

TEMA 25

El programa de salud mental en Andalucía. Acogida y ordenación de la demanda. Atención integral al paciente psicótico. La atención infanto-juvenil.

CSF OPCIÓN PSICOLOGÍA (A1.2016)

versión 4

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. EL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA.....	4
3. ACOGIDA Y ORDENACIÓN DE LA DEMANDA.....	9
3.1. RECURSOS SANITARIOS EN SALUD MENTAL.....	9
3.2. RECURSOS DE CARÁCTER SOCIAL (FAISEM).....	15
4. ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE PSICÓTIPO.....	25
4.1. DEFINICIÓN DE PSICOSIS.....	25
4.2. INCIDENCIA Y PREVALENCIA.....	26
4.3. POSIBLES CAUSAS DE PSICOSIS Y ESCIZOFRENIA.....	26
4.3.1. FACTORES GENÉTICOS.....	26
4.3.2. FACTORES BIOLÓGICOS.....	27
4.3.3. FACTORES PSICOSOCIALES.....	27
4.4. TEORÍAS ETIOLÓGICAS.....	27
4.5. PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO TRASTORNO MENTAL GRAVE.....	28
4.5.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PAI.....	29
4.5.2. REPRESENTACIÓN GLOBAL DEL PAI.....	30
5. LA ATENCIÓN INFANTO-JUVENIL.....	32
BIBLIOGRAFÍA.....	36

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de cada cuatro personas en el mundo ha tenido, tiene o tendrá un problema de salud mental a lo largo de su vida. Se prevé que los trastornos mentales serán la primera causa de discapacidad a nivel mundial en el año 2030, por lo que el escenario de la salud mental se presenta bastante desolador, si no se ponen en marcha las soluciones y las medidas necesarias.

La pandemia provocada por el COVID-19 ha sacado a la luz, con mayor fuerza que nunca, la fragilidad de la salud mental y la necesidad de prestarle atención de urgencia. Un informe sobre políticas acerca del COVID-19 y la salud mental, publicado por las Naciones Unidas en mayo de 2020, revela que la pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto “la necesidad de aumentar urgentemente la inversión en servicios de salud mental si el mundo no se quiere arriesgar a que se produzca un aumento drástico de los trastornos psíquicos”.

La importancia de la atención a la salud mental se establece en diversa normativa de mucho interés, por ejemplo, en la Constitución española se hace una mención a la protección de la salud en el artículo 43, y en el artículo 49 se establece que los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de las personas con discapacidad física, sensorial o psíquica.

El Estatuto de Autonomía para Andalucía en su artículo 55.2 otorga a Andalucía competencias compartidas en materia de regulación y ejecución de los servicios y prestaciones socio sanitarias y de salud mental. Además, en el artículo 22 se establece que las personas con enfermedad mental tendrán derecho a prestaciones sanitarias especiales y preferentes.

La ley 14/86, General de Sanidad expresa que la atención a los problemas de salud mental, se hará a través de la potenciación de la atención comunitaria, incrementado los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial y la atención domiciliaria y quedando las hospitalizaciones de los pacientes únicamente para aquellos casos en los que sea estrictamente necesario.

Dadas las elevadas cifras de incidencia y prevalencia de problemas de salud mental y el enorme sufrimiento que generan este tipo de problemas tanto para las personas que los padecen como para sus familiares y el resto de la comunidad, su abordaje es una prioridad para el sistema sanitario.

En Andalucía se cuenta con el III Plan Integral de salud mental de Andalucía 2016-2020. Este Plan tiene la finalidad de ampliar y profundizar la atención comunitaria, centrada en la recuperación de las personas con enfermedad mental.

Para comprender o planificar el funcionamiento de los servicios se ha de tener en cuenta la interrelación de variables, relacionadas con las características de los recursos, procesos y resultados en salud, con los niveles estatal, regional, local e individual. La aplicación de esta matriz ayuda a establecer un diagnóstico de situación de los servicios de salud mental de un determinado ámbito y decidir sobre sus necesidades de desarrollo o mejora. Sobre todo, este planteamiento recuerda que, para entender o planear una organización, hay que tener en cuenta el conjunto de todas las variables intervinientes. Posteriormente,

también plantean cuales han de ser los pilares que deben constituir la base de la orientación de los servicios: la evidencia, la experiencia y el pilar ético, elemento transversal que impregna a los otros dos.

El III Plan Integral de Salud Mental se estructura en torno a cinco líneas estratégicas, orientadas a la consecución de 9 objetivos generales, para los que se han establecido 70 objetivos específicos, 119 líneas de acción y 113 resultados esperados

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

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

EJE 1: ESTRATEGIAS

Línea estratégica 1: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

O1: Promoción de la salud y el bienestar emocional

O2: Prevención de problemas de salud mental

Línea estratégica 2: DETECCIÓN, ATENCIÓN Y RECUPERACIÓN

O3: Detección precoz y atención a la población infantil y adolescente

O4: Detección precoz y atención a la población adulta

O5: Atención a personas adultas en situación de riesgo o desventaja social

Línea estratégica 3: DERECHOS HUMANOS Y PARTICIPACIÓN

O6: Igualdad y derechos de las personas con problemas de salud mental

O7: Participación en el cuidado de la salud mental

Línea estratégica 4: GESTIÓN DE RECURSOS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

O8: Recursos de soporte del plan

Línea estratégica 5: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN

O9: Excelencia profesional, evidencia, investigación, evaluación e innovación.

EJE 2: CURSO DE LA VIDA

Infancia (menores de 12 años)

Adolescencia (12-17 años)

Juventud (18-25 años)

Edad adulta (26-64 años)

Mayores (mayores de 64 años)

Actualmente, el III PISMA se encuentra en revisión, y se está trabajando en un nuevo plan andaluz de salud mental. La Junta de Andalucía implantará a partir de 2024 el primer **Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de Andalucía (PESMAA)**, que incidirá en la detección temprana y en los trastornos sufridos por los jóvenes. El Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía aprobaba en marzo de 2023 la formulación de dicho Plan, sin que aún haya entrado en vigor.

Entre los retos que se plantea este Plan, destacan garantizar una atención integral, equitativa y de calidad para las personas con problemas de salud mental y adicciones en Andalucía; fomentar la participación e implicación activa y significativa de las administraciones públicas en todas sus políticas y de la sociedad civil en el ámbito de su competencia; impulsar la actividad investigadora y formativa en áreas de interés en el ámbito de la salud mental y las adicciones en Andalucía; así como implantar procedimientos actualizados de control sobre humanización y bioética en los servicios de salud mental y adicciones.

2. EL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA

La atención a la salud mental de la población continúa siendo una prioridad para el gobierno andaluz y de manera particular para el Servicio Andaluz de Salud.

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) posee una amplia red de centros sanitarios que ofrecen una atención especializada e integral a las personas con problemas de salud mental en nuestra comunidad.

Las Unidades de Salud Mental la componen una red de centros sanitarios, distribuidos por toda la geografía andaluza, que ofrecen una atención especializada e integral a las personas que padecen problemas de salud mental en nuestra comunidad.

Esta red se compone de los siguientes tipos de dispositivos:

- **Unidades de salud mental comunitaria:** Constituye el primer nivel de atención especializada a la salud mental. Es el dispositivo de atención ambulatoria con el que se coordinan el resto de los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental.

- Unidades de salud mental infanto-juvenil: Desarrolla programas especializados para la atención a la salud mental de la población infantil y adolescente, en régimen ambulatorio y de hospitalización completa o parcial.
- Unidades de rehabilitación de salud mental: Tiene por objeto la recuperación de habilidades sociales y la reinserción social y laboral, en régimen ambulatorio, de pacientes con trastorno mental grave.
- Hospitales de día de salud mental: Dispositivo de hospitalización parcial, que se configura como un curso intermedio entre la unidad de salud mental comunitaria y la unidad de hospitalización de salud mental.
- Unidades de hospitalización de salud mental: Atiende las necesidades de hospitalización en salud mental en situaciones de crisis aguda.
- Comunidades terapéuticas de salud mental: Su finalidad es el tratamiento y apoyo de pacientes con trastorno mental grave que requieren una atención especializada de salud mental, en régimen de hospitalización completa o parcial, de forma prolongada.

Todos ellos están constituidos por profesionales de distintas disciplinas: Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería, Trabajo Social, Terapia Ocupacional y Gestión Administrativa.

La actividad de las Unidades de Salud Mental atiende a las necesidades de pacientes y familiares de cara a su recuperación, mediante tratamientos farmacológicos y psicosociales (apoyo y asesoramiento, psicoterapia individual, familiar o grupal, rehabilitación, cuidados de enfermería, terapia ocupacional, orientación y apoyo social, etc.). Esta atención se presta en el centro y cuando el caso lo requiere en el lugar de residencia, contando en todo momento con la participación activa de la persona atendida.

Además de la asistencia sanitaria directa, también se realiza asesoramiento y apoyo a profesionales de atención primaria sobre los problemas de salud mental de sus pacientes, se participa en programas de educación sanitaria y colaboramos con la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FPISEM) en programas de integración social de pacientes con enfermedad mental grave, así como con otros organismos, instituciones y entidades no sanitarias, tales como ayuntamientos, asociaciones de familias y de pacientes, colegios, etc.

La puerta de acceso a las unidades de salud mental comunitaria, que constituyen la puerta de entrada a la red de salud mental, es el personal médico de familia de atención primaria, quien, cuando considera oportuna la intervención de profesionales especialistas en salud mental -recordemos que esto no siempre es necesario, ya que las y los profesionales de atención primaria poseen conocimientos y herramientas técnicas para abordar muchos de estos problemas- deriva a la persona a la unidad de salud mental comunitaria correspondiente a su lugar de residencia y, una vez atendida, la unidad elabora un plan de tratamiento y, si lo considera necesario, la remite a alguno de los dispositivos más especializados: unidad de salud mental infanto-juvenil, hospital de día, etc.

Sin embargo, en ocasiones, el acceso a los centros se realiza a través de los Servicios de Urgencia Hospitalarios y, de manera circunstancial, a través de derivaciones de otros organismos públicos, tales como Servicios Sociales, Equipos de Orientación Educativa, Autoridades Judiciales, etc.

Además, también se destaca la labor que presan las asociaciones y entidades de apoyo mutuo. Algunas asociaciones que tienen una labora relacionada con la salud mental en Andalucía son:

- Asociación Centro Pasos en Sevilla
- Asociación de Bipolares de Jaén
- Asociación ALTEA en Almería
- Asociación "TOC" en Granada
- Asociación de familiares, allegados y personas con enfermedad mental en Cádiz.

El suicidio es actualmente uno de los problemas de salud pública y mental más graves y preocupantes que tenemos en nuestra sociedad. El continuo aumento en las cifras, el descenso en la edad de las personas que intentan suicidarse, la concienciación social de la realidad del problema y la disponibilidad real de estrategias asistenciales que han demostrado su efectividad en reducir el impacto del suicidio, hacen que la prevención del suicidio sea un objetivo prioritario dentro del plan andaluz de salud mental.

El uso de protocolos o procedimientos favorece el desarrollo de actuaciones homogéneas, reduce la variabilidad clínica, mejora la identificación de los factores de riesgo y de protección de la conducta suicida, la calidad de los informes clínicos y la toma de decisiones. Asimismo resulta fundamental garantizar la continuidad asistencial, acercar las intervenciones a las personas usuarias y no a la inversa (filosofía asertiva-comunitaria), ofrecer intervenciones multidisciplinares y evitar los abandonos por parte de las personas más vulnerables.

La detección temprana del riesgo suicida es una estrategia fundamental en la prevención selectiva. Para ello es importante invertir en formación para capacitar a todo el personal sanitario en el manejo y abordaje del riesgo suicida, no sólo habilitando herramientas técnicas y conocimientos para su comprensión, sino derribando mitos, creencias y actitudes estigmatizantes, que existen también en el colectivo sanitario.

Por estas razones, tanto en nuestra comunidad autónoma como de manera globalizada, la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía recientemente ha aprobado el **Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Andalucía 2023-2026**.

La formulación fue aprobada por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía el 27 de junio de 2023. Este programa se presenta como una esperada y decidida apuesta de la Consejería de Salud y Consumo para reducir la incidencia, prevalencia e impacto de la conducta suicida en nuestra Comunidad Autónoma.

Desde el PISMA se lleva ya muchos años trabajando en la prevención del suicidio en un amplio sentido, enfocado a la prevención y detección de la conducta suicida, mediante la formación y la sensibilización sobre la importancia de la prevención del suicidio.

En los últimos años, en el marco del proyecto "Estrategias de mejora en la atención socio-sanitaria a la salud mental", impulsado por la entonces Dirección General de Cuidados Sociosanitarios de la Consejería

de Salud y Familias y liderado por el PISMA, se constituyó un Grupo Motor de Prevención del Suicidio, que elaboró un “Plan de Acción en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) para la prevención, atención y posvención del suicidio”, que se presentó en septiembre de 2021. Esta propuesta estructurada facilitó la puesta en marcha de actuaciones sobre prevención del suicidio en el SSPA.

Este Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Andalucía 2023-2026 propone seguir trabajando en esta línea, con objetivos a medio y largo plazo, pero con un enfoque más amplio, incluyendo tanto la prevención universal, como la selectiva y la indicada. También incorpora la propuesta de la creación de una plataforma web de difusión de datos, evidencia y sensibilización y de una red profesional de prevención del suicidio, proyectando la continuidad de las acciones ya en marcha con la participación de todos los sectores de la administración y la sociedad andaluza implicados en el fenómeno de salud pública de primera magnitud que supone el suicidio.

El Programa ha priorizado **doce objetivos** a cumplir total o parcialmente durante su periodo de desarrollo:

1. Establecer una estructura de coordinación y seguimiento del Programa.
2. Mejorar los sistemas de información sobre conducta suicida.
3. Intervenir en la restricción de medios letales.
4. Fomentar la comunicación responsable sobre conducta suicida.
5. Promover la salud mental y el bienestar emocional.
6. Desarrollar formación continuada sobre identificación y abordaje de riesgo de suicidio.
7. Impulsar las actuaciones con profesionales de Atención Primaria.
8. Identificar y trabajar con grupos de personas en situación de vulnerabilidad.
9. Priorizar las actuaciones en población Infanto-adolescente.
10. Promover las actuaciones de posvención con personas que han perdido a un ser querido por suicidio.
11. Implantar y evaluar el Plan de acción en el SSPA para la prevención, atención y posvención del suicidio.
12. Identificar y capacitar a entidades y personas que atienden líneas telefónicas de ayuda en crisis.

A partir de los objetivos marcados, el Programa comprende **siete áreas de actuación**, basadas en los niveles de prevención recomendados por la Organización Mundial de la Salud (universal, selectiva e indicada) y adaptadas al análisis de situación en Andalucía:

- I. Coordinación y organización
- II. Vigilancia epidemiológica e investigación
- III. Restricción de medios letales
- IV. Formación y sensibilización
- V. Atención a la población infanto-adolescente
- VI. Atención a personas en situación de vulnerabilidad
- VII. Implantación de acciones para la detección y atención de personas con conductas suicidas

También existen una serie de proyectos que tratan de facilitar el apoyo y la atención a las personas afectadas por una enfermedad mental. Algunos de estos proyectos son:

➤ **“AL LADO” CON LAS PERSONAS AFECTADAS POR UNA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE**

El Gobierno de Andalucía incluye dentro de sus políticas de atención en salud mental, como prioridad absoluta. En este sentido, el Plan Integral de Salud Mental en Andalucía 2008-2012 pone especial énfasis en el empoderamiento de la ciudadanía, al asumir una mayor capacidad de autogestión en todos los aspectos relacionados con su salud, e incorpora la perspectiva de las personas usuarias, sus familias y otros allegados en todas las iniciativas que desarrolla.

Acorde con el modelo comunitario de atención a la salud mental implantado en Andalucía, esta participación activa se ha visto enriquecida con el enfoque de la salud mental positiva y la perspectiva de la recuperación, que incorpora a la tradicional visión clínica, la trayectoria de vida de la persona afectada por una enfermedad mental y la de su entorno próximo.

Esta ganancia en calidad, que hace posible el gobierno de la enfermedad, con independencia de su evolución clínica, no puede ser efectiva sin una alianza entre profesionales, personas afectadas empoderadas y familiares que, con un esfuerzo constante que nunca desfallece, constituyen un ejemplo de la colaboración sobre la que se pilota el proyecto AL LADO que aquí se presenta.

La organización y articulación de esta alianza entre los servicios públicos y los movimientos de personas afectadas y sus familias son el objetivo esencial de este proyecto, fundamentado, además, en el valor que aporta la ayuda mutua entre iguales y el respeto a los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental, incluyendo la toma de decisiones compartidas y el derecho a decidir sobre aquellos aspectos que repercuten en su trayectoria de vida.

AL LADO parte de las propias necesidades de las personas afectadas y sus familias, a través de las historias de vida narradas como biografías breves, para posteriormente adentrarse en un itinerario a modo de camino que han de recorrer una persona afectada y su familia ante un problema de salud, de forma

genérica y habitual. Junto a ello, se describe la red de recursos con los servicios públicos disponibles y la red asociativa, además de las experiencias de colaboración existentes en Andalucía.

Con sus actuaciones, AL LADO pretende hacer saber a personas diagnosticadas con enfermedad mental grave y/o a sus familiares que:

1. No se encuentra solo. Puede recibir ayuda.
2. Sus derechos han de respetarse.
3. Todo lo que ocurre alrededor de la noticia es relevante para su recuperación.
4. La enfermedad y el tratamiento se pueden manejar de manera efectiva.
5. Aprenderá a controlar las situaciones que habitualmente se presentan.
6. Puede desarrollar un proyecto vital, a pesar de la enfermedad.
7. Existe una red de recursos con la que contactar.

➤ 1.2. PEER2PEER

Peer2Peer es un curso de formación de carácter vocacional. Permite que las personas que han sufrido problemas de salud mental puedan convertirse en personas de referencia de aquellas que, actualmente, sufren las mismas dificultades por las que ellos han pasado.

Peer2Peer ofrece apoyo y formación a personas con problemas de salud mental, centrándose en su recuperación.

Peer2Peer es un proyecto único que nos ofrece la oportunidad de influir a nivel social pero también en la creación de nuevas políticas, de tal manera que podamos lograr la recuperación de las personas con problemas de salud mental y su incorporación al mercado laboral.

3. ACOGIDA Y ORDENACIÓN DE LA DEMANDA

3.1. RECURSOS SANITARIOS EN SALUD MENTAL

En este apartado hay que abordar lo establecido en el Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud.

La atención a la salud mental en el ámbito del SAS se organiza funcionalmente en los niveles de atención primaria y atención especializada.

Son objetivos generales de la atención a la salud mental:

- Promocionar la salud mental, la prevención de la enfermedad, la asistencia, los cuidados y la rehabilitación.
- Desarrollar en todos los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental programas y actividades de rehabilitación

- Garantizar la continuidad de la atención sanitaria, de cuidados y el apoyo a la integración social, mediante programas transversales de coordinación.

❖ ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

En los centros de atención primaria, la atención a la salud mental se desarrollará por los profesionales adscritos a los mismos.

Las funciones de los centros de atención primaria, en relación con las personas con problemas de salud mental, son:

- Establecer el primer contacto con las personas.
- Realizar la valoración y definición de las estrategias de intervención, teniendo en cuenta el enfoque de género.
- Prestar atención sanitaria en los casos que no requieran atención especializada.
- Realizar la derivación al nivel especializado.
- Identificar la necesidad de apoyo social, facilitando el acceso a servicios comunitarios.
- Colaborar con los dispositivos de atención especializada a la salud mental en el seguimiento de personas con trastorno mental grave.

❖ ATENCIÓN ESPECIALIZADA

La atención especializada a las personas con problemas de salud mental se organiza, en el SAS, a través de los siguientes dispositivos asistenciales:

1. Unidad de Salud mental comunitaria (USMC)

La unidad de salud mental comunitaria se establece como el dispositivo básico de atención especializada a la salud mental, constituyendo su primer nivel de atención especializada. Su ámbito poblacional es el determinado por la población que tenga asignada en el área hospitalaria o área de gestión sanitaria correspondiente en la que esté adscrita. Dicha unidad constituye el dispositivo con el que se coordinarán el resto de los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental.

Las funciones de la unidad de salud mental comunitaria, en relación con las personas con problemas de salud mental, son las siguientes:

- a) Prestar atención integral a pacientes de su ámbito poblacional en régimen ambulatorio o domiciliario.

b) Desarrollar programas de atención comunitaria que integren actividades de carácter preventivo y de promoción de la salud, asistenciales, de cuidados y de rehabilitación y de apoyo a la integración social, en coordinación con aquellos recursos que contribuyan a la mejor atención de estos pacientes.

c) Garantizar la continuidad asistencial y de cuidados con otros dispositivos asistenciales.

d) Apoyar y asesorar a los centros de atención primaria en la atención a los problemas de salud mental de la población asignada, mediante la realización de actividades de formación, interconsultas y otras.

e) Coordinar la derivación de pacientes al resto de dispositivos de salud mental cuando las necesidades de los mismos así lo requieran.

f) Proponer la derivación de pacientes a otro centro o servicio vinculado con el Servicio Andaluz de Salud mediante convenio o concierto.

2. Unidad de hospitalización de salud mental (UHSM)

La unidad de hospitalización de salud mental es un dispositivo asistencial de salud mental destinado a atender las necesidades de hospitalización en salud mental de la población correspondiente a su área hospitalaria de referencia o área de gestión sanitaria.

Las funciones de la unidad de hospitalización de salud mental, en relación con las personas con problemas de salud mental, son las siguientes:

a) Prestar la atención especializada y el apoyo asistencial necesario, en régimen de hospitalización completa y de corta estancia.

b) Dar el alta al paciente en la unidad de hospitalización e informar de la misma a la correspondiente unidad de salud mental comunitaria, al objeto de garantizar la continuidad asistencial y de los cuidados de enfermería. Si se considera conveniente la derivación a otros dispositivos asistenciales de salud mental, se realizará en coordinación con la unidad de salud mental comunitaria.

c) Atender a los pacientes ingresados en otros servicios del hospital que lo precisen.

d) Participar en el desarrollo de programas de atención a pacientes con alto riesgo de hospitalización, coordinándose con las unidades de salud mental comunitaria y otros dispositivos asistenciales de salud mental de su ámbito de influencia.

3. Unidad de Salud mental infanto-juvenil

La unidad de salud mental infanto-juvenil es un dispositivo asistencial de salud mental destinado a desarrollar programas especializados para la atención a la salud mental de la población infantil y adolescente menor de edad del área hospitalaria de referencia o área de gestión sanitaria correspondiente.

Las funciones de la unidad de salud mental infanto-juvenil, en relación con las personas menores de edad con problemas de salud mental, son las siguientes:

a) Prestar la atención especializada a la salud mental, en régimen ambulatorio y de hospitalización completa o parcial, a la población infantil y adolescente menor de edad con trastorno mental, derivada desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia.

b) Prestar apoyo asistencial a requerimiento de otros dispositivos asistenciales de salud mental.

c) Desarrollar programas asistenciales específicos para la atención a las necesidades planteadas por las unidades de salud mental comunitaria, o la generada por las instituciones públicas competentes en materia de atención y protección de menores.

d) Asegurar la continuidad asistencial y de cuidados, tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario, con independencia de que el ingreso de la persona menor de edad se produzca en la propia unidad, o en otros servicios de hospitalización del área hospitalaria o del área de gestión sanitaria correspondiente.

e) Apoyar y asesorar al resto de los dispositivos asistenciales de salud mental en su ámbito de influencia, en el desarrollo de programas de atención a la salud mental de la población infantil y adolescente.

4. Unidad de rehabilitación de salud mental (URSM)

La unidad de rehabilitación de salud mental es el dispositivo asistencial de salud mental que tiene por objeto la recuperación de habilidades sociales y la recuperación social y laboral, en régimen ambulatorio, de pacientes con trastorno mental grave del área hospitalaria de referencia o del área de gestión sanitaria correspondiente.

Las funciones de la unidad de rehabilitación de salud mental son las siguientes:

a) Prestar atención especializada, mediante el desarrollo de programas específicos de rehabilitación, a pacientes derivados de las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia.

b) Dar el alta al paciente de la unidad de rehabilitación de salud mental e informar de la misma a la unidad de salud mental comunitaria de referencia, al objeto de garantizar la continuidad asistencial y de cuidados.

c) Apoyar y asesorar al resto de los dispositivos asistenciales de salud mental en su ámbito de influencia, en el desarrollo de programas de rehabilitación para personas con trastornos mentales.

d) Colaborar, mediante una actuación coordinada, con los organismos e instituciones públicas con competencia en materia de servicios sociales, para la reinserción social de enfermos mentales.

5. Hospital de día de salud mental (HDSM)

El Hospital de día de salud mental es un dispositivo asistencial de salud mental, de hospitalización parcial y se configura como recurso intermedio entre la unidad de salud mental comunitaria y la unidad de hospitalización de salud mental.

Las funciones del hospital de día de salud mental, en relación con las personas con problemas de salud mental, son las siguientes:

a) Prestar atención especializada, en régimen de hospitalización diurna, a pacientes derivados desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia, mediante el desarrollo de programas individualizados de atención.

b) Dar el alta al paciente del hospital de día de salud mental e informar de la misma a la unidad de salud mental comunitaria de referencia, al objeto de garantizar la continuidad asistencial y de cuidados. Si se considera conveniente la derivación a otros dispositivos asistenciales de salud mental, se realizará en coordinación con la unidad de salud mental comunitaria.

c) Realizar las correspondientes interconsultas cuando el hospital de día de salud mental se encuentre ubicado en un centro hospitalario que carezca de unidad de hospitalización de salud mental.

d) Participar en el desarrollo de programas comunitarios de atención a pacientes de alto riesgo o con trastorno mental grave, que se desarrollen por las unidades de salud mental comunitaria u otros dispositivos asistenciales de salud mental encargados de desarrollar los programas mencionados.

6. Comunidad terapéutica de salud mental

La comunidad terapéutica es un dispositivo asistencial de salud mental dirigido al tratamiento intensivo de pacientes que requieren una atención comunitaria especializada de salud mental, de forma permanente, completa y prolongada.

Las funciones de la comunidad terapéutica de salud mental, en relación con las personas con problemas de salud mental, son las siguientes:

a) Prestar atención especializada a pacientes con trastorno mental grave derivados desde las unidades de salud mental comunitaria.

b) Dar el alta al paciente de la comunidad terapéutica e informar de la misma a la unidad de salud mental comunitaria de referencia, al objeto de garantizar la continuidad asistencial y de cuidados. Si se considera conveniente la derivación a otro dispositivo específico de salud mental, se realizará en coordinación con la unidad de salud mental comunitaria.

c) Participar en el desarrollo de programas comunitarios de atención a pacientes de alto riesgo o pacientes afectados por trastornos mentales graves, que se desarrollen por las unidades de salud mental comunitaria u otros dispositivos asistenciales de salud mental encargados de desarrollar los programas mencionados.

d) Desarrollar programas de atención parcial en aquellos casos que sean precisos.

Estos dispositivos asistenciales de atención especializada a la salud mental tienen carácter multidisciplinar y podrán estar integrados por personas que desarrollen las siguientes profesiones:

- a) Psiquiatría.
- b) Psicología Clínica
- c) Enfermería.
- d) Terapia Ocupacional.
- e) Auxiliar de Enfermería.
- f) Trabajo Social.
- g) Monitor Ocupacional.
- h) Otro personal estatutario de gestión y servicios.

Estos profesionales se organizan en Unidades de Gestión clínica (UGC).

La **unidad de gestión clínica de salud mental** es la estructura organizativa responsable de la atención especializada a la salud mental de la población e incorpora los dispositivos asistenciales de salud mental del área hospitalaria o área de gestión sanitaria correspondiente.

Integrarán la unidad de gestión clínica de salud mental todos los profesionales de diversas categorías y áreas de conocimiento que presten sus servicios en los dispositivos asistenciales de salud mental del área hospitalaria o del área de gestión sanitaria correspondiente, que trabajarán conjuntamente de acuerdo a los principios de autonomía, responsabilidad y participación en la toma de decisiones. Dichos profesionales dependerán jerárquica y funcionalmente de la dirección de la unidad de gestión clínica de salud mental.

Los objetivos de la unidad de gestión clínica de salud mental son el desarrollo de la actividad asistencial, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, los cuidados de enfermería, la rehabilitación y el apoyo a la integración social de las personas con problemas de salud mental, actuando con criterios de autonomía organizativa, de corresponsabilidad en la gestión de los recursos, de buena práctica clínica y de cooperación intersectorial.

Las funciones de la unidad de gestión clínica de salud mental son las siguientes:

a) Prestar asistencia sanitaria individual y colectiva, en régimen ambulatorio, domiciliario, de urgencias y de hospitalización parcial o completa, a la población del área hospitalaria o área de gestión sanitaria a la que se encuentre adscrita la unidad de gestión clínica de salud mental, a través de la coordinación entre los dispositivos asistenciales de salud mental que la integran, con capacidad de organizarse de forma autónoma, descentralizada y expresamente recogida en el acuerdo de gestión clínica.

b) Desarrollar la atención especializada a la salud mental en su ámbito territorial, llevando a cabo la implantación de procesos asistenciales y programas de salud, y el desarrollo del plan integral de salud mental, en función de la planificación establecida por la Dirección Gerencia del hospital o Gerencia del área de gestión sanitaria a la que se encuentre adscrita la unidad de gestión clínica de salud mental.

c) Establecer los mecanismos de coordinación con los demás centros y unidades del Sistema Sanitario Público de Andalucía con los que esté relacionada, a fin de lograr una atención sanitaria integrada, con criterios de continuidad en la asistencia y cohesión de las diferentes actividades.

d) Desarrollar actuaciones de promoción de la salud, la educación para la salud, la prevención de la enfermedad, los cuidados y la participación en las tareas de rehabilitación y apoyo a la integración social y comunitaria de las personas con problemas de salud mental.

e) Desarrollar las actividades de coordinación con los servicios sociales comunitarios que sean necesarias para mejorar la atención a las personas con trastorno mental y favorecer su inserción social.

f) Realizar las actividades necesarias para el desarrollo de planes y programas de promoción del uso racional del medicamento y gestión eficaz y eficiente de la prestación farmacéutica, en el ámbito de la atención a la salud mental.

g) Evaluar las actuaciones realizadas y los resultados obtenidos, como la participación en programas generales de evaluación y acreditación establecidos por la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, con criterios de orientación hacia los resultados en salud, la mejora continua y la gestión eficiente de los recursos.

h) Realizar las actividades de formación continuada necesarias para adecuar los conocimientos, habilidades y actitudes del personal de la unidad a los marcos de competencias establecidos.

i) Realizar las actividades de formación pregraduada y postgraduada correspondientes a las diferentes categorías profesionales y áreas de conocimiento.

j) Participar en el desarrollo de proyectos de investigación y otros estudios científicos y académicos relacionados con los fines de la unidad.

k) Aquellas otras que estén fijadas en los acuerdos de gestión clínica u otras de análoga naturaleza.

3.2. RECURSOS DE CARÁCTER SOCIAL (FAISEM)

Las personas con trastornos mentales graves necesitan atención en importantes y variadas áreas de su funcionamiento social, personal y familiar. Esto exige un conjunto coordinado de intervenciones sanitarias y de apoyo social que garantice su permanencia en la comunidad y el respeto a la consideración de ciudadanos y ciudadanas.

En Andalucía, la atención a estas personas se lleva a cabo en los servicios sanitarios y sociales, y en una red específica de recursos de apoyo social que gestiona la **Fundación Pública Andaluza para la integración social de personas con enfermedad mental (FAISEM)**. Esto quiere decir, que además de la atención sanitaria a los problemas de salud mental, y de la atención social que tiene que ver con el acceso a todos los recursos del Sistema del Bienestar (relacionados con servicios sociales, educación, empleo, etc.), también cuentan con una serie de programas específicos de carácter social que son desarrollados por FAISEM.

FAISEM fue creada en 1993, a instancias del Parlamento de Andalucía y tiene como objetivo el desarrollo y gestión de recursos de apoyo social para personas con dependencia y discapacidad derivada de padecer trastornos mentales graves.

En la actualidad, 1.154 profesionales atienden a unas 10.000 personas en las siguientes áreas de actividad: residencial; laboral; ocupacional; soporte diurno; arte, cultura y deportes; ocio; fomento de Fundaciones Tutelares que prestan medidas de apoyo a las personas con discapacidad para el ejercicio de su capacidad jurídica; atención a personas en situación sin hogar; atención a personas en situación de privación de libertad; sensibilización y lucha contra el estigma; formación, investigación y cooperación nacional e internacional.

❖ PROGRAMA RESIDENCIAL

FAISEM cuenta con un programa residencial que permite atender las necesidades de alojamiento de un número importante de personas con discapacidades derivadas de padecer este tipo de trastornos. Discapacidades que tienen, como todas, grados variables, pero son bastante diferentes de las de los restantes sectores afectados por discapacidad y dependencia: personas con discapacidades físicas e intelectuales. Así aun cuando afectan al desarrollo de habilidades básicas y especialmente instrumentales para la vida diaria, no están ligadas a impedimentos físicos ni cognitivos (que introduzcan por ejemplo requisitos especiales en el diseño arquitectónico de las estructuras residenciales) sino a dificultades para organizar por sí mismos aspectos básicos de la vida cotidiana o a establecer y mantener relaciones sociales, aspectos que son por tanto los que el programa pretende apoyar en sus estructuras e intervenciones.

Para ello el programa se organiza en dos tipos básicos de actuación, con grados de apoyo que se corresponden con la magnitud e intensidad de las dificultades que las personas con Trastornos Mentales Graves pueden encontrar en esta área.

- Casas Hogar, estructuras residenciales específicas, con capacidad para alojar a no más de 20 personas con menores niveles de autonomía para organizar su vida cotidiana y, por tanto, con cobertura de personal de apoyo durante las 24 horas del día.

- Viviendas supervisadas, concebidas como una vivienda “normal” en la que conviven menos de 10 personas (habitualmente entre 3 y 5), con niveles intermedios de autonomía y por tanto sin presencia de personal durante las 24 horas del día, sino con apoyo variable adaptado a las necesidades concretas de cada vivienda y de cada persona.

Atención domiciliaria, apoyando en la propia vivienda individual o familiar a personas que pueden mantenerse en ella pero precisan apoyos puntuales, habitualmente durante un tiempo limitado, y que no precisan un alojamiento específico ni pueden ser atendidas por los servicios generales de Ayuda a domicilio.

En cualquiera de estas modalidades la atención responde a un enfoque personalizado, articulado en Programas Individuales de Atención Residencial.

Al igual que en el conjunto de los programas de apoyo social desarrollados por FAISEM, el acceso a cualquiera de estas modalidades de atención residencial está sujeto a una indicación sanitaria, desde los

servicios de Salud Mental del Sistema Sanitario Público andaluz que, de acuerdo con el Proceso Asistencial Trastorno Mental Grave, deben determinar su necesidad y su articulación con el resto de las intervenciones sanitarias que la persona va a seguir recibiendo, ya que FAISEM no cuenta con personal sanitario.

Y también, en el caso de que la persona esté incluida en la cobertura del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia como es el caso del acceso a una Casa Hogar y la mayoría de las Viviendas supervisadas, con la tramitación del correspondiente proceso (Valoración y elaboración del Plan Individual de Atención).

El acceso se formaliza finalmente en Comisiones Provinciales de Coordinación que incluyen responsables de los servicios de Salud Mental, de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia y de la propia FAISEM.

Como criterios para el acceso se tienen en cuenta:

- La necesidad de apoyo en el área residencial, derivada de padecer un Trastorno Mental Grave y no abordable desde otros programas generales de Servicios Sociales.

- Estar valorada razonadamente desde los Servicios de Salud Mental y en su caso reconocida desde el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia aceptada por la persona.

Dos aspectos, por otra parte relacionados, que merecen especial mención para entender las características del programa.

Uno es que se dirige a personas con discapacidades derivadas de padecer lo que técnicamente conocemos como Trastorno Mental Grave, discapacidades que se diferencian, como ya se ha mencionado, de otros tipos de discapacidad y dependencia, pero también de los episodios agudos de sintomatología activa que algunas de dichas personas pueden presentar y que suelen identificarse erróneamente con el calificativo de “grave”. Las personas son atendidas en el programa por sus dificultades de organización de la vida cotidiana y no por sus síntomas, cuya atención se realiza en el sistema sanitario público, que cuenta para ello con distintas estructuras y equipos profesionales incluyendo los necesarios para la hospitalización de corta o larga estancia en los casos en que ello pudiera ser necesario.

Otro es que, al tratarse de estructuras de residencia, donde la persona vive dentro de la comunidad, implica un grado mínimo de voluntariedad ya que si alguien no quiere vivir en ellas o debe ser convencido de su conveniencia (familia, personal sanitario y personal del programa) o adecuadamente tratado si la negativa deriva de su sintomatología.

❖ PROGRAMA DE EMPLEO

FAISEM desarrolla un programa específico de empleo, basado en dos pilares complementarios:

- **Los Servicios Provinciales de Orientación y Apoyo al Empleo**, encargados de diseñar y coordinar los Itinerarios Personales de Inserción, ofreciendo orientación profesional, asesoramiento y apoyo. Desde ellos y en el marco de esa programación personalizada, se desarrollan:

- Actividades de Formación Profesional para el Empleo, bajo la forma de actividades formativas de duración limitada, adaptados y orientados a la capacitación profesional para el empleo real.

- Y programas de Prácticas y de Empleo con Apoyo en distintos tipos de empresas, como formas de acercar a las personas al mercado de trabajo, garantizándoles un acompañamiento integral, individualizado y sin límites temporales.

- **Las Empresas Sociales del Grupo IDEMA**, autónomas en su estructura y funcionamiento pero impulsadas y apoyadas desde FAISEM, como forma específica de empleo de personas con este tipo de discapacidad. Estas empresas facilitan empleo estable a un número importante de personas a la vez que sirven como ejemplo real de las posibilidades de empleo de las mismas.

También aquí, como en el resto de los programas de FAISEM, el acceso al programa se realiza coordinadamente con los Servicios de Salud Mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía, encargados de valorar su conveniencia, trabajar en las fases iniciales de motivación y rehabilitación general, garantizar una atención sanitaria compatible con el Itinerario Personal establecido y mantener una interlocución adecuada con el Servicio de Orientación en las distintas fases del proceso.

❖ PROGRAMA DE SOPORTE DIURNO

Muchas personas con Trastornos Mentales Graves, especialmente cuando no tienen una actividad sistemática ya sea de formación o de empleo, tienen dificultades más o menos importantes para organizar y dotar de contenido su vida cotidiana. Ya sea porque vivan solas, con su familia o en una estructura residencial específica, se benefician de actividades y de espacios que faciliten la ampliación de relaciones sociales, ofreciéndoles soportes para el desarrollo personal y una vida ciudadana más activa y satisfactoria.

Para tratar de cubrir esa necesidad, FAISEM cuenta con un Programa de Soporte Diurno, en el que se articula una red de dispositivos – centros de día, talleres y clubes sociales – en los cuales se desarrollan actividades orientadas a la recuperación y al fomento de relaciones sociales.

El Programa apoya a personas con Trastornos Mentales Graves, derivadas por los Servicios de Salud Mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía y que pueden encontrarse en alguna de estas situaciones:

- Estar siendo atendidas por las Unidades de Salud Mental Comunitaria, viviendo solas o con sus familias y con dificultades para organizar su vida cotidiana.

- Haber estado o estar siendo atendidas en unidades sanitarias de atención intensiva (Comunidades terapéuticas, Hospitales de Día o Unidades de Rehabilitación), pero susceptibles de recibir una atención de menor intensidad, de refuerzo o de mantenimiento en sus programas de rehabilitación.

- Estar residiendo en alguno de los dispositivos residenciales de FAISEM y necesitar una atención diurna estructurada fuera de los espacios propiamente residenciales.

Para tratar de apoyar la vida activa de estas personas, el Programa de Soporte Diurno se organiza a través de los siguientes tipos de dispositivo:

1. Los Centros de Día, como estructura central del programa, que organizan una amplia variedad de intervenciones, recurriendo para ello a recursos del propio programa o externos a él para promover, a través de un Programa Individual de Atención un abanico personalizado de servicios, actividades y apoyos. Estas Intervenciones se orientan a:

- La organización de actividades de la vida diaria
- El conocimiento del entorno social
- El fomento y apoyo a la auto-organización
- El desarrollo de actividad física y deportiva
- La participación en actividades estructuradas específicas («talleres»)
- Y la orientación vocacional

2. Los Talleres, tanto polivalentes (en zonas más distantes y más cercanos a Unidades de Salud Mental Comunitarias) como de carácter más específico, orientados a alguna actividad ocupacional concreta o más cercanos a la actividad productiva. En cualquier caso se vinculan para su orientación y supervisión a alguno de los Centros de Día.

3. Los Clubes Sociales, en su mayoría gestionados a través de convenios de colaboración con los movimientos asociativos de familiares y de personas usuarias, que cuentan con una actividad variada y abierta a participaciones esporádicas, y que se adscriben funcionalmente, al igual que los talleres, a los Centros de Día.

Dentro de las actividades que se desarrollan en el Programa de Soporte Diurno cabe mencionar también actividades esporádicas relacionadas con el ocio y disfrute del tipo libre y con la actividad deportiva para personas usuarias de otros programas de FAISEM.

❖ PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y APOYO A ENTIDADES TUTELARES

FAISEM se ha impulsado y se apoya la creación de Fundaciones Tutelares que prestan medidas de apoyo a las personas con discapacidad para el ejercicio de su capacidad jurídica, en diferentes provincias, con la participación de las Administraciones públicas (Diputaciones y Ayuntamientos de las Capitales de provincia) y de los movimientos asociativos afectados (personas mayores, personas con discapacidad intelectual y personas con trastornos mentales graves). Desde ellas se desarrollan básicamente las siguientes actividades:

- Asesoramiento jurídico, apoyo social e información a personas afectadas.

- Ejercicio de la función de Defensa judicial en procesos de valoración de la capacidad, intentando en todo caso limitar la incapacitación a los casos en que sea verdaderamente imprescindible y útil para la persona.

- Ejercicio de las funciones de Curatela y Tutela, adjudicadas por las correspondientes resoluciones judiciales, con apoyo personal cercano a las personas asignadas.

- Colaboración con la Administración de Justicia, Servicios asistenciales y otras instituciones.

❖ PROGRAMA DE APOYO AL MOVIMIENTO ASOCIATIVO

En éste, como en muchos otros sectores de la vida social, hay una tendencia creciente a la asociación de las personas afectadas por distintos problemas y sus familiares, que tratan de mejorar su situación incidiendo activamente en la actuación de los servicios públicos y en la conciencia social, además de apoyar de diversas maneras a quienes se ven directamente afectados.

En el caso de las personas con Trastornos Mentales Graves hay, en Andalucía como en la gran mayoría de países de nuestro entorno, dos grandes bloques asociativos, el liderado por los familiares y el directamente generado por personas con este tipo de problema. Ambos tratan de mejorar la situación de este sector combinando el apoyo a las personas afectadas, la interlocución crítica con las Administraciones y, en menor medida, la prestación de algunos servicios de atención.

La consolidación de estos movimientos, necesarios, necesariamente autónomos, y el establecimiento de canales estables de cooperación con los mismos ha sido objetivo fundamental de la FAISEM desde su creación en 1993. Para ello se suscaban Convenios Anuales de Colaboración con las dos federaciones existentes en Andalucía:

- **FEAFES-Andalucía** (Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental), organización con fuerte implantación en las distintas provincias y que desarrolla actividades de autoayuda y apoyo a las personas afectadas y a sus familias, así como de lucha contra el estigma y la discriminación, intentando ofrecer una imagen normalizada de la enfermedad y ampliar el espacio de tolerancia social y apoyo para quienes padecen.

- **Enfermera Persona (Federación Andaluza de Usuarios y Usuarias de Salud Mental)**, directamente organizada y autogestionada por personas afectadas, que representa un movimiento todavía pionero en nuestro país, planteándose igualmente tareas de autoayuda y apoyo, paralelas a las de lucha contra el estigma y la discriminación que sigue afectándoles negativamente en nuestras sociedades.

Los convenios contemplan el apoyo a ambos movimientos (al igual que se hace desde otros ámbitos de la Administración con distintos movimientos asociativos) así como la participación en actividades de sensibilización social, programas deportivos y culturales y gestión de Clubes Sociales.

Pero además ambas federaciones participan en otras comisiones conjuntas como las de Empleo, y la de Deportes, así como en la Comisión Asesora de FAISEM cuya presidencia ha venido siendo cubierta hasta el presente por algún representante de FEAFES-Andalucía.

❖ PROGRAMAS ESPECÍFICOS PARA PERSONAS CON RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL

Hay dos grupos de personas con Trastornos Mentales Graves que se encuentran en situaciones de especial dificultad y riesgo para su actual y futura integración social, lo que justifica intervenciones específicas de apoyo social combinadas con las correspondientes intervenciones sanitarias.

PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Frente a un estereotipo relativamente frecuente en nuestras sociedades, solo un número reducido de personas con trastornos mentales graves pueden presentar en algún momento de su vida conductas delictivas que conlleven penas o medidas de seguridad privativas de libertad, por lo que su contribución proporcional a la comisión de este tipo de actos es también muy reducida. Sin embargo, al igual que en el caso de quienes no lo padecen, algunas personas con trastornos mentales graves terminan bajo la responsabilidad de Instituciones Penitenciarias, ya sea en una prisión ordinaria, ya con una medida de seguridad de tratamiento en uno de los dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios existentes en nuestro país.

Desde FAISEM se intenta trabajar en varias direcciones coordinadas, además de impulsar una estrategia común que pudiera permitir una reducción de la judicialización innecesaria y la consiguiente entrada en prisión de aquellas personas cuyos problemas podrían abordarse desde un enfoque preventivo, sanitario y social:

- Mejorando el conocimiento de la realidad de la situación, para lo que se ha realizado un primer estudio de prevalencia de varones que cumplen condena en dos Centros penitenciarios de Andalucía, en el que puede verse que hay un número importante de internos con algún problema de salud mental (especialmente relacionados con el consumo de drogas) pero un número más reducido, aunque relevante de quienes padecen un trastorno mental grave (entre un 3 y un 4% del total de la población reclusa). Son personas en principio vulnerables, algunas de las cuales podrían no haber entrado en prisión o salir de ella con una buena coordinación intersectorial, pero otras necesitan mejorar su atención dentro de las instituciones.

Estableciendo marcos de cooperación con las instituciones y agentes implicados, por un lado con la Comisión de Análisis de Casos impulsada desde la Subdirección de Sanidad Penitenciaria del Ministerio del Interior y con participación de Salud Mental, Fiscalía de Sevilla, FAISEM y las Federaciones del movimiento asociativo de familiares y de usuarios y usuarias. Y por otro, a nivel provincial con Comisiones Técnicas de Coordinación, coordinadas desde la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, y de Salud y Familias.

- Desarrollando un Plan de Trabajo con el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, para facilitar, junto con la Asociación ASAENES, el acceso de internos del mismo a programas de FAISEM y de dicha Asociación, tratando de facilitar el proceso de salida de la institución.

- Y desarrollando acuerdos concretos con algunas Instituciones Penitenciarias, junto al programa de Salud Mental y los movimientos asociativos. Acuerdos que permitan, al igual que el caso anterior, el acceso a programas externos de FAISEM, así como facilitar la salida de las Instituciones. Acuerdos que funcionan actualmente con los centros penitenciarios de Alhaurín de la Torre, Albolote, Córdoba, Huelva, Jaén y Morón, así como en Centro de Inserción Social de Granada.

PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN SITUACIÓN DE SIN HOGAR

Los programas de atención a personas sin hogar que padecen algún tipo de trastorno mental grave son un componente imprescindible de la atención comunitaria. Pero se enfrentan a dificultades importantes, ocasionadas en parte por el estigma social. Negativas actitudes sociales que pueden afectar también a los profesionales sanitarios y sociales, que no suelen ser demasiado favorables a atender a un grupo marcado por dos estigmas: enfermedad mental y marginalidad.

Por ello los programas de apoyo social para este colectivo deben vencer varias líneas de resistencia importantes. La primera diferenciar la atención, identificando a quienes padecen realmente un trastorno mental grave y especialmente a aquellas personas que en razón de ese padecimiento están viviendo en la marginalidad. De hecho, la información epidemiológica nacional e internacional muestra, no más allá del 30-40 % de quienes viven sin hogar tienen alguna enfermedad mental grave.

Por ello, es básica la cooperación en la atención entre:

- Servicios de salud mental, con profesionales que hacen la valoración e intervienen en el tratamiento, con procedimientos asertivos cuando es necesario.
- Servicios sociales especializados en la atención a colectivos sin hogar, con profesionales que detectan posibles personas con trastornos mentales, saben manejar los problemas generales del colectivo y facilitan el acceso a los recursos sociales disponibles.
- Y servicios específicos de apoyo social, que enlazan los dos anteriores con las redes habituales de los programas residencial, de soporte diurno y de empleo específicos para personas con TMG, además de cuando existe alguna estructura específica de apoyo.

Por ello el trabajo de FAISEM en este ámbito ha consistido básicamente en:

- Establecer, en las principales ciudades con mayor prevalencia de este tipo de problemas, acuerdos locales entre esas tres redes para garantizar una cobertura general del programa.
- Incluir en el acuerdo la disponibilidad de personal específico de FAISEM.
- Y facilitar el acceso a los programas generales (residencial, de soporte diurno y de empleo), cuando alguna persona puede y quiere beneficiarse de ellos.

❖ PROGRAMA DE LUCHA CONTRA EL ESTIGMA, SENSIBILIZACIÓN Y DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LOS CIUDADANOS

Las personas con Trastornos Mentales Graves tienen que hacer frente a una doble fuente de dificultades, que en muchas ocasiones refuerzan entre sí sus efectos negativos: la enfermedad que padecen y el estigma social que se les asocia en nuestras sociedades. Y paradójicamente en muchas ocasiones los efectos de este último son peores que los de la propia enfermedad al afectar paralelamente a las oportunidades de atención, apoyo e inclusión social (“discriminación”) y a su propia imagen y autoestima para superarlas (“autoestigma”).

Por eso, desde FAISEM se considera que la lucha contra este negativo fenómeno social debe ser un componente central de los esfuerzos por apoyar la recuperación y la ciudadanía de las personas con Trastornos Mentales Graves. Y que, en ese sentido, las distintas actividades que se desarrollan suponen de por sí contribuciones relevantes a esa lucha:

- Al establecer una red de recursos de apoyo o soporte social para facilitar la vida en la comunidad de muchas personas con Trastornos Mentales Graves en áreas básicas como el alojamiento, el empleo y la vida cotidiana.
- Al situar esos recursos de manera integrada en los entornos sociales que en cada caso corresponde, facilitando la interacción social de y con las personas atendidas.
- Y facilitando el desarrollo y visibilidad de dichas personas en el ejercicio de roles sociales distintos del de enfermo o enferma, como son especialmente los vinculados al empleo o las actividades culturales y deportivas.

Pero además de esa contribución general, FAISEM viene desarrollando distintas actividades más concretas dirigidas a luchar contra el estigma social, por un lado en el sector de la investigación y por otro mediante su integración en programas intersectoriales.

A ese respecto es importante reseñar aquí la plataforma constituida en 2004, mediante la firma del Convenio Marco para la Sensibilización Social sobre las personas con trastornos mentales graves, entre las Consejerías de Salud, Educación e Igualdad y Bienestar social, la Empresa Pública de la Radio y Televisión Andaluza, FEAFES Andalucía y FAISEM, que ha venido sirviendo de cauce para la cooperación intersectorial en este importante campo, contribuyendo a hacer visible un área clave para la atención comunitaria de personas con trastornos mentales graves.

Como estructura operativa, derivada del Convenio y relacionada con el Plan Integral de Salud Mental, viene funcionando también el Grupo de Sensibilización en Salud Mental, en el que se integran profesionales de FAISEM, del Programa de Salud Mental del SAS, de FEAFES Andalucía, de la Federación En Primera Persona y de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

❖ ACTIVIDADES DE FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN Y COOPERACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL

Tanto para apoyar sus actividades como en tanto que resultado del desarrollo de las mismas, FAISEM necesita obtener información con metodología científica y ha ido adquiriendo un cuerpo de conocimientos teóricos y técnicos que puede utilizar en la formación de su personal y en el apoyo a otras experiencias y profesionales en otros territorios. Actividades que han permitido además completar la imagen de una organización relevante en el campo de la atención no sanitaria a personas con Trastornos Mentales Graves ganada fundamentalmente con el desarrollo de sus programas concretos. Y también incidir positivamente en algunos debates nacionales e internacionales que han permitido ampliar el campo de la atención comunitaria.

❖ ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTES

FAISEM, a través de la Comisión de Deportes (en colaboración con FAFES Andalucía y la Federación En Primera Persona) desarrolla un programa anual de actividades deportivas que tiene como principales actuaciones las siguientes:

- Se programan actividades deportivas en cada una de las provincias a través de los programas de soporte diurno.
- Se desarrollan campeonatos provinciales (principalmente de fútbol, paddle, atletismo, voleibol) y actividades dirigidas a las personas atendidas en el programa residencial de FAISEM (Subprograma de Promoción de salud y hábitos saludables) y en los clubes sociales. Una de ellas es la denominada “Un millón de pasos” que fomenta el caminar en grupo de usuarios y usuarias con una periodicidad regular.
- Se celebran Campeonatos Autonómicos de Fútbol, en el que participan personas de todas las provincias andaluzas. De especial significación ha sido la iniciativa “Locos por el remate” que se celebra desde 2005 en la ciudad de Cabra (Córdoba).
- Se organizan eventos con participación europea, en Cabra, Málaga y Almería y se desarrollan distintos proyectos europeos (FOCUS LEARNING: SPORT, CULTURE, MUSIC TO LEARN BEYOND MENTAL ILLNESSES y INSPORT “Promoting Social Inclusion Through Sport”).
- En colaboración con la Universidad de Almería, se desarrollan estudios y Cursos de especialización sobre Deporte Adaptado y se ha participado en Congresos Internacionales sobre actividad Física y Deporte Adaptado.

Y se desarrolla una línea de cooperación con la Consejería de Educación, Cultura y Deportes (a través del Instituto Andaluz del deporte IAD) en la organización de eventos deportivos, en el que destaco el Encuentro Deportivo Europeo en noviembre de 2012 y el Seminario de Buenas Prácticas en Junio de 2013, ambos celebrados en Málaga en el IAD y la Ciudad deportiva de Carranque. Así como la actividad “Tiki Taka por la salud Mental”, celebrado en el Estadio de la Juventud de Almería en 2014.

❖ ARTE Y CULTURA

Con carácter general se pretende potenciar el desarrollo de habilidades y capacidades a través del arte y la actividad creativa, así como apoyar a las personas con los medios y recursos necesarios para este fin. Para ello, los proyectos o iniciativas en el campo que nos ocupa tendrán entre sus objetivos diversas líneas de intervención como son las siguientes:

- Promover espacios para mostrar e incentivar la expresión artística plástica de personas con problemas de salud mental.
- Aumentar el conocimiento sobre el valor de la obra artística de personas con enfermedad mental, sus contenidos, el impacto sobre los procesos del enfermar y el valor comunicador, artístico y terapéutico de las mismas.
- Fomentar el reconocimiento de la fuerza artística de estas personas en el ámbito comunitario, así como compartir con artistas, profesionales y con el conjunto de la ciudadanía la información dada en el tema y los contenidos expresados en sus obras y su capacidad creativa.
- Promover, y estimular el conocimiento de la actividad artística y obra plástica de personas que en razón de padecer una enfermedad mental tienen una situación de desventaja social para difundir y dar a conocer sus producciones artísticas.
- Acompañar a la persona en su proceso creativo cubriendo aquello que viene de ella y entra en juego con las problemáticas sociales y las culturales de pertenencia.
- Plantear una exigencia de calidad en la producción de las obras desmontando el conformismo, el estereotipo y la repetición.
- Propiciar un verdadero enriquecimiento recíproco del encuentro entre los profesionales y usuarios/as desde diferentes ámbitos de intervención en el mundo del arte.
- Desarrollar una metodología de trabajo abierta a las personas al mundo del arte y la cultura presente en los espacios de creación y favorecer su integración en la dinámica cultural de la sociedad.
- Facilitar el intercambio de saberes y conocimientos en el ámbito sanitario, social y cultural, posibilitando actividades con una función social reconocida y diferenciada del estereotipo que se tiene de las personas con enfermedad mental.

Emplear el ocio de manera creativa y enriquecedora, utilizar el arte como alternativa de salud, aspecto que permite relacionar lo interno y lo externo y que las personas con enfermedad mental saquen los beneficios del arte, la cultura y la creatividad.

4. ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE PSICÓTICO

4.1. DEFINICIÓN DE PSICOSIS

La psicosis es un conjunto de trastornos psiquiátricos en los que se alteran, de manera significativa, la percepción, los pensamientos, el estado de ánimo y el comportamiento de una persona. Cada persona que desarrolla psicosis o esquizofrenia tendrá su propia combinación de síntomas y experiencias, que variarán en función de sus circunstancias particulares.

Por lo general, hay un periodo “prodrómico”, que a menudo se caracteriza por algún deterioro en el funcionamiento personal. Las dificultades pueden incluir: problemas de memoria y atención, aislamiento social, comportamiento inusual, alteración de la comunicación y el afecto, experiencias perceptivas inusuales, disminución del interés en las actividades diarias.

Este periodo prodrómico es típicamente seguido por una fase aguda con síntomas positivos como alucinaciones, trastornos del comportamiento y trastornos del pensamiento. Si la fase aguda remite, por lo general después de un tratamiento, los síntomas positivos pueden desaparecer o disminuir, pero es frecuente que permanezcan síntomas negativos como la falta de motivación, deterioro del funcionamiento cognitivo y del autocuidado.

4.2. INCIDENCIA Y PREVALENCIA

La psicosis es una enfermedad mental relativamente común, siendo la esquizofrenia la forma más frecuente y grave del trastorno psicótico y que implica una alta carga global de enfermedad, situándose entre las primeras 25 causas de discapacidad en el mundo (Verdugo, 2013). En cuanto a la incidencia, una reciente revisión desde el año 2000 al 2015 (Castillejo et al., 2018) muestra que la tasa de incidencia media considerando todas las psicosis en su conjunto fue de 29,51 por cada 100.000 habitantes. Las psicosis no afectivas (20,11 por 100.000) fueron más comunes que las afectivas (7,44 por 100.000). Dentro de las psicosis no afectivas la más común fue la esquizofrenia con una tasa de 9,4 por 100.000. En su conjunto, las psicosis fueron 1,48 veces más frecuentes en hombres que en mujeres.

4.3. POSIBLES CAUSAS DE PSICOSIS Y ESQUIZOFRENIA

Existen un conjunto de factores de riesgo, genéticos y ambientales, para desarrollar psicosis y esquizofrenia, si bien aún no se conoce como estos factores interaccionan entre sí para causar el trastorno.

4.3.1. FACTORES GENÉTICOS

En lo que se refiere a los riesgos genéticos, tener un familiar cercano con psicosis o esquizofrenia es el mayor factor de riesgo para desarrollar un trastorno psicótico. Se ha estimado que el riesgo de por vida en un niño con un padre afectado sería del 13% y del 46% cuando ambos padres lo están. Cuando es un hermano o un gemelo no idéntico el 10% y el 48% en el caso de un gemelo idéntico.

Sin embargo, aunque el riesgo genético es importante, no se puede concluir que el desarrollo del trastorno sea debido a un solo gen de la esquizofrenia sino a la contribución de muchos de ellos. El riesgo genético también puede ser debido a anomalías genéticas poco frecuentes tales como supresión o duplicación de genes.

4.3.2. FACTORES BIOLÓGICOS

Diversos estudios encuentran que algunos factores de riesgo biológicos pueden ser:

- Complicaciones antes o durante el parto
- Consumo de cannabis, sobre todo en la adolescencia
- Padres de edad avanzada
- La exposición al parásito unicelular toxoplasma gondii

4.3.3. FACTORES PSICOSOCIALES

Algunos factores de riesgo psicosocial pueden ser:

- Nacer en zonas urbanas y vivir en las ciudades
- Adversidad en la infancia y en la edad adulta
- La inmigración, especialmente cuando los inmigrantes son de un país en desarrollo

4.4. TEORÍAS ETIOLÓGICAS

1. Una teoría bien establecida es la **hipótesis del neurodesarrollo**, que propone que algunas personas tienen una vulnerabilidad al desarrollo de la psicosis y la esquizofrenia y que ésta surge debido a la interacción de los riesgos genéticos y ambientales en el momento del nacimiento. Por ejemplo, algunas personas podrían tener genes que aumentan las posibilidades de complicaciones antes o durante el parto y/o tener otros genes que hacen que sea difícil de reemplazar o reparar las células nerviosas dañadas cuando se produce una complicación.

La teoría propone que estas personas a veces adquirirán lesiones neurológicas sutiles que no son inmediatamente evidentes durante la infancia. Sin embargo, cuando el niño o niña entra en la adolescencia, estas lesiones alteran los cambios normales en la conectividad cerebral que se producen en los adolescentes. El resultado final es que la persona afectada se vuelve particularmente sensible a desarrollar psicosis en la presencia de algunos riesgos ambientales, por ejemplo, el consumo de cannabis.

2. Una teoría alternativa es la **teoría diátesis – estrés**, que propone que todo el mundo tiene un cierto grado de vulnerabilidad al desarrollo de la psicosis y la esquizofrenia, y que el factor crítico en muchas personas no son los genes o lesiones neurológicas sutiles, sino el tiempo, la naturaleza y el grado de exposición a los riesgos ambientales. Los defensores de esta teoría señalan que vivir en una ciudad, la pobreza o el maltrato son predictivos de presentar síntomas psicóticos más adelante, con o sin que haya un riesgo genético.

3. Otra teoría, que es descrita como la **“hipótesis de la dopamina”**, propone que la psicosis y la esquizofrenia pueden ser causadas por la sobreactividad en el sistema dopaminérgico mesolímbico. La

principal evidencia para apoyar esta teoría es que el tratamiento farmacológico eficaz para la psicosis y la esquizofrenia regula el sistema neurotransmisor dopaminérgico.

4.5. PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO TRASTORNO MENTAL GRAVE

Un proceso asistencial integrado (PAI) es una herramienta cuyo propósito es aumentar la efectividad de las actuaciones clínicas a través de una mayor coordinación y garantía de continuidad asistencial. Los PAI sitúan al paciente como el eje central de la organización asistencial. Se definen como el conjunto de actividades que realizan los proveedores de la atención sanitaria con la finalidad de incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios.

Los Procesos Asistenciales Integrados nacieron con un objetivo clave: que la atención sanitaria incorporara la visión del paciente en el conjunto del equipo asistencial para la mejora de la continuidad asistencial. Asimismo, perseguían que la práctica clínica se desarrollara en base a la mejor evidencia científica disponible, y que los profesionales tuvieran una guía que les permitiera disminuir la variabilidad en la práctica clínica cada vez más compleja y especializada.

En Andalucía se cuenta con el PAI de trastorno mental grave que se define como el conjunto de actividades encaminadas a la detección precoz, identificación, evaluación, diagnóstico, elaboración consensuada de un Plan Individualizado de tratamiento y la aplicación de distintas intervenciones que garantice en las personas y en su entorno un abordaje multidisciplinar e integral.

Límite de entrada:

Paciente adulto con sospecha de trastorno mental grave (TMG), entendiéndose por tal aquella persona que presenta una sintomatología de características psicóticas o prepsicóticas* que:

- Genera problemas de adaptación y comprensión de la realidad.
- Distorsiona la relación con los otros.
- Supone o puede suponer riesgo para su vida.
- Tiene repercusiones negativas en distintas áreas del funcionamiento personal (vida cotidiana, educación, empleo, relaciones sociales).

Puede presentar un consumo perjudicial de sustancias psicotrópicas.

El concepto de TMG incluye:

1. Una sintomatología referida anteriormente que incluye los diagnósticos CIE-10-ES4: F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29, F30 (F30.13 y F30.2), F31, F32 (F32.2, F32.3), F33 (F33.2, F33.3), F60 (F60.0, F60.1 y F60.3).

2. La necesidad un abordaje multidisciplinar, intersectorial y continuado.

3. La previsión de una evolución prolongada en el tiempo.

Límite final:

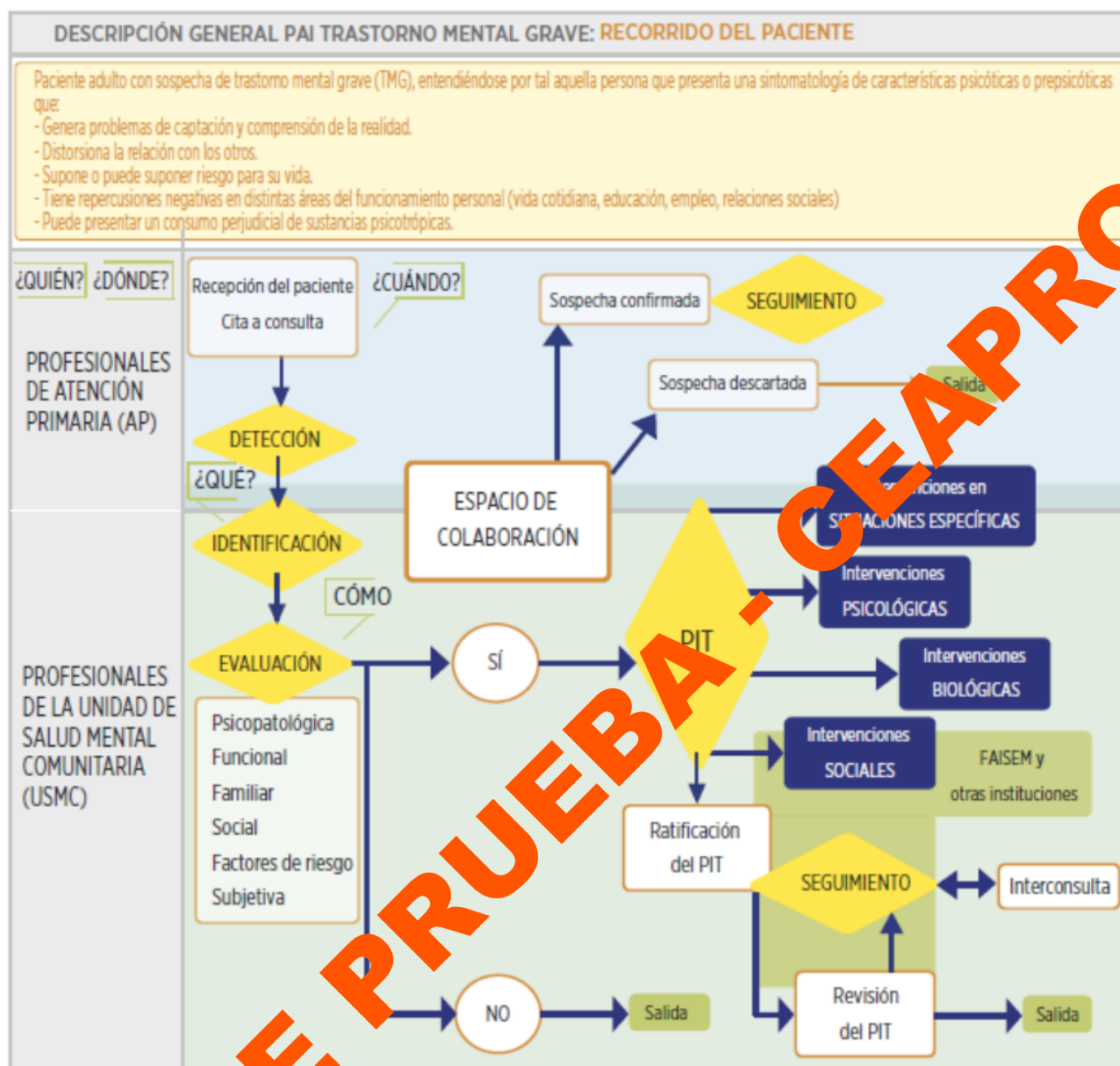
- Paciente en el que no se confirma un TMG tras la evaluación.
- Pacientes en los que se confirma el diagnóstico de un episodio de corta duración que incluye los diagnósticos CIE-10-ES4: F23; F30.13, F30.2; F32.2, F32.3.
- Curación, o mejoría suficiente, desde el punto de vista sintomático y funcional, por lo que no requiere abordaje complejo en un periodo mínimo de 2 años.

Límites marginales:

- Trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia.

4.5.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PAI

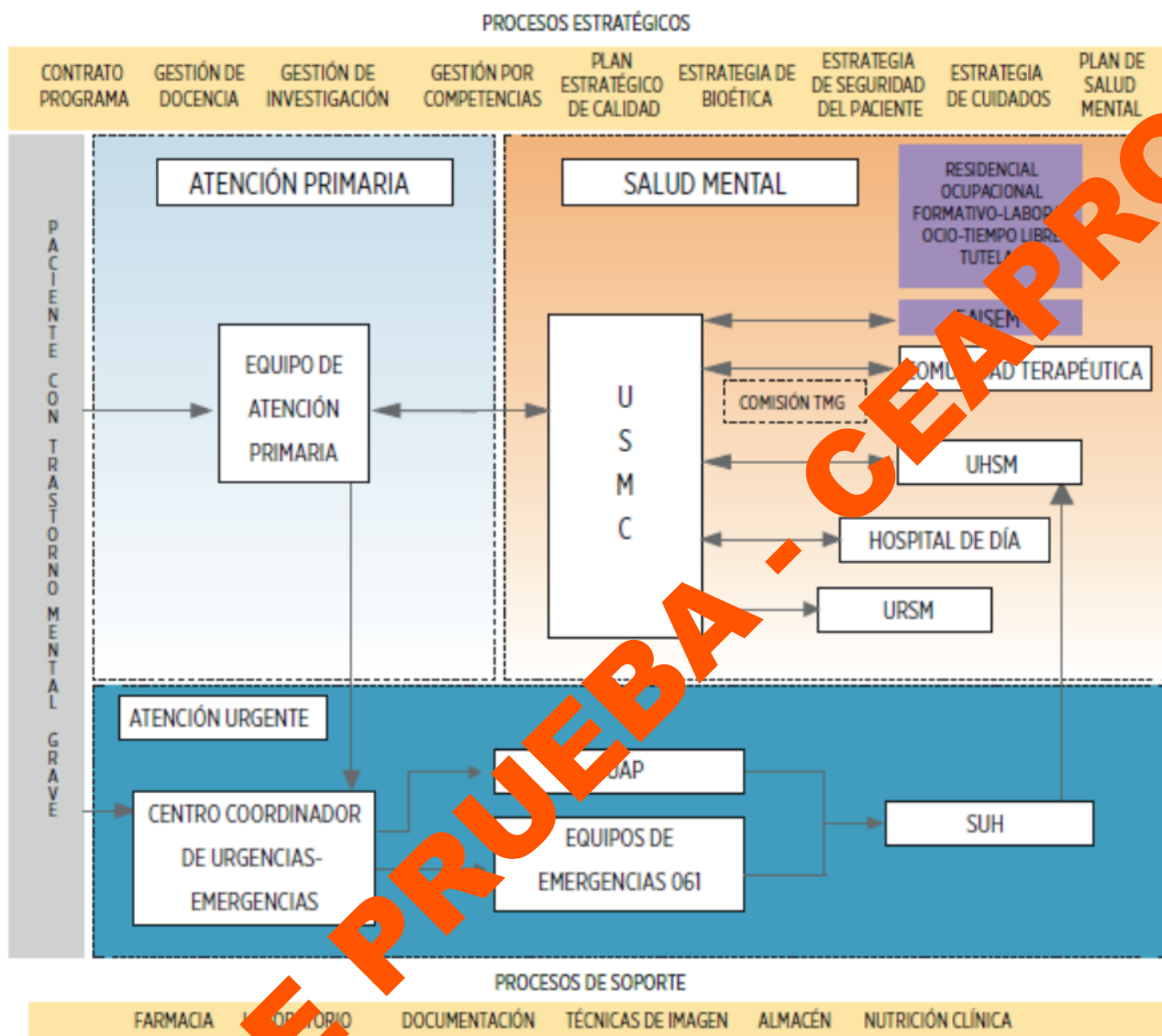
La descripción general del PAI Trastorno Mental Grave se ha realizado siguiendo el recorrido de la persona, representando gráficamente: los profesionales que desarrollan la actividad (QUIÉN), el ámbito de actuación (DÓNDE), las actividades o servicios que se realizan (QUÉ), sus características de calidad (CÓMO), y la secuencia lógica de su realización (CUÁNDO), reflejándose en la Hoja de Ruta del Paciente.



4.2 REPRESENTACIÓN GLOBAL DEL PAI

La representación global del PAI permite visualizar la amplitud real del mismo, iniciándose el Proceso Operativo (clínico-asistencial) tras el contacto de la persona con el SSPA por las diferentes entradas posibles (061- AP- AH) y la atención de los/as profesionales desde diferentes ámbitos de actuación en AP y AH. De esta forma se da continuidad a la asistencia de pacientes/familias y la salida del PAI, en el marco establecido por los Procesos Estratégicos y sustentados en los Procesos de Soporte.

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1: TRASTORNO MENTAL GRAVE



En resumen, las personas que padecen psicosis, requieren una red asistencial completa, en la que intervengan múltiples servicios y profesionales en las distintas etapas de la enfermedad. Por esto se hace necesaria la existencia de redes complejas y coordinadas de dispositivos y equipos profesionales, lo que implica:

- Acceso a los cuidados generales de salud para tener atención sanitaria en todos los aspectos, también en aquellos que no tengan que ver con la salud mental.
- Equipos especializados en salud mental
- Espacios para la hospitalización o el tratamiento intensivo
- Espacios para la hospitalización parcial
- Espacios de rehabilitación
- Recursos de apoyo social del Estado del Bienestar y de FAISEM.

Ante un panorama como el descrito en el que intervendrán distintas redes y profesionales, la coordinación es un elemento fundamental para conseguir la continuidad terapéutica y por esto se hacen fundamentales los PAI.

Uno de los mejores elementos para la coordinación es el diseño de Programas Individualizados que impliquen a todos los sectores del circuito. Para ello se necesita la existencia de una Comisión de Seguimiento del Programa de atención a TMG.

Para finalizar este apartado, señalar que existen Guías de práctica clínica para el manejo y la atención a pacientes con psicosis. Estas guías son un conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia científica, así como en un análisis de los riesgos y beneficios asociados a cada alternativa, para optimizar la atención sanitaria a los pacientes, ordenando y evaluando los resultados disponibles para conseguir, disminuir la variabilidad en la práctica clínica.

5. LA ATENCIÓN INFANTO-JUVENIL

La infancia y la adolescencia son etapas del desarrollo humano que requieren, por su complejidad, especificidad, necesidades del entorno y por su vulnerabilidad a los cambios sociales, un tratamiento diferente al de las personas adultas.

Es necesario que, dentro de las líneas estratégicas de salud mental, queden explicitadas estas diferencias y se desarrollen actuaciones transversales de promoción de salud, detección e intervención precoz en las patologías más graves y prevalentes. Por eso, el Plan Integral de salud mental de Andalucía recoge una línea específica dirigida a este grupo poblacional.

Estas actuaciones, que se desarrollan tanto en los Servicios Sanitarios, como en el entorno familiar, educativo y comunitario, han demostrado ser eficaces para mejorar las competencias afectivas, cognitivas y sociales de los niños/as, niñas y adolescentes, repercutiendo de manera positiva en el bienestar mental y en la calidad de vida de las niñas, niños y adolescentes y sus familias.

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS, los programas de promoción y prevención en salud mental de la infancia y adolescencia han de desarrollarse desde las primeras etapas evolutivas, incluida la atención prenatal, prestando una especial atención a la promoción de un apego positivo y de lazos afectivos tempranos. Van de continuar a lo largo de estas edades, fundamentalmente mediante intervenciones que fomenten la salud mental positiva. Además, la atención a la salud mental en la infancia y adolescencia debe ser sensible a los cambios sociales y a las nuevas expresiones sintomáticas motivadas por los mismos que, en ocasiones, se traducen en problemas que se perciben como especialmente relevantes en estos grupos de población (trastornos de la conducta alimentaria, dificultades atencionales, problemas conductuales...). Es un compromiso Institucional impulsar aquellas iniciativas que permitan educar a las y los menores en la protección de sus derechos, en el conocimiento de sus deberes, convivencia solidaria, las relaciones igualitarias y el respeto a las demás personas.

A los 14 años han surgido ya la mitad de los problemas de salud mental que aparecerán en el curso de la vida. Además, las enfermedades mentales durante la infancia y la adolescencia conducen a tasas más altas de enfermedad mental en la edad adulta.

Desde que comenzó la pandemia, se han incrementado las visitas consultas de profesionales de la salud mental. Se estima que han aumentado un 145% las llamadas con ideas o intentos de suicidio y un 100% las autolesiones.

Por todo esto, la atención a la salud mental en esta etapa del desarrollo debe ser especialmente atendida y debe ser una prioridad por parte de nuestros poderes públicos. En el III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (III PISMA 2016-2020), se establece como su tercer objetivo general: favorecer la detección precoz de problemas de salud mental en la población infantil y adolescente y prestar una atención de calidad, que facilite su desarrollo evolutivo y la construcción de su proyecto vital.

Recientemente, se ha aprobado el III Plan de Infancia y Adolescencia de Andalucía (PIA-A 2024-2027), por Acuerdo de 7 de octubre de 2024, del Consejo de Gobierno. Entre sus prioridades, concretamente en la Prioridad 3, se establece la mejora de la atención a la salud infantil y adolescente, especialmente relacionados con la salud mental, el bienestar emocional y los hábitos de vida saludables.

El **modelo de atención a la infancia y adolescencia en Andalucía**, en los dispositivos de salud mental, se ha desarrollado así:

I. Un primer nivel de atención es el Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP), dispositivo en el que sus profesionales (Pediatras, Médicos de familia, Enfermería) tienen el primer contacto con la población, realizando actividades de prevención y promoción de la salud mental, resolviendo determinadas demandas y detectando y derivando los problemas psicopatológicos, al nivel especializado, realizando en este caso el seguimiento de estos pacientes infantiles de forma coordinada con dichos dispositivos.

II. Un segundo nivel de atención lo constituye la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC), anteriormente Equipo de Salud Mental de Distrito (ESMD), que es el primer nivel de la atención especializada a la salud mental de niños/as y adolescentes, siendo el dispositivo básico en su ámbito de influencia con el que se coordinan el resto de los dispositivos. Presta atención ambulatoria a la demanda de salud mental infanto-juvenil derivada desde Atención Primaria y realiza actividades de apoyo y asesoramiento en programas de salud mental infanto-juvenil. Deriva al nivel más especializado (USMI-J) los problemas psicopatológicos que requieran atención en programas específicos por su gravedad, complejidad o necesidad de tratamiento intensivo.

III. En un tercer nivel de atención, se encuentra la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, dispositivo destinado a desarrollar programas especializados de atención a la salud mental de la población infantil y adolescente de edad no superior a dieciocho años.

Las funciones de este dispositivo son:

a. Prestar atención especializada a la salud mental, en régimen ambulatorio y de hospitalización total o parcial a la población infantil y adolescente con trastorno mental, derivada desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de actuación.

b. Dar apoyo asistencial a requerimiento de otros dispositivos de salud mental.

c. Poner en marcha programas asistenciales específicos para dar cobertura a la demanda derivada desde las unidades de salud mental comunitaria, o desde instituciones sanitarias y no sanitarias con competencia en materia de menores, con las que se haya establecido cauces de coordinación.

d. Asegurar la continuidad asistencial y de cuidados, tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario.

e. Participar en el diseño y desarrollo de programas de atención a la salud mental de la población infantil y adolescente a implantar en otros dispositivos asistenciales de salud mental de su ámbito de influencia, prestándoles el asesoramiento necesario.

f. Desarrollar actividades de formación continuada, docencia de pregrado y postgrado e investigación en salud mental.

g. Aquellas funciones que así lo precisen, se ejercerán en colaboración con las instituciones competentes en materia de atención y protección de menores.

La Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J) desarrolla estas funciones en tres programas asistenciales:

- **Consultas Externas:** son atenciones a menores que presentan problemas de salud mental y sus familias, de forma ambulatoria por el equipo multidisciplinar, garantizando la accesibilidad y continuidad asistencial.

- **Hospital de Día:** está orientado a atender a menores que, por la gravedad de su patología, requieren una intervención especializada, intensiva y continuada. Se intenta mantener al niño, niña o adolescente integrado en la escuela y en su medio, siempre que sea posible, adecuando el plan de tratamiento a estas necesidades.

- **Hospitalización completa:** para situaciones de crisis en las que sea necesario el internamiento hospitalario, este se llevará a cabo en camas disponibles y adecuadas para estas edades.

Para finalizar este apartado, simplemente señalar la existencia del Programa de atención a la salud mental infantil y adolescente.

La elaboración de este programa se asume como compromiso en el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012 (II PISMA), a través de la Línea Estratégica de Infancia y Adolescencia. Este programa ha sido redactado por profesionales del Grupo Director de Infancia y Adolescencia del PISMA 2003-2007 y fue implantado por el equipo multidisciplinar de profesionales que ponen su conocimiento, tiempo y habilidades a disposición de toda la red de salud mental para el desarrollo de esta línea estratégica. Desde

un modelo de atención comunitaria, el Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia tiene el objetivo fundamental de servir como elemento de apoyo a la red sanitaria de atención a la salud mental, con el objetivo de garantizar la continuidad asistencial y de cuidados de niños, niñas y adolescentes y, de esta manera, mejorar su salud y bienestar.

Esta mejora se sustenta en cuatro pilares fundamentales: el respeto de los derechos del niño, la consideración del interés del/la menor como bien supremo, la promoción de la salud de este colectivo basada en el modelo del desarrollo positivo, la prevención de los trastornos mentales en estas edades y la garantía de una asistencia de calidad basada en la mejor evidencia científica, con criterios de equidad y de no estigmatización.

Por su parte, el III PISMA establece, en la Línea estratégica 2: Detección, atención y recuperación, el Objetivo General 3: Favorecer la detección precoz de problemas de salud mental en la población infantil y adolescente y prestar una atención de calidad, que facilite su desarrollo evolutivo y la construcción de su proyecto vital.



Bibliografía

Programa de atención a la salud mental infantil y adolescente. Junta de Andalucía

III Plan integral de salud mental de Andalucía 2016-2020. Consejería de salud. Junta de Andalucía

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM 5. Asociación Psiquiátrica Americana

Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía.

Plan de Atención Integral a las personas con TMG 2018-2022. Consejería de Sanidad y Consejería de Igualdad. Generalitat Valenciana.

Detección e intervención temprana en las psicosis. Consejería de Salud y familias Junta de Andalucía.