profesional sanitario-paciente. Estudios sobre satisfacción, calidad percibida y expectativas de los ciudadanos. Estudios de imagen pública de los servicios sanitarios. Satisfacción y expectativas de pacientes y profesionales.
- Análisis de la variabilidad **de la práctica** profesional y sus determinantes. Estudios de utilización de servicios sanitarios y equidad. Investigaciones sobre intervenciones para mejorar la práctica clínica: audit, intervención educativa, guías de práctica clínica, participación de pacientes, etc.

4. Entorno y salud. Medio Ambiente, salud laboral.

Fomentar proyectos de investigación dirigidos a estudiar el efecto de la exposición al estrés físico y mental en el trabajo y la influencia de éste.

5. El envejecimiento de la población y las discapacidades.

Impulsar líneas de investigación sobre los trastornos mentales con más prevalencia en la vejez: depresión y demencia. Con un enfoque dirigido al estudio de los factores socioeconómicos, culturales y psicológicos que determinan e influyen en el envejecimiento sano y el bienestar en la vejez.

6. Neurociencias.

Investigación sobre los aspectos más biológicos de los trastornos psiquiátricos prevalentes (ansiedad, depresión, psicosis, trastornos de la conducta alimentaria, etc.).

7. Evaluación de las tecnologías sanitarias y el uso racional del medicamento.

Evaluación de las **tecnologías sanitarias**: Análisis de situación del conocimiento respecto a la seguridad y eficacia de distintas terapias. Análisis del conocimiento disponible acerca de la utilidad de las aplicaciones clínicas de diferentes técnicas en uso. Criterios de eficiencia y fiabilidad. Análisis del uso actual en Andalucía de las distintas modalidades de terapias. Adecuación del ingreso y estancia hospitalaria y análisis del uso de los recursos sociosanitarios. Análisis de estudios dirigidos a comparar la seguridad, eficacia, efectividad y coste-efectividad.

Uso racional del medicamento: Estudios sobre prescripción. Estudios de consumo de medicamentos genéricos. Estudios de adherencia a tratamientos.

8. Investigación específica ligada a los procesos asistenciales en salud mental.

La gestión por procesos es una forma de abordaje de la atención sanitaria de los pacientes, que busca la coordinación de los recursos a través de todo el sistema sanitario. Su interés por la

medicina basada en la evidencia, por el análisis de los resultados y por la integración de cuidados a lo largo del conjunto del sistema sanitario, hacen de la gestión por procesos una clave fundamental en el desarrollo de la investigación.

Son éstas unas líneas de investigación abiertas a los procesos asistenciales prioritarios.

1) El proceso Ansiedad-Depresión.

Se fomentarán líneas orientadas a:

- * La evaluación y el análisis crítico de las actuaciones de Salud Mental con Atención Primaria.
- * El estudio y valoración de las Intervenciones psicoterápicas en las patologías incluidas en este proceso
- * La valoración de las herramientas terapéuticas en Atención Primaria.

2) El Proceso Trastorno Mental Grave (TMG)

Se potenciarán líneas dirigidas hacia el estudio de:

- * Los TMG y situaciones de privación de libertad. TMG e instituciones penitenciarias.
- * Los TMG asociados a trastornos de conducta graves.
- * Los TMG asociados a retraso mental leve.
- * La validez de la intervención precoz en el primer brote psicótico
- * Las necesidades asistenciales y no asistenciales relacionadas con los TMG. Las unidades de larga estancia y la rehabilitación en salud mental.
- * El abordaje ocupacional y la calidad de vida.

3) El Proceso Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA).

La investigación en esta línea habrá de ir dirigida a:

- * El estudio de la efectividad y eficiencia según el tipo de intervención del equipo terapéutico.
- * Búsqueda de estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento.
- * Evaluar las estrategias de prevención.
- * Estudios epidemiológicos en población general.
- * Valorar los resultados terapéuticos en función del Plan Individualizado de Tratamiento (PIT) y del uso del contrato terapéutico.

IV.9. Formación y desarrollo de profesionales

Los rápidos avances alcanzados en los últimos años en las Ciencias de la Salud y Neurociencias, precisan para ser incorporados al Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

dedicar mayores esfuerzos a la gestión de los recursos del conocimiento en salud (mental), de tal manera que asegure el acceso de los profesionales a los nuevos conocimientos, en constante cambio y desarrollo, y oriente su formación hacia los objetivos estratégicos del SSPA, teniendo siempre presente la mejora constante de la calidad y la perspectiva y necesidades de los ciudadanos.

Proponer iniciativas de mejora en los programas de formación pre y postgrado, para adaptarlos a estos avances y a las nuevas exigencias de la sociedad, es también preparar y garantizar un horizonte de calidad en las respuestas a los problemas de salud mental.

La formación de los profesionales es un factor estratégico que se realiza en y desde el presente y configura las acciones del futuro, más si cabe que en otras especialidades sanitarias que cuentan con otros recursos tecnológicos.

El carácter multiprofesional de los dispositivos de atención a la salud mental es un valor añadido a los conocimientos de cada especialidad, y permite desarrollar un nuevo conocimiento integrado del conjunto de paradigmas intervinientes, dirigidos a comprender, enfocar y tratar el origen multifactorial del enfermar psíquico y orienta el trabajo en equipo.

Otras instituciones dedican importantes esfuerzos a la formación (Universidad, Colegios profesionales, Asociaciones de profesionales, Sindicatos, Escuelas privadas y la Industria farmacéutica). En un entorno de competencia, es la industria farmacéutica la que dedica mayores y más potentes recursos en este campo. Este escenario así configurado, tiene importantes consecuencias en la formación e información de los profesionales médicos, en los estilos de tratamiento elegidos y en el gasto del sistema público.

El SSPA dedica en la actualidad grandes recursos a la formación de sus profesionales y posee una gran experiencia en la organización de actividades formativas, aunque no siempre aprovecha con eficacia los recursos con que cuenta.

El reto actual, es mejorar la gestión de los recursos del conocimiento en salud mental en un entorno de competencia, a la vez que integrar las demandas de formación de los profesionales, así como sus expectativas de desarrollo profesional en el marco del SSPA.

El Plan Integral de Salud Mental pretende aprovechar la organización y orientación de todas las acciones formativas contempladas en la propuesta de formación y desarrollo profesional para alcanzar los objetivos que se plantean en el propio Plan.

Las Comisiones de Formación han sido y pueden ser los instrumentos más eficaces para gestionar los recursos e iniciativas formativas, siempre que cuenten con el apoyo y la financiación adecuada para organizar la formación continuada de los profesionales de salud mental en su territorio y participar en la formación de especialistas e incluso de otros profesionales sanitarios.

El PISMA impulsará las Comisiones de Formación que desarrollarán las líneas estratégicas de formación propuestas en el mismo, y siguiendo sus principios y objetivos las aplicarán a las condiciones de cada servicio de salud mental, unidad o dispositivo durante el periodo de vigencia del Plan (2003-2007) cubriendo los objetivos con acciones formativas planificadas durante periodos anuales, bienales y cuatrienales.

Implementarán procedimientos de evaluación sistemática de la calidad formativa de las actividades y servicios así como del impacto sobre la asistencia y el desempeño profesional, aplicando los métodos más eficientes.

Las comisiones de formación, deberán integrar el interés por la formación pregrado, postgrado y continuada, incorporando a ellas profesionales de distintas unidades y profesiones del servicio de salud mental.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2003-2007

- A lo largo del periodo de vigencia del presente Plan Integral, se desarrollarán en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) tres líneas básicas de formación:
 - * Gestión clínica y desarrollo de procesos asistenciales.
 - * Metodología de investigación en salud mental.
 - * Metodología de trabajo en equipo, liderazgo y estrategias de comunicación.

Acciones para el periodo 2003-2005

- Formación sobre los problemas de SM más **relevantes**: trastornos mentales graves en adultos y trastornos generalizados del desarrollo en la infancia..., más **prevalentes**: categorías diagnósticas incluidas en el proceso de ansiedad, depresión y somatizaciones, las que afectan al periodo de envejecimiento y a la infancia y adolescencia. Así como las patologías **emergentes**: trastornos de la conducta alimentaria, de la personalidad, y trastornos mixtos con morbilidad y con problemas de dependencia.
- Formación en SM comunitaria: Programas de seguimiento de trastornos mentales graves en la comunidad. Intervenciones psicosociales y familiares.
- Formación en estrategias de continuidad de cuidados y adherencia a los tratamientos.
- Formación en Clínica Grupal: psicoterapia de grupo e intervenciones grupales específicas.
- Formación para la implantación y desarrollo de los procesos asistenciales que afectan directamente a la salud mental: Proceso de Ansiedad, Depresión y Somatizaciones, Proceso de Trastorno Mental Grave, Proceso de Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Acciones del periodo 2006-2007

- Mantenimiento de acciones formativas sobre los problemas más relevantes, prevalentes o emergentes.

- Incorporación de nuevos conocimientos. Acceso a la documentación científica. Medicina basada en la evidencia.
- Formación en trabajo de equipo en entornos multiprofesionales y/o multisectoriales.
- Elaboración de protocolos y guías clínicas.
- Formación en metodología de “gestión de casos”.

Metodología: Poner el acento en como implementar, desarrollar y evaluar las actividades y proyectos de formación, evitando que planteamientos correctos queden solo en formulaciones teóricas bien intencionadas.

El logro de objetivos asistenciales, recursos teórico-técnicos e instrumentales debe ser evaluado de forma permanente por los distintos dispositivos del servicio y por la dirección del mismo.

Crear espacios de planificación y programación de las actividades formativas a través del análisis de las necesidades y la priorización y temporalización de las acciones formativas.

Para la planificación de las actividades de formación se plantea el desarrollo en tres pasos:

- a) Detección de necesidades de formación analizadas y consensuadas en los espacios de trabajo asistencial y en la dirección del servicio con su adecuada priorización.
- b) El desarrollo de actividades de formación con su contenido y metodología adaptados a esas necesidades formativas.
- c) Apoyo, seguimiento y evaluación de la actividad formativa y de los efectos sobre la práctica asistencial.

Las formas que deben tomar las actividades formativas deben estar en concordancia con sus objetivos y contenidos:

- Sesiones clínicas y bibliográficas, mejora de la formación clínica y de los instrumentos diagnósticos y terapéuticos. Dirigido al personal de los Servicios –con el fin de establecer consensos internos– y a la formación de Residentes.
- Cursos, seminarios, jornadas. Adecuado para adquisición de nuevos conocimientos y/o profundización de los básicos.
- Supervisión clínica y/o psicoterapéutica, dirigido al personal del staff y especialmente a la formación de especialistas.
- Rotación por servicios acreditados por sus resultados y “buena practica” dirigida a la adquisición de nuevas destrezas y conocimientos para poner en funcionamiento en el propio servicio.
- Grupos de “expertos” para elaborar protocolos y guías consensuadas que respondan a la evidencia científica.

- Grupos focales dirigidos a captar las necesidades formativas o a identificar fenómenos nuevos.

1. La formación de pregrado en las disciplinas que intervienen en los servicios de salud mental

PSIQUIATRÍA:

En el plan de estudios actual de la Licenciatura de Medicina, existen dos materias troncales en el área de psiquiatría: "Bases Psicológicas de los Estados de Salud y Enfermedad (Primer ciclo) y Psiquiatría (segundo ciclo) y otras materias optativas.

ACCIONES: PERIODO 2003-2005

- Proponer desde la Consejería de Salud y Educación a las Universidades Andaluzas la puesta en marcha de grupos de trabajo para consensuar cambios en los contenidos básicos de las materias que se acerquen más a las necesidades reales de la población en materia de salud y se establezca una mayor colaboración con las instituciones sanitarias para mejorar la calidad y frecuencia de las practicas.

Periodo 2006-2007

- Proponer repartir la enseñanza de las "Bases psicológicas" a lo largo de la carrera (Psicología integrante del funcionamiento normal / patológico)
- Cambios en dirección a converger en el espacio común europeo.

PSICOLOGIA CLÍNICA:

La diversidad de contenido y peso de las seis áreas de conocimiento en la licenciatura de Psicología en las distintas facultades del país, además de otros factores históricos, produce como resultado un número insuficiente de asignaturas troncales relacionadas con la psicología clínica.

ACCIONES: PERIODO 2003-2005

Proponer desde las Consejerías de Salud y Educación a la Universidad:

- Aumentar el peso cualitativo y cuantitativo de las asignaturas relacionadas con la psicología clínica.
- Conceder mayor homogeneidad a la representación de la psicología clínica en los planes de estudios.

Periodo 2006-2007

- Aumentar los contenidos prácticos relacionados con la psicología clínica.
- Establecer mayor colaboración entre el área de conocimiento relacionado con la psicología clínica y los servicios públicos de salud mental: Practicum, mayor dotación de plazas de profesor asociado.

- Convergencia en las propuestas de modificación de Planes de Estudio con el Sistema Europeo de Convalidaciones de Créditos (CTS).

DIPLOMATURA EN ENFERMERÍA:

Se produce un fenómeno similar al de la psicología clínica en las Escuelas Universitarias de Enfermería: Diversidad de contenidos y diferencias en el peso de las materias relacionadas con salud mental.

ACCIONES: PERIODO 2003-2005.

Proponer desde las Consejería de Salud y Educación a la Universidad:

- Mejorar la formación en salud mental en pregrado, aumentando la carga formativa en los aspectos psicológicos, (que actualmente no representan más de un 10% del total).
- La formación pregrado debiera centrarse en dos ejes básicos: promoción y prevención del trastorno mental en individuos, familia y comunidad e intensificación de los factores que influyen en la aparición, mantenimiento y distribución e incremento de los problemas de salud mental de la población.

Periodo 2006-2007

- Intensificar la formación en las áreas comunitarias de los cuidados de enfermería, en los seguimientos dirigidos a la población con trastornos graves y persistentes y al trabajo con su red social de apoyo.
- Los contenidos formativos deben ir dirigidos a capacitar al futuro enfermero/a en los aspectos de salud mental básicos.
- Converger en las propuestas de modificación de Planes de Estudio de Enfermería y Cuidados de Salud Mental con el Sistema Europeo de convalidación de créditos (espacio único europeo).

DIPLOMATURA DE TRABAJO SOCIAL:

ACCIONES: PERIODO 2003-2005

Proponer desde las Consejerías de Salud, Servicios Sociales y Educación a la Universidad (Escuela de Diplomados en Trabajo Social):

- Aumentar el peso de las materias relacionadas con salud mental y con la intervención social comunitaria: psicología evolutiva y sociopatías.
- Aumentar los conocimientos sobre el sistema familiar: ciclo vital familiar; conflictos en las distintas etapas y nuevos modelos de familia.

- Formación en coordinación comunitaria y trabajo social de red en redes (Institucional y Comunitaria).

Acciones de 2006 a 2007

- Formación específica en la creación y manejo de grupos de apoyo, autoayuda y voluntariado.
- Mejorar el estudio de los cambios producidos en la representación social de la enfermedad mental. Estigma social.
- Aumentar los conocimientos sobre programación y evaluación en planes de prevención e intervención psicosocial con enfermos mentales.

2. La formación continuada de los profesionales de salud mental.

La formación continuada (F.C.) es concebida como un proceso de aprendizaje activo y permanente destinado a actualizar y mejorar la capacitación y competencia de los profesionales frente a la evolución científica y técnica, a las necesidades cambiantes de la sociedad, a los intereses y aspiraciones de los individuos y a los objetivos de la institución pública de salud.

En el nivel de calidad de la atención sanitaria influyen principalmente los profesionales (número y cualificación) junto al nivel de organización asistencial y docente de los Servicios de Salud Mental.

La F.C. puede paliar, al menos parcialmente, las insuficiencias habidas en la formación universitaria y la formación especializada reglada de los profesionales sanitarios.

La F.C. se constituye como factor incentivador de primer orden de los profesionales y un elemento de cohesión del sector público en torno al desarrollo de una cultura sanitaria centrada en el compromiso con el ciudadano.

La incentivación de los profesionales a través de la F.C. debe de estar correlacionada con el mapa de competencias, con la carrera profesional, con el rendimiento asistencial y con el desarrollo de un colectivo de “formadores” dentro del sistema sanitario público.

Deben incluirse obligatoriamente elementos docentes en la organización de los equipos asistenciales: sesiones clínicas, sesiones bibliográficas, participación activa en jornadas y congresos, etc.

- Los programas de F.C. deben evolucionar constantemente para responder a las necesidades cambiantes de la demanda asistencial.
- Las actividades de formación deben ser planificadas y disponer de presupuestos específicos configurándose como fuente de motivación y satisfacción de los profesionales y como inversión para el SSPA que las promueve.

- Cada servicio de salud mental deberá contar con un plan de FC, durante 2003-2007, y por años, que contendrá actividades específicas de cada grupo profesional así como del resto de los grupos que componen los servicios de salud mental y dedicar especial atención a la formación transversal.

Áreas específicas de formación continuada por profesiones.

PSIQUIATRÍA:

PERIODO 2003 A 2007

Acciones: 2003-2005

- Incrementar la competencia clínico-asistencial y de gestión de los problemas de salud mental definidos en el Servicio como relevantes, prevalentes y emergentes.
- Formación en programas de seguimientos comunitarios asertivos.
- Formación en Clínica Grupal. Psicoterapia de Grupo.
- Formación en metodología de procesos asistenciales vinculados con salud mental.
- Formación en el uso racional de psicofármacos.

Acciones: 2006-2007

- Continuar la formación para el aumento de la competencia profesional en los problemas de salud definidos como relevantes, prevalentes y emergentes.
- Formación en Clínica Grupal: Intervenciones grupales específicas.
- Formación en estrategias de mejora continua y gestión clínica.
- Formación en gestión de "casos".

PSICOLOGIA CLÍNICA:

PERIODO 2003 A 2007

Acciones: 2003-2005

- Incrementar la competencia clínico-asistencial y de gestión de los problemas de salud mental definidos como relevantes, prevalentes y emergentes.
- Formación en Clínica Grupal. Psicoterapia de grupo.
- Formación en programas de seguimientos comunitarios asertivos.
- Formación en metodologías de procesos asistenciales vinculados a la Salud Mental.

Acciones: 2006-2007

- Continuar la formación para el incremento de competencia sobre la atención a problemas de Salud Mental definidos en el servicio o equipo, como relevantes, prevalentes y emergentes.
- Formación en Clínica Grupal. Intervenciones grupales específicas.
- Formación en “intervenciones en crisis”. Intervenciones en situaciones de catástrofes (estrés postraumático).

ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL:

PERIODO 2003 A 2007

Acciones: 2003-2005

- Formación en programas de seguimientos asertivos de personas con trastornos graves y persistentes.
- Planes de promoción y prevención en los cuidados de enfermería en salud mental.
- Formación en intervenciones grupales específicas: psicoeducativas, de relajación.

Acciones: 2006-2007

- Mantener la formación en intervenciones grupales específicas.
- Habilidades de comunicación.
- Cuidados a domicilio.
- Formación en estrategia de continuidad de cuidados.

TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL:

PERIODO 2003 A 2007

Acciones: 2003-2005

- Formación en intervenciones comunitarias.
- Redes asistenciales sociosanitarias relacionadas con salud mental.
- Formación en intervenciones grupales específicas: de consultantes, de familiares.

Acciones: 2006-2007

- Formación sobre programas sociales de apoyo: residenciales, ocio y tiempo libre, etc.
- Formación en estrategias de mediación social.

3. Áreas de formación específica.

FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA.

La formación psicoterapéutica se presenta como una oferta asistencial imprescindible para la mejora de la calidad asistencial prestada a los ciudadanos.

La Unidad de Docencia y Psicoterapia de Granada debe jugar un importante papel en la formación psicoterapéutica de los especialistas en formación (MIR – PIR) y en la formación psicoterapéutica específica dirigida a los profesionales de salud mental de Andalucía.

ACCIONES: 2003-2005

- Elaborar una propuesta de rotación dirigida a los residentes MIR y PIR, para la formación en psicoterapia (nivel básico).

ACCIONES: 2006-2007

- Puesta en marcha de módulos comunes de psicoterapia para residentes.
- Apoyo y supervisión desde la Unidad de Docencia y Psicoterapia de Granada a la formación en psicoterapia de los profesionales de Salud Mental de los Servicios (psiquiatras y psicólogos clínicos).

FORMACIÓN EN REHABILITACIÓN Y APOYO SOCIAL.

El modelo comunitario de atención a las personas que padecen trastornos mentales graves y persistentes, estructura dispositivos y programas con una especial atención a las prestaciones rehabilitadoras y a las acciones y programas de apoyo social.

La nueva filosofía rehabilitadora en la atención comunitaria propone iniciar de forma temprana el diagnóstico funcional y las intervenciones rehabilitadoras, acentuando el interés por el funcionamiento social de los pacientes y su calidad de vida, así como el nivel de autonomía e integración social, las habilidades y recursos personales y sociales.

ACCIONES: 2003-2005

- Formación en evaluación diagnóstica de habilidades y dificultades funcionales: disfunciones, handicaps, competencias...
- Formación en la elaboración de programas individualizados de rehabilitación y apoyo social.

ACCIONES 2006-2007

- Formación en técnicas de rehabilitación y entrenamiento en habilidades sociales y vida cotidiana.

- Formación en técnicas específicas psicoeducativas de pacientes y familiares. Técnicas basadas en modificación de conductas y rehabilitación cognitiva.

FORMACIÓN EN LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.

La formación de psiquiatras y psicólogos clínicos en el área de atención a la salud mental de niños y adolescentes siempre ha sido considerada como insuficiente en España. Aunque se han incluido en los programas de la especialidad (MIR, PIR) periodos de formación teórica y rotaciones, éstas están en revisión para su ampliación o profundización en futuros programas a través de las áreas de capacitación específicas (ACE).

ACCIONES 2003-2005

- Incorporar la formación en esta área, dentro de la formación continuada de los equipos asistenciales de niños y adolescentes.
- Elaborar programas específicos de capacitación progresiva para los equipos y profesionales que atienden a niños y adolescentes.

ACCIONES: 2005-2007

- Desarrollar programas de formación ligados a los objetivos asistenciales del Plan, identificados como trastornos relevantes, prevalentes y emergentes en la infancia y adolescencia.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: 2003 A 2007

Formación dirigida a los miembros del equipo básico de atención primaria y pediatras, la formación continuada debe tener dos niveles:

ACCIONES: 2003 A 2005

Nivel básico: Formación dirigida a la mejora de la calidad de la atención no especializada de problemas de salud mental de la población prestada por los EBAP y pediatras.

- Mejora de los conocimientos y habilidades para el diagnóstico y detección de las demandas encubiertas o explícitas de salud mental en atención primaria.
- Contenidos: entrevista psicoterapéutica, atención familiar, habilidades de comunicación, identificación de factores de riesgo y protección en salud mental individual, familiar, comunitaria. Proceso evolutivo en la infancia y adolescencia, factores de riesgo y daños en edades tempranas.

ACCIONES: 2006-2007

Segundo nivel: formación dirigida a aumentar la capacidad de intervención del nivel primario:

- Vinculadas a procesos asistenciales integrados: gestión de procesos, psicoterapia no reglada o de apoyo, manejo de grupos de relajación, psicoeducativos, trabajos de duelo no patológico, grupo de reflexión o grupos Balint.

- Intervención en situaciones en crisis y urgencias psiquiátricas.
- Detección de riesgos en salud mental en la infancia y adolescencia.

Otras acciones formativas dirigidas a ciertos sectores de la población.

El PISMA debe dedicar esfuerzos para producir cambios positivos en las actitudes de la población frente a la enfermedad mental y aquellos que la sufren, con objeto de superar las barreras sociales que dificultan los procesos de rehabilitación e integración social normalizada.

Informar sobre la existencia de tratamientos eficaces disponibles para la mayoría de las enfermedades mentales y sobre la Red de los Servicios de salud mental cartera de servicios, accesibilidad, horarios, recursos, derechos, asociacionismo...

ACCIONES: 2003-2005

- Realizar acciones formativas (informativas) dirigidas a colectivos “diana”: familia de pacientes, prestadores de cuidados informales, movimientos asociativos de allegados de pacientes, sobre la enfermedad mental grave, sobre los programas de seguimiento de trastornos mentales graves y persistentes.
- Programas de apoyo social.
- Grupos psicoeducativos, sobre la enfermedad mental grave para familiares.
- Grupos de apoyo a familias de pacientes.

ACCIONES: 2006-2007

- Formación sobre cuidados informales en pacientes mentales graves.
- Formación sobre sobrecarga familiar y programas sociosanitarios.

4. Formación de especialistas en salud mental (mir, pir, eir).

El correcto cumplimiento de los programas nacionales de las especialidades de Psiquiatría, Psicología y Enfermería de Salud Mental exige una serie de condiciones de carácter general y común al modelo de formación de residentes.

Reconocimiento de la función tutorial, entendida como la red docente formada por el tutor general, los tutores de rotación o dispositivos y supervisores a través del apoyo institucional, dotándola de capacidad y medios materiales para cumplir sus funciones docentes (reconocimiento curricular, disponibilidad horaria).

Potenciar la autoformación supervisada en el sistema de formación de especialistas (residentes), distinguiendo la supervisión clínica orientada a resolver problemas clínicos de diagnóstico,

manejo del paciente e intervenciones terapéuticas y la supervisión educativa dirigida al residente y a la estrategia de formación de actitudes, adquisición de destrezas y habilidades.

Recuperar los programas de formación compartida entre residentes MIR y PIR, en módulos intensivos comunes de todos los residentes.

Impulsar el uso del Libro del Residente, una vez mejorado y propuesto al Ministerio, registro de la actividad docente, asistencial e investigadora del especialista en formación, que le ayudará a planificar su formación en el marco del programa de la especialidad.

Promover un sistema de evaluación de la calidad del proceso formativo y de la Unidad Docente Acreditada.

Incrementar el número de plazas de residentes acorde con las necesidades de especialistas en la Comunidad autónoma.

Introducir en los sistemas de selección de personal, baremos que incorporen el mérito de la formación de especialista por la vía PIR, EIR.

ESPECIALISTAS EN FORMACIÓN EN PSIQUIATRÍA (MIR):

PERIODO 2003-2007

Acciones: Periodo 2003-2005

- Potenciar al tutor MIR y la red tutorial a través de: incentivación, formación docente, disponibilidad de mayor tiempo y recursos propios para organizar la actividad docente.
- Asegurar los conocimientos básicos del Programa Teórico de la Especialidad.
- Evaluar cada rotación, memoria y trabajo de investigación.

Periodo 2006-2007

- Organizar cursos y seminarios comunes y compartidos con PIR.
- Escalonar la formación con la toma progresiva de responsabilidades clínicas supervisadas.
- Organizar un módulo común de formación sobre psicoterapia dirigido por la Unidad de Docencia y Psicoterapia de Granada.

ESPECIALISTA EN FORMACIÓN EN PSICOLOGIA CLINICA (PIR):

PERIODO 2003-2007

Acciones: Periodo 2003-2005

- Potenciar al tutor PIR y a la red tutorial.

- Asegurar los conocimientos básicos del programa teórico de la especialidad (con MIR en temas comunes).
- Escalonar la formación con la toma progresiva de responsabilidades clínicas supervisadas.

Acciones: 2006-2007

- Módulo común de formación en psicoterapia dirigido por la Unidad de Docencia y Psicoterapia de Granada.
- Evaluar cada rotación, memoria, trabajo de investigación.
- Intervención psicológica en situaciones de crisis.

ESPECIALISTA DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL:

PERIODO 2003-2007

En la actualidad no pueden ser alcanzados al 100% los objetivos de formación del Programa Nacional al tener limitado el periodo formativo a 12 meses, ni se pueden realizar las rotaciones indispensables en tiempos adecuados por los distintos dispositivos de salud mental que comprenden un Área o Servicio de Salud Mental, aprovechando el modelo de aprendizaje, acciones con pacientes supervisados.

Acciones: Periodo 2003-2005

- Proponer desde las Consejerías de Salud y Educación al Ministerio y a la Comisión Nacional de la Especialidad, la adecuación del periodo formativo a los estándares europeos.
- Crear una bolsa de especialistas de enfermería en salud mental
- Potenciar el papel de la Red Tutorial: Reconocimiento curricular, apoyo formativo a la labor docente de tutores, liberación de tiempo de dedicación docente e incentivación.

Acciones: 2006-2007

- Solicitud de ampliación del número de plazas de residentes y de las Unidades Docentes acreditadas, de acuerdo a las necesidades de especialistas en enfermería en salud mental.
- Formación en estrategias para los cuidados comunitarios de enfermería en salud mental.

5. Desarrollo profesional.

El reconocimiento del esfuerzo profesional exige una adecuada respuesta motivadora, ya iniciada en Andalucía a través de los contratos-programa, Pacto SAS-Sindicatos, nuevo modelo retributivo, complemento de rendimiento personal, Unidades clínicas de gestión, que conecte directamente con los criterios que responden al perfil profesional y mapa de competencias para profesionales, equipos asistenciales, centros y hospitales.

Parámetros a considerar en la elaboración de los niveles de la Carrera Profesional:

- Rendimiento de la actividad asistencial.
- Incrementos en la experiencia y cualificación técnica.
- Extensión y profundidad de los conocimientos y formación continuada.
- Habilidades y destrezas alcanzadas.
- Actitud y motivación dirigida a la mejor capacitación y desempeño.
- Actividad docente, nivel e implicación.
- Producción científica e investigadora.
- Actividad innovadora.

ACCIONES PERIODO 2003-2005

- Elaboración del mapa de competencias de los profesionales de salud mental.

Periodo 2005-2007

- Aplicación de la propuesta de mapa de competencias y de carrera profesional.
- Acreditación por la Agencia de Calidad de servicios, dispositivos y profesionales de salud mental.

V. RESUMEN

I. INTRODUCCIÓN

Los Trastornos Mentales (TM), son un problema de primera magnitud en nuestra sociedad, no sólo por su elevada incidencia (se estima en un 25% de la población general), sino por el impacto en sufrimiento y desestructuración que sufren los pacientes, sus familias y el entorno cercano.

La enfermedad mental comprende un amplio número de patologías, que generalmente se caracterizan por su larga duración –procesos crónicos–, lo que supone una enorme carga a la familia, al sistema sanitario y a la propia sociedad.

Por otra parte, el abordaje de la enfermedad mental requiere “complejos” procesos de tratamiento y rehabilitación, que exigen una estrecha supervisión y un importante número de contactos con los profesionales sanitarios y, por tanto, un elevado consumo de recursos (se ha estimado que el 20% del gasto sanitario en los sistemas sanitarios de la UE se debe a estos procesos y que para el año 2020, los trastornos neurológico-psiquiátricos serán la **causa más importante de discapacidad**).

Desde el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), a través de este Plan Integral de Salud Mental, se pretende dar respuesta a las necesidades sanitarias que en materia de salud mental tiene la población andaluza. Para ello es necesaria la reorientación de los dispositivos asistenciales