



Dirección General de Salud Pública y Participación
Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

Programa de Salud Mental
Servicio Andaluz de Salud

**Necesidades y expectativas
de las personas con enfermedad mental,
sus familiares y profesionales sobre
los servicios de atención a la Salud Mental en Andalucía**



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

Área de Consultoría
Granada, 6 Julio 2007

INDICE

RESUMEN EJECUTIVO.....	I
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO METODOLÓGICO.....	4
3. NECESIDADES Y EXPECTATIVAS SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA.....	13
3.1. OPINIÓN DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL Y SUS FAMILIARES.....	14
3.1.1. OPINIÓN GENERAL SOBRE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL.....	14
3.1.2. VALORACIÓN DE LOS SERVICIOS Y RECURSOS DISPONIBLES.....	16
3.1.3. VALORACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SSPA.....	25
3.1.4. DEMANDAS EN LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL.....	32
3.2. OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL SSPA.....	37
3.2.1. OPINIÓN GENERAL SOBRE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL.....	37
3.2.2. VALORACIÓN DE LA COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS.....	42
3.2.3. VALORACIÓN DE LOS RECURSOS DISPONIBLES.....	44
3.2.4. VALORACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SSPA.....	48
3.2.5. ASPECTOS POSITIVOS Y PROPUESTAS DE MEJORA EN LA ATENCIÓN.....	54
3.2.6. PROPUESTAS DE LÍNEAS DE TRABAJO A INCLUIR EN EL II PISMA.....	57
3.3. OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES INTERSECTORIALES.....	60
3.3.1. OPINIÓN GENERAL SOBRE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL.....	60
3.3.2. VALORACIÓN DE LA COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS CON OTROS SECTORES IMPLICADOS.....	62
3.3.3. VALORACIÓN DE LOS RECURSOS DISPONIBLES.....	63
3.3.4. VALORACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SSPA.....	68
3.3.5. ASPECTOS POSITIVOS Y PROPUESTAS DE MEJORA EN LA ATENCIÓN.....	72
3.3.6. PROPUESTAS DE LÍNEAS DE TRABAJO A INCLUIR EN EL II PISMA.....	74
4. CONCLUSIONES.....	76

RESUMEN EJECUTIVO

OBJETIVOS

- El presente informe muestra los resultados de un análisis de expectativas y demandas expresadas por los usuarios y profesionales implicados en la atención a la salud mental en Andalucía, desarrollado en el marco del proceso de elaboración del II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (II PISMA).
- El objetivo del análisis es explorar las **necesidades y expectativas** expresadas por las personas con trastorno mental, sus familiares y los profesionales (sanitarios e intersectoriales) sobre la atención a la salud mental en Andalucía, con la finalidad de mejorar la calidad de los servicios prestados por el Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud (SAS).

METODOLOGÍA

- Para sondear la opinión de los distintos colectivos, se ha llevado a cabo una combinación de las metodologías cualitativas más apropiadas para obtener la información que se precisa, en particular: **grupos focales** con usuarios de los servicios de salud mental y sus familiares, y **talleres de trabajo** con profesionales sanitarios y de otros sectores implicados en la atención a las personas con trastorno mental.
- La población de interés (usuarios y familiares) en la convocatoria de los grupos focales se clasificó en tres grandes bloques de análisis: *trastorno mental grave* (TMG), *trastorno mental común* (TMC) y salud mental *infanto-juvenil*. La selección de los participantes se realizó incluyendo *criterios de heterogeneidad*, que permitieran obtener información sobre diferentes experiencias y puntos de vista, así como *criterios de homogeneidad* que facilitaran la comunicación entre los asistentes. Se realizaron un total de 7 grupos focales en los que participaron unas 75 personas.

- Para explorar las necesidades y expectativas de los profesionales se realizaron dos talleres de trabajo, uno con *profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)* (en el que participaron coordinadores de Área de Salud Mental de Andalucía, directores de Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental de Área Hospitalaria y directivos de hospitales y distritos de Atención Primaria) y otro con *profesionales intersectoriales* (procedentes de Educación, Servicios Sociales, Servicios de Atención a las Drogodependencias, Justicia, Empleo, Fuerzas de Seguridad del Estado, Ayuntamientos, Instituciones Penitenciarias, Observatorio de la Infancia, Oficina del Defensor del Pueblo y la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM)). La selección de los participantes (en total, 30 profesionales) se realizó en consenso con la Coordinación del Programa de Salud Mental, buscando las personas más idóneas y representativas (informantes clave).
- El *interés y colaboración* mostrados en los grupos focales y en los talleres de trabajo generó una dinámica fluida que ha facilitado el estudio del discurso generado y la consiguiente valoración del grado de consenso alcanzado por los participantes.

OPINIÓN GENERAL SOBRE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA

- Los **profesionales intersectoriales** afirman que la atención a la salud mental es *buena para los colectivos a los que llega*, pero de escasa accesibilidad y mejorable en lo que respecta a la personas con discapacidad intelectual. Consideran que el actual modelo de atención es a demanda y su oferta poco diversificada.

Son necesidades prioritarias:

1. Centros de referencia para las personas “sin techo”.
2. Recursos para la población institucionalizada en residencias.
3. Mayores recursos para la integración social y laboral del enfermo mental.

4. Actuaciones en prevención.
 5. Coordinación de los servicios de drogodependencias con dispositivos de salud mental.
 6. Aumento de los servicios de apoyo familiar.
- Por su parte, los **profesionales del SSPA** valoran la atención a la salud mental como *desigual, lenta y mejorable* en aspectos tales como la falta de tiempo para la atención y la escasez de especialistas, una deficiente respuesta asistencial y un desplazamiento del TMG en las prioridades asistenciales.

Si se valora positivamente la accesibilidad de la atención y los avances logrados a partir del I PISMA aunque manifiestan su preocupación ante:

1. La forma en que se aborden los trastornos emergentes y patologías relacionadas con nuevos estilos de vida, de familia y relación.
 2. La necesaria formalización de especialidades en psiquiatría y psicología infantil.
 3. La inadecuada demanda que absorbe Atención Primaria en relación con el TMC, ante la confusión entre los problemas de salud mental y la intolerancia al sufrimiento por parte de la población ante situaciones propias de la vida.
 4. La deficiente asistencia sanitaria que reciben las personas con trastorno mental atendidas en los Servicios de Urgencias Hospitalarias.
- Las **personas con trastorno mental y sus familiares** valoran *positivamente* la atención que se recibe en los dispositivos y a los profesionales sanitarios. No obstante, señalan algunos aspectos en los que se podría mejorar la calidad de la asistencia: en este sentido, señalan la insuficiente información que reciben sobre la enfermedad y los servicios a los que tienen derecho, así como la falta de actuaciones de prevención. Creen que existe un problema de accesibilidad según el lugar de residencia y consideran que la salud mental está a la cola de las prestaciones sanitarias.

VALORACIÓN DE LA COORDINACIÓN ENTRE LOS AGENTES IMPLICADOS

- En opinión de los **profesionales intersectoriales**, la coordinación que se produce entre los servicios sanitarios y los demás sectores implicados es de *carácter informal*, con ausencia de protocolos de actuación ni coordinación institucionalizada. Demandan una mayor apertura de la red de salud mental del SAS a quien perciben excesivamente aislada de resto de las instituciones, entidades y organismos.
- Los **profesionales del SSPA** defienden la necesidad de una coordinación asistencial efectiva entre Atención Primaria y Especializada. En su opinión, la coordinación en el seguimiento y valoración de los casos es una *“realidad deficiente”* y realizan una valoración negativa de la atención integral de los pacientes cuando padecen además otras patologías. Proponen las siguientes acciones de mejora:
 1. Impulsar la puesta en práctica del Proceso Asistencial Ansiedad, Depresión y Somatizaciones.
 2. Definir protocolos de coordinación con Atención Primaria y simplificar los circuitos.
 3. Coherencia en la definición de objetivos en los contratos-programa de ambos niveles asistenciales.
 4. Fomentar la continuidad asistencial en la infancia y adolescencia.

VALORACIÓN DE LOS RECURSOS SANITARIOS

- Los **profesionales intersectoriales** opinan que se obtiene *poco rendimiento* de la cartera de servicios sanitarios existente. Se demanda:
 1. Adaptar la actual cartera de servicios a las personas con discapacidad intelectual.
 2. Reforzar la cartera de servicios en las patologías que no son TMG.

3. Recursos específicos para la infancia y adolescencia: diagnóstico precoz, programas de prevención y creación de más Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J).
 4. Recursos para pacientes con delitos menores y sus familiares.
 5. Recursos flexibles para una atención integral del enfermo mental cuando, además, presenta otros problemas como la drogodependencia.
 6. Servicios que filtren las derivaciones desde primaria a los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD).
 7. Cobertura sanitaria en horario de tarde.
- Los **profesionales del SSPA** consideran que la cartera de servicios en salud mental *no es homogénea* en la Comunidad Autónoma. Valoran negativamente la dotación de recursos disponibles (recursos humanos, materiales, espacio y tiempo). En particular, destacan la falta de espacios y profesionales dedicados en exclusiva a la infancia y adolescencia.
 - Por su parte, las **personas con problemas mentales y sus familiares** tienen una opinión negativa sobre la *accesibilidad geográfica* y la *flexibilidad horaria* de los recursos y servicios sanitarios disponibles. Valoran escaso el tiempo de atención en consulta y un obstáculo los trámites administrativos para la obtención de recetas de largo tratamiento.

Respecto a la atención recibida en los *centros de salud* y en los *ESMD*, los pacientes y sus familiares destacan la dificultad de acceso al psiquiatra o psicólogo para el tratamiento de TMC. Manifiestan también su desacuerdo con el tiempo y modo de seguimiento del paciente en estos dispositivos (consultas insuficientes y excesivamente dilatadas en el tiempo).

Al valorar los servicios de *Atención Especializada*, hacen hincapié en los problemas de accesibilidad (dificultad para el ingreso hospitalario de personas con TMG, en el modo y plazo oportunos), la deficiente calidad de la atención sanitaria recibida en las unidades de

agudos (espacios físicos compartidos, demandas de mejoras en aspectos cualitativos de la atención), y la escasa dotación de recursos (instalaciones inadecuadas en unidades de agudos e insuficiencia de USMI-J).

Finalmente, los familiares de pacientes con TMG atendidos en los *Servicios de Urgencias Hospitalarias* destacan las dificultades que viven en los momentos de crisis del paciente, reclamando la creación de un teléfono directo de salud mental para solicitar la asistencia urgente.

VALORACIÓN DE LOS RECURSOS DE APOYO SOCIAL

- Los **profesionales intersectoriales** expresan la importancia de impulsar el desarrollo de servicios sociales dirigidos a *otras patologías*, garantizar la *atención social diurna* a los pacientes con TMG y resolver con urgencia el *colapso* en los servicios residenciales de FAISEM. Además señalan la necesidad de crear recursos residenciales para los enfermos mentales *“sin techo”*, ampliar la cartera de servicios de integración social, crear recursos adaptados a las necesidades de los *adolescentes* y planes de *formación en salud mental* para profesionales no socio-sanitarios (p.e. policía local).
- Los **profesionales del SSPA** consideran insuficientes, heterogéneas y mal dotadas las plazas residenciales en comunidades terapéuticas. El acceso a los recursos de apoyo social es, en su opinión, poco objetivo. Demandan la creación de un *recurso residencial específico* para pacientes mentales crónicos que requieren ingresos reiterados e involuntarios y nuevos dispositivos dirigidos a adolescentes y a la atención de patologías específicas.
- Existe diversidad de opiniones entre los **familiares** al valorar los recursos de apoyo social: mientras unos lo consideran muy adecuado, otros se quejan de su insuficiencia o problemas de funcionamiento. Las **personas con TMG**, por su parte, tienen una valoración muy positiva de los servicios a los que acceden a través de FAISEM.

VALORACIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL SSPA

- La valoración general que los **profesionales intersectoriales** hacen de los profesionales de salud mental es, en general, *muy buena*. Los consideran implicados en la atención al paciente y motivados, pero al mismo tiempo superados por la presión asistencial, necesitados de reconocimiento y carentes de tiempo y espacio. Demandan al SSPA una mayor dotación de profesionales, fundamentalmente psicólogos, que dé cabida a una atención más flexible y de mayor calidad.

Consideran *excesiva la autonomía e independencia* de los profesionales sanitarios en el desempeño de su trabajo, con escasa cultura de trabajo en equipo. En su opinión, adolecen de una adecuada visión sociosanitaria de la atención.

La valoración que los profesionales intersectoriales hacen del *trato y aspectos cualitativos* de la atención es buena, pero mejorable desde el punto de vista de la escucha al paciente y la información que se trasmite al familiar. De igual modo, califican de urgente mejorar las condiciones de los pacientes en las unidades de agudos, en lo que respecta a su aspecto e higiene.

- Los **profesionales del SSPA** señalan la *falta de ubicación* de los distintos profesionales de salud mental en el sistema sanitario. Se consideran profesionales con *vocación, dedicación y empeño*, con importante eventualidad en los puestos de trabajo y con variabilidad en actitudes y aptitudes. Su trato al paciente lo definen como *bueno, digno, respetuoso y humano*.

En su opinión, la *formación* de los profesionales de *primaria* es adecuada pero mejorable en psicoterapia y tratamiento farmacológico. Su capacitación para la *atención al TMG* se valora como buena, pero caduca en los protocolos de tratamiento, y reconocen la necesidad de mejorar el estilo de trabajo en los Servicios de Urgencias y unidades de agudos. En cuanto a

la atención a la *infancia y adolescencia*, perciben como deficiente sus habilidades para el correcto diagnóstico y tratamiento de las patologías, en especial los trastornos de personalidad en la adolescencia.

Todos los profesionales sanitarios coinciden en la necesidad de *formación continua y especializada*, así como la aplicación general de protocolos de tratamiento.

- Las **personas con trastorno mental y sus familiares** tienen una *opinión muy positiva* de los profesionales sanitarios y no sanitarios. Valoran el esfuerzo que realizan en la atención ante la escasez de tiempo y agradecen el componente humano que incorporan en la consulta.

No obstante, tienen opiniones diversas en cuanto al *tratamiento prescrito* por los médicos de cabecera y el *tiempo de derivación* al ESMD. Existe una percepción general de un exceso de medicalización y ausencia de terapias. Abogan por un tratamiento individualizado y la continuidad asistencial, así como una mayor participación de los familiares en el proceso de tratamiento.

SUGERENCIAS DE MEJORA Y PROPUESTA DE LÍNEAS DE TRABAJO

- Los profesionales intersectoriales y del SSPA así como las personas con trastorno mental y sus familiares, realizaron un conjunto de sugerencias para mejorar la calidad de la atención y propuestas de líneas de trabajo a incluir en el II PISMA que, a modo de resumen, se presentan en la siguiente tabla:

Tabla A. Sugerencias de mejora y propuesta de líneas de trabajo para el II PISMA (I).

Áreas	Personas con trastorno mental y sus familiares	Profesionales SSPA	Profesionales Intersectoriales
RECURSOS HUMANOS	Incrementar la dotación de profesionales sanitarios para disminuir las listas de espera y mejorar la accesibilidad a los dispositivos.	Homogeneizar la dotación de profesionales por criterios de eficiencia, prevalencia y cobertura poblacional.	Incrementar la dotación de profesionales sanitarios, fundamentalmente psicólogos y psiquiatras.
		Formación de los profesionales sanitarios en psicoterapia y habilidades para el manejo de pacientes.	Planes de formación en salud mental para profesionales sanitarios y colectivos específicos.
		Creación de especialidad profesional en el campo de la psiquiatría y la psicología infantil.	
RECURSOS MATERIALES	Dotación de recursos e infraestructuras de las unidades de agudos y USMI-J que permita realizar actividades durante el ingreso, diferenciando en la atención por edad y tipología de trastorno.	Transparencia y homogeneización en la distribución de recursos.	Dotación de recursos adaptados a las necesidades del paciente que permitan una atención integral.
RECURSOS RESIDENCIALES	Aumento de centros ocupacionales o de día para las personas con TMG que disminuyan las listas de espera.	- Aumento de plazas residenciales en CT y URA. - Creación de nuevos espacios de media y larga estancia para pacientes crónicos.	Aumento de recursos residenciales.
RECURSOS DE APOYO SOCIAL	- Ayuda social y/o económica de apoyo a la familia. - Respiros vacacionales para familiares de menores con trastorno mental. - Mayores oportunidades de acceso al empleo para personas con TMG.		Mayor valoración de los servicios que se prestan a través de asociaciones.
ATENCIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES	- Apoyo psicológico a familiares de pacientes. - Información sobre la enfermedad, diagnóstico y tratamiento. - Tratamiento individualizado con más trabajo psicológico y terapias. - Mayor participación de los familiares en el tratamiento de la enfermedad.	- Abordaje integral de la salud mental infanto-juvenil que diferencie la infancia y la adolescencia. - Atención personalizada y en la comunidad.	- Atención psiquiátrica integral y en la comunidad con énfasis en la psicoterapia. - Mejorar la atención de: 1. La población institucionalizada en centros de día y residencias. 2. Enfermos mentales en prisión. 3. Personas sin hogar. 4. Pacientes de las USM-HG.

SSPA: Sistema Sanitario Público de Andalucía; USMI-J: Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil; TMG: Trastorno Mental Grave; CT: Comunidad Terapéutica; URA: Unidad de Rehabilitación de Área.

Tabla A. Sugerencias de mejora y propuesta de líneas de trabajo para el II PISMA (II).

Áreas	Usuarios y Familiares	Profesionales SSPA	Profesionales Intersectoriales
COORDINACIÓN		<ul style="list-style-type: none"> - Espacios de colaboración entre profesionales. - Equipos de trabajo multidisciplinares. - Coordinación de los recursos sanitarios y sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración del tiempo de coordinación entre profesionales. - Coordinación real, efectiva y comprometida entre los agentes implicados. - Equipos multidisciplinares. - Formación específica a psiquiatras para realizar una coordinación intersectorial.
CARTERA DE SERVICIOS	<ul style="list-style-type: none"> - Prevención de los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia. - Accesibilidad de los servicios sanitarios de Atención Primaria y Especializada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación para la salud en los equipos de trabajo, pacientes y familiares. - Definición de la cartera de servicios. - Ordenación de los servicios de salud mental. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevención en problemas de salud infanto-juvenil. - Disminuir la saturación de los servicios. - Accesibilidad en horario de tarde y fines de semana. - Acercamiento de los profesionales a las zonas rurales.
MARCO GENERAL Y NORMATIVO		<ul style="list-style-type: none"> - Definición de protocolos homogéneos y consensuados, guías de práctica clínica y planes de cuidados. - Aplicación del Proceso Asistencial TMG. 	<ul style="list-style-type: none"> - Definición de protocolos y objetivos de prevención, detección y actuación, así como mecanismos de garantía de su cumplimiento.
PLANIFICACIÓN		<ul style="list-style-type: none"> - Atención integral de la salud mental de la población. - Homogeneizar líneas de actuación en la comunidad. - Unificar dependencias del personal de salud mental a fin de homogeneizar objetivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Espacio, tiempo y recursos para planificar. - Apertura de la red de salud mental a otras instituciones.
EVALUACIÓN		<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el cumplimiento del I PISMA. - Evaluar la aplicación del Proceso Asistencial TMG. 	

SSPA: Sistema Sanitario Público de Andalucía; **TMG:** Trastorno Mental Grave; **PISMA:** Plan Integral de Salud Mental de Andalucía; **USM-HG:** Unidad de Salud Mental de Hospital General.

1. INTRODUCCIÓN

Desde la aprobación por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía del III Plan Andaluz de Salud, los problemas de salud de mayor impacto en la población han venido siendo abordados de manera específica mediante Planes Integrales, que permiten un mejor análisis de estos problemas y la puesta en marcha de las medidas adecuadas para mejorar la salud.

Desde esta perspectiva, se elaboró el I Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA) para el periodo 2003-2007, en el que se propusieron “acciones en materia de promoción de la salud mental, mejora de la calidad de vida de los pacientes con trastornos mentales y establece, como factor clave de éxito, una atención sanitaria y social basada en la continuidad asistencial que posibilite la reinserción social de estos pacientes”¹.

Próximo a finalizar el periodo de vigencia del I PISMA, el **Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud (SAS)** ha iniciado la elaboración del segundo Plan. Entre las medidas que se contemplan en este proceso, se ha previsto el **análisis de las necesidades y expectativas** expresadas por las *personas con enfermedad mental*, sus *familiares* y los *profesionales* tanto de la salud como de otros sectores implicados en la atención a la salud mental en nuestra Comunidad Autónoma.

Para explorar la opinión de estos colectivos, en el mes de mayo de 2007 la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) ha desarrollado un sondeo en el que se combinan diversas técnicas cualitativas para recoger la información que se precisa de los grupos de población de interés.

En este documento se presentan los principales resultados obtenidos en el análisis. Tras una breve exposición de los objetivos que se establecen en este sondeo y la metodología diseñada para su consecución, se presentan las opiniones emitidas por los distintos colectivos en relación con los siguientes aspectos:

¹ Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007. Sevilla: 2003.

- *Opinión general* sobre la atención que reciben las personas con trastorno mental en Andalucía.
- Valoración de los *recursos disponibles y la coordinación* entre los agentes implicados.
- Valoración de los *profesionales de la salud mental* en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).
- Aspectos *positivos y sugerencias de mejora* de la atención a la salud mental.

El análisis se completa ofreciendo, desde la perspectiva de los profesionales sanitarios e intersectoriales implicados en la atención, un conjunto de propuestas de *líneas de trabajo* a incluir en el II PISMA para mejorar la calidad de los servicios prestados a las personas con enfermedad mental y sus familiares.

Con este trabajo se da continuidad a la línea de actuación emprendida por el Programa de Salud Mental del SAS que, en los últimos años, ha colaborado en el desarrollo de diversos análisis de expectativas o demandas expresadas por los usuarios y los profesionales de sus servicios², con el objetivo de incorporar a sus planteamientos estratégicos lo que piensan y sienten tanto las personas con trastorno mental y sus familiares como el resto de profesionales de nuestro sistema sanitario.

² - Escuela Andaluza de Salud Pública. La atención a la salud mental en Andalucía: presente y futuro. Pérez Romero C (Ed). Granada: 2004.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Expectativas de pacientes y familiares en el Proceso Asistencial Trastorno Mental Grave. Estudio realizado por la Escuela Andaluza de Salud Pública. 2003.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Expectativas de pacientes y familiares en el Proceso Asistencial Trastornos de la Conducta Alimentaria. Estudio realizado por la Escuela Andaluza de Salud Pública. 2003.

2. MARCO METODOLÓGICO

2.1. OBJETIVOS

General:

- Explorar las **necesidades y expectativas** expresadas por distintos colectivos implicados en la atención a la salud mental en Andalucía, con el objeto de mejorar la calidad de los servicios prestados por el Programa de Salud Mental del SAS.

Específicos:

1. Sondear las necesidades y expectativas de las *personas con enfermedad mental y sus familiares* sobre la asistencia que reciben de los servicios públicos de salud mental.
2. Explorar las necesidades y expectativas de los *profesionales del SSPA* sobre los servicios de atención a la salud mental en Andalucía.
3. Explorar la valoración de otros *profesionales intersectoriales* sobre la atención a la salud mental en Andalucía.

2.2. MÉTODOS

Las personas con trastorno mental, sus familiares y los profesionales implicados en su atención tienen necesidades y expectativas distintas frente a los servicios que presta el Programa de Salud Mental del SAS, siendo por tanto preciso analizarlas de forma independiente.

Para sondear la opinión de los mismos, se ha llevado a cabo una combinación de las *metodologías cualitativas* más apropiadas para obtener la información precisa, en particular:

- **Grupos focales** con personas usuarias de los servicios de salud mental y sus familiares.
- **Talleres de trabajo** con profesionales del SSPA y otros sectores implicados en la atención a las personas con trastorno mental.

A continuación se expone el plan de trabajo desarrollado en relación con cada uno de ellos.

2.2.1. NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL Y SUS FAMILIARES

□ Técnica empleada

Para explorar las necesidades y expectativas de las personas con enfermedad mental y sus familiares se ha utilizado la técnica de Grupo Focal, consistente en *una conversación con un grupo pequeño de personas (entre 7 y 10) cuidadosamente planeada, diseñada para obtener información de un área definida de interés, con un guión de preguntas que van desde lo más general hasta lo más específico, en un ambiente permisivo y no directivo con un moderador capaz de conseguir que los participantes expresen sus puntos de vista de la forma más libre posible*³. Su principal ventaja es la interacción entre los participantes del grupo y su propósito comprender el porqué y cómo piensan o sienten las personas.

□ Perfil de los participantes

La población de interés para alcanzar los objetivos de este análisis está formada por los siguientes grupos:

³ March Cerdá JC, Prieto Rodríguez MA, Solas Gaspar O, Hernán García M. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud. Algo más que otro tipo de técnicas. 1998. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

- Personas con *trastorno mental grave* (TMG) y sus familiares.
- Personas con *trastorno mental común* (TMC) y sus familiares.
- Familiares de menores (*infancia y adolescencia*) con trastorno mental.

La selección de los participantes en los grupos focales se ha realizado incluyendo *criterios de heterogeneidad* que permitieran obtener información sobre diferentes experiencias y puntos de vista, así como *criterios de homogeneidad* que facilitaran la comunicación entre los asistentes. Los criterios de segmentación utilizados para seleccionar a los participantes en los grupos focales fueron los siguientes:

Tabla 1. Criterios de selección de los participantes en los Grupos Focales.

GRUPO FOCAL	CRITERIOS SELECCIÓN							
	Movimiento Asociativo*	Parentesco con el paciente	Edad paciente	Sexo paciente	Patología paciente	Antigüedad diagnóstica paciente	Atención al paciente en SSPA	Inserción social del paciente
Familiares TMG	- Asociados - No asociados	- Padre - Madre - Otros	≤ 40 años > 40 años	- Hombre - Mujer	Esquizofrenia T. Psicótico delir. T. Bipolar Personalidad límite	≤ 5 años > 5 años	- ESMD - USM-HG - URA - Otros serv. sanitarios	Usuario FAISEM No usuario FAISEM
Usuarios TMG	- Asociados - No asociados		≤ 40 años > 40 años	- Hombre - Mujer	T. Esquizofrenia T. Psicótico delir. T. Bipolar Personalidad límite	≤ 5 años > 5 años	- USM-HG - URA - Otros serv. sanitarios	Usuario FAISEM No usuario FAISEM
Familiares TMC		- Pareja - Hijos - Otros	≤ 40 años > 40 años	- Hombre - Mujer	T. Ansiedad T. Depresión T. Somatización	Reciente No reciente	- ESMD - Atención Primaria	
Usuarios TMC			≤ 40 años > 40 años	- Hombre - Mujer	T. Ansiedad T. Depresión T. Somatizaciones	Reciente No reciente	- ESMD - Atención Primaria	
Familiares USMI-J	- Asociados - No asociados	- Padre - Madre		- Hombre - Mujer	T. Hiperactividad T. Desarrollo T. Conducta T. Psicosis infantil.	≤ 5 años > 5 años	- USMI-J - Atención Primaria	

TMG: Trastorno Mental Grave; **TMC:** Trastorno Mental Común; **ESMD:** Equipo de Salud Mental de Distrito; **USMI-J:** Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil; **USM-HG:** Unidad de Salud Mental de Hospital General; **URA:** Unidad de Rehabilitación de Área; **FAISEM:** Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental; **SSPA:** Sistema Sanitario Público de Andalucía.

□ **Dinámica de trabajo y recogida de información**

El número de grupos focales que se llevó a cabo fue consensuado con la Coordinación del Programa de Salud Mental, quien determinó a su vez el lugar (dispositivos de salud mental) en el que se llevarían a cabo así como los profesionales responsables de la organización de los mismos (selección de los participantes y convocatoria).

Se convocaron un total de 7 grupos focales en distintos puntos geográficos (urbanos y rurales) de la comunidad andaluza, a fin de facilitar la asistencia de participantes que respondieran a los criterios de selección anteriormente señalados. En los grupos focales convocados participaron unas 75 personas, usuarios de los servicios de salud mental y/o familiares de los mismos.

El interés y colaboración mostrados en cada uno de los grupos generó una dinámica fluida que ha facilitado el estudio del discurso generado y la consiguiente valoración del grado de consenso alcanzado por los participantes.

La información vertida en los distintos grupos focales fue registrada, *in situ*, mediante el uso de papelógrafos y la grabación digital de las intervenciones realizadas. A partir de la transcripción de las grabaciones, se ha llevado a cabo el análisis de la información obtenida mediante procedimientos de análisis cualitativo (análisis de contenido y del discurso).

2.2.2. NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

Para explorar las necesidades y expectativas de los profesionales implicados en la atención al enfermo mental, se han realizado dos sesiones de trabajo:

- *Taller con profesionales del SSPA*, convocado en Granada (EASP, 17 mayo 2007).
- *Taller con profesionales intersectoriales*, convocado en Sevilla con la colaboración de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM) (Hotel Al Andalus, 22 mayo 2007).

□ **Organización**

La selección de los participantes se realizó de forma consensuada con la Coordinación del Programa de Salud Mental, buscando las personas más idóneas y representativas (*informantes clave*), procurando que estuvieran representados todos los segmentos de la población que se ha considerado necesario para obtener una visión completa del tema de análisis.

En particular, el *taller de profesionales del SSPA* estuvo constituido por Coordinadores de Área de Salud Mental de Andalucía, Directores de Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental de Área Hospitalaria y Directivos de Hospitales y Distritos de Atención Primaria (16 participantes).

Al *taller intersectorial* se convocó a profesionales procedentes de Educación, Servicios Sociales, Servicios de Atención a las Drogodependencias, Justicia, Empleo, Fuerzas de Seguridad del Estado, Ayuntamientos, Instituciones Penitenciarias, Observatorio de la Infancia, Oficina del Defensor del Pueblo y FAISEM (14 participantes).

□ **Dinámica de trabajo y recogida de información**

Para lograr el objetivo de este análisis, en el desarrollo de los talleres de trabajo se combinaron las técnicas de Grupo de Discusión y Grupo Nominal adaptado, realizándose un análisis de la *situación actual* de los servicios de salud mental e identificándose las *líneas de acción prioritarias* a acometer por el II PISMA.

Cada taller se desarrolló durante una mañana con la siguiente dinámica de trabajo:

1. Presentación del taller.

Los talleres de trabajo se iniciaron con un *acto de bienvenida* en el que se presentó el proceso previsto por la Coordinación del Programa de Salud Mental de Andalucía para el desarrollo del II PISMA, exponiendo el objetivo de la convocatoria así como la relevancia que las aportaciones de los participantes tendrán en la definición de los contenidos del nuevo Plan.

2. Sesión de trabajo.

A continuación se celebró una sesión de trabajo para analizar la situación actual de la atención a la salud mental en Andalucía y la identificación de oportunidades de mejora.

En el taller con *profesionales intersectoriales*, la sesión se desarrolló realizando un debate dirigido en plenario, en el que los participantes aportaron sus opiniones sobre las cuestiones que se plantearon de acuerdo con un guión de temas preestablecido.

En el taller celebrado con *profesionales del SSPA*, con la finalidad de sondear separadamente la opinión que pudieran tener los mismos sobre las principales patologías atendidas, se organizaron tres grupos de trabajo simultáneos (trastorno mental grave, trastorno mental común, salud mental infanto-juvenil) aplicando la metodología de *Grupo de Discusión*. Posteriormente, en una sesión en plenario, se presentaron las principales ideas y conclusiones generadas por cada grupo de trabajo, contrastando los puntos de consenso y desacuerdo entre ellos. Finalmente, se inició un debate dirigido entre los participantes siguiendo el *criterio de saturación* de la información recogida.

En las sesiones de trabajo celebradas en ambos talleres, los aspectos sobre los que los participantes expusieron su opinión fueron los siguientes:

- **Opinión general** sobre la atención que reciben las personas con trastorno mental en Andalucía.
- Valoración de aspectos específicos de los **servicios de atención a la salud mental**:
 - Recursos sanitarios disponibles: adecuación y suficiencia.
 - Accesibilidad a los servicios de salud mental.
 - Adecuación de la atención sanitaria ofertada en los dispositivos de salud mental.
 - Adecuación de los servicios de apoyo social que oferta FAISEM.
 - Coordinación de los servicios sanitarios y entre los distintos sectores implicados en la atención.
 - Demandas de nuevos servicios.
- Valoración de los **profesionales de la salud mental** en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA):
 - Capacitación de los profesionales para el abordaje de los problemas de salud mental.
 - Trato general de los profesionales hacia las personas con trastorno mental y sus familiares: capacidad de comunicación.
- Aspectos **positivos destacados y sugerencias de mejora** de la atención a la salud mental.
- Propuestas de **líneas de trabajo** a incluir en el II PISMA para mejorar la calidad de los servicios prestados a las personas con enfermedad mental y sus familiares.

No obstante, se adaptó el guión de los temas de debate en función del perfil de los participantes.

3. Propuesta de líneas de acción a incluir en el II PISMA para la mejora de la calidad de los servicios prestados a las personas con enfermedad mental y sus familiares.

Para concluir los talleres de trabajo, se utilizó una adaptación de la técnica de *Grupo Nominal*. Esta técnica combina las opiniones individuales para llegar a una decisión de grupo, minimizando la presión de posibles líderes y agilizando la concreción de acuerdos reduciendo los periodos de discusión.

Se pidió a cada profesional que señalara las *tres principales líneas de acción* que, en su opinión, deberían contemplarse en el nuevo Plan, escribiéndolas en tarjetas de colores que se les facilitó a tal efecto (una tarjeta por cada idea). Posteriormente, se realizó una *presentación nominal* de las ideas propuestas por cada participante, al tiempo que se agrupaban por áreas temáticas, sobre un panel, a la vista de todos. Por último, cada profesional *priorizó* las líneas de acción propuestas sobre el panel, otorgando 3 puntos, 2 puntos y 1 punto a aquellas que, en su opinión, se situaban en primer, segundo y tercer lugar de importancia, respectivamente.

El interés y participación mostrados en cada uno de los talleres de trabajo generó una dinámica fluida y complementaria que facilitó el estudio del discurso generado y la consiguiente valoración del grado de consenso alcanzado.

La información vertida en los talleres de trabajo se registró, *in situ*, mediante el uso de papelógrafos y la grabación digital de las intervenciones realizadas por los participantes. El procedimiento de análisis se ha basado en el estudio del discurso y en la valoración del grado de consenso alcanzado entre los participantes.

**3. NECESIDADES Y EXPECTATIVAS SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD
MENTAL EN ANDALUCÍA**

3.1. OPINIÓN DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL Y SUS FAMILIARES

3.1.1. OPINIÓN GENERAL SOBRE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

La valoración que las personas con trastorno mental y sus familiares realizan sobre la atención que se recibe en los *dispositivos* y por parte de los *profesionales sanitarios* es, en su conjunto, **positiva**.

*“Sí, sí, muy bien a mí me ha ido muy bien,
y con los médicos y los trabajadores sociales muy contenta...”*

*“... yo puedo decir de la Seguridad Social que todo lo que me ha hecho falta, todo me lo han
dado y de hecho me lo están haciendo, si es que estamos muchos,
pero en realidad cumplen sus cosas”*

*“Mi hija está en psicoterapia y la verdad es que muy bien, con una flexibilidad de horarios por el
tema del instituto... porque han sabido adaptarse a ella, y llevamos ya dos años así y con
posibilidad de contacto personal de tener que cambiar las citas por el menor”*

No obstante, señalan algunos aspectos en los que el sistema sanitario puede **mejorar la calidad** de la atención. En este sentido, su evaluación es negativa en lo que respecta al **abordaje de la enfermedad**, considerando que la atención a la salud mental está a la cola de las prestaciones sanitarias.

*(En relación con el TMG): “Lo que pasa es que salud mental es la cenicienta del sistema de
salud y ya está, es que así se resume todo. Cuando debería ser lo que estuviera mejor mirado”*

*(En relación con el TMC): “La salud mental está como muy abandonada, muy dejada, es que
no hay nada, o en mi caso yo no he encontrado nada que te sirva para orientarte”*

Existe una opinión generalizada entre los familiares de las personas con trastorno mental sobre la **insuficiente información** que reciben sobre la enfermedad y los servicios a los que tienen derecho los pacientes. Consideran que existe un **problema de accesibilidad** para el que no encuentran solución a través de asociaciones, organismos públicos o los profesionales sanitarios, existiendo, desde su perspectiva, una discriminación en la asistencia sanitaria recibida en función del lugar de residencia.

“Qué puedo hacer con mi hijo, donde llevarlo o qué se le puede hacer porque tiene ya 13 años y se está medicando desde que era bien chico...”.

“Se sabe muy poco de la enfermedad, nos han aconsejado... pues lo típico de las asociaciones... no existen patrones porque es algo tan amplio, son niños tan diferentes, son tan abstractos... y yo cada vez me doy más cuenta, conforme va pasando el tiempo, que en realidad no se sabe nada”.

“Ni de Junta de Andalucía, ni de Ayuntamientos ... yo en mi caso, yo tenía un crío con seis años, lo tuve que abandonar entre comillas ... ni el equipo de salud mental... cuando yo vine a hablar con la trabajadora social, lo único que me dijo es que estaba el teléfono de la esperanza...”.

“A nivel comarcal, para toda la provincia, no sólo aquí, que es para que nos llegue la información a todos, no solo a los de la capital”.

De igual modo, entre los familiares existe un consenso general sobre la **falta de prevención** en salud mental, animando al sistema sanitario a adoptar medidas en este sentido.

“El sistema sanitario está fatal, no hay prevención, porque lo primero que debería haber en las escuelas es un psicólogo para prevenir, porque esto es una enfermedad que se puede prevenir, son niños difíciles, y la mayoría de estos casos empiezan con la adolescencia...”.

3.1.2. VALORACIÓN DE LOS SERVICIOS Y RECURSOS DISPONIBLES

En lo que respecta a los servicios y recursos sanitarios disponibles, las personas con trastorno mental y sus familiares tienen una opinión negativa sobre la **accesibilidad geográfica** y la **flexibilidad horaria** de los mismos, lo que genera dificultades para la conciliación laboral.

“Pediría no tener que salir de la provincia, porque me parece mal”.

“El horario de visitas es de de cinco y media a siete y media, y tú me dirás, yo trabajo todos los días, lo que pasa que yo tengo la suerte de que con mi trabajo me adecuo al horario... porque si yo trabajo en otra cosa, qué pasa que no veo a mi hija o dejo el trabajo, o qué hago...”.

“Los servicios son insuficientes. Yo me tuve que ir a Sevilla a hacer la prueba del sueño esa...”.

Se considera muy escaso el **tiempo de atención en consulta**, tanto en Atención Primaria como en los dispositivos especializados.

“En cuanto al personal del centro de salud, bastante pobre... tienen demasiado poco tiempo para repartir con cada uno de los pacientes y cada vez que se entra es como si entraras con el cronómetro...”.

“Como dice ella, en treinta minutos no le voy a contar mi vida de treinta años, claro, eso es imposible, pero es que un resumen tienes que ir demasiado a la ligera”.

“Me gustaría que trataran al niño con tiempo, que, como dice la señora, hablaran con ellos, le dedicaran tiempo...”.

En relación con la atención a los TMG y la salud mental de la infancia y adolescencia, se considera que los trámites para la obtención de **fármacos de largo tratamiento** son un obstáculo administrativo que resulta gravoso en tiempo y recursos económicos.

“El visado de las medicinas... si el pediatra es el que tiene que autorizar, entonces pasar por el mostrador y en eso son muy estrictos ... pues cada 23 días me dan pañales y como vaya antes no me dan ... tengo que ir a la farmacia y pagar ciento y pico euros porque no me lo recetan”.

□ **Valoración de los servicios y recursos sanitarios en Atención Primaria y ESMD**

Al valorar la atención recibida por el médico de familia en el centro de salud, el aspecto más destacado por los pacientes y familiares es la dificultad de **acceso al psicólogo o psiquiatra** del ESMD, fundamentalmente para el tratamiento de trastornos mentales comunes.

“Primero tienen que verlos el médico de cabecera y de ahí pasa al psiquiatra. Bueno, pues esas normas hay que cambiarlas, porque no se puede esperar”.

“Yo para ir al ginecólogo no tengo que estar detrás de la médica, sino que para eso no pasa nada, y para el psiquiatra tuve que llevar un montón de papeles”.

“Mi caso fue un poco... si te digo la verdad, ayudándome de una persona conocida que me introdujo, un poco, en el psicólogo... y la cita fue a través de una amiga que está en el sistema sanitario me dijo pues mira a ti lo que te conviene es que te vea un psicólogo y ella lo arregló... fue más rápido, porque de otra manera pues no habría podido”.

“Desde el mes de junio que ella pide y solicita al médico de cabecera que le den cita aquí, no se lo dan hasta el mes de septiembre... tuve que ir a la privada y echar mano de gente que conocía... en ese intervalo es cuando intentó dos veces el suicidio...”.

Por otra parte, la mayoría de los participantes manifiestan su **desacuerdo** con el **tiempo y modo de seguimiento** del paciente con TMC en estos dispositivos, que califican de muy espaciado entre consultas e insuficiente en el número de visitas. Esta circunstancia genera la demanda de visitas y tratamiento en el sector privado, lo que les provoca inseguridad sobre la adecuación de la dualidad público-privada de la asistencia que reciben.

“Pues yo vine aquí hace tres días y me han dado cita para seis meses”.

“Se está tratando por aquí y por un centro privado ... más que nada es porque las sesiones en el centro público son muy espaciadas en el tiempo”.

“A mí, que me den cita dentro un mes... pero lo que sí me gustaría que me dijeran: - mire usted, su señora necesitaría tratamiento dentro de una semana, si usted tiene capacidad financiera de acudir a alguien externo, hágalo, nosotros no tenemos capacidad- esa información me hubiera gustado...”.

No obstante, otros pacientes sí se manifestaron de acuerdo en tiempo que se establece entre consultas en el seguimiento del paciente.

“Yo creo que es un tiempo medianamente en condiciones porque es para ver si los tratamientos han ido bien o lo que sea, y ver si a los 6 mese va mejor o ver cual es su situación”.

□ **Valoración de los servicios y recursos sanitarios en Atención Especializada**

Respecto a la asistencia sanitaria que reciben los pacientes a nivel hospitalario, las personas con trastorno mental y sus familiares valoran tres grandes cuestiones:

- La accesibilidad a los dispositivos hospitalarios.
- La atención sanitaria que se recibe durante el periodo de ingreso.
- Los recursos con los que están dotados tanto las USMI-J (Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil) como las unidades de agudos de los hospitales generales.

En relación a la **accesibilidad** para la atención del TMG, los familiares exponen la dificultad que encuentran para que estas personas ingresen en el modo y plazos oportunos. Los propios pacientes manifiestan la **demandas de ingreso** que ellos mismos realizan a los profesionales en periodos de crisis de la enfermedad, así como la falta de respuesta en muchos casos.

“Cada vez que teníamos que ingresarlo, fatal, porque tenían que mandarnos a todo el mundo, primero tenías que ir al médico luego a urgencias, luego que vengan a por él... Claro todo lo que es la accesibilidad, un rollo”.

“La manera de ingresarla y eso... lo vemos muy lento y muy mal, aunque últimamente ya mejor”.

“Lo difícil que es lo de los ingresos, porque te tienen ahí tres o cuatro horas en la sala de espera y se ponen peor los pacientes de estar allí, entonces lo mismo que te dan al alta por la salida de fuera, lo mismo tenían que darte el ingreso por otro sitio independiente...”.

En relación al **alta hospitalaria**, los familiares de pacientes con TMG muestran variabilidad de opinión respecto al procedimiento de la misma. Expresan su preocupación ante situaciones en las que el propio paciente solicita el alta y el médico la concede sin consultar al familiar; en otras ocasiones, sin embargo, la opinión de los familiares sí se ha tenido en cuenta. Manifiestan también su percepción de que el servicio o los profesionales del hospital tienen especial interés en dar el alta a estos pacientes.

“... aparece una médica y me mete en el despacho y entonces yo me tuve que poner a llorar y decirle que me la tenía que ingresar porque mi hija estaba muy mal, y me la ingresó, y a los dos días de estar allí le dan el alta porque la niña lo ha pedido, cuando llega a mi casa por la noche con un cuchillo nos quería matar”.

“Es que ellos están deseando de que le den el alta y ellos lo que quieren es eso y cuando los médicos ven que quieren el alta y se la dan”.

“Cuando le dio el alta el médico habló con nosotros y habló delante de mi hijo y le dijo ‘mira que tus padres no están de acuerdo en que te dé el alta y que no te ven bien, pero que tú el alta voluntaria la tienes, pero no te la doy, si quieres que venga un juez y un juez no va a venir’, yo sobre ese aspecto muy bien”.

La **atención sanitaria** que reciben los pacientes en la unidad de agudos se valora *negativamente* en dos aspectos fundamentales. Por un lado, se considera inadecuado que pacientes con diferentes patologías (ya sean graves o comunes) compartan el mismo *espacio físico*.

*“Ahí están todos juntos, el que está babeando, como el que está pegando,
como el que está tranquilo”.*

*“Muy mal; hay veces que están dos y tres juntos en la misma ... pegados uno al lado de otro ...
un enfermo mental no puede estar al lado de otro, porque uno pega voces, otro no, uno hace
una cosa, el otro se altera, eso no puede ser”.*

*“Una persona que tiene una depresión pues es más pacífica, y yo he estado allí y es deprimente
porque hay muchas cosas por lo que ven alrededor. En mi caso es que las veces que ha estado
ha salido peor porque las ponen con esquizofrénicos y en fin que es peor... que las cosas graves
estén en un sitio y las más pequeñas en otro”.*

*“Como recurso es penoso, es lamentable... no entiendo por qué se mezclan diferentes
patologías, niños de salud mental con niños de trastornos alimentarios...”.*

Por otra parte, valoran de forma deficiente todo lo relacionado con el *aspecto cualitativo de la atención* que reciben los pacientes durante el periodo de ingreso en la unidad de agudos. Señalan además la dificultad para que, durante el periodo de ingreso, se les oferte actividades o talleres a personas con distintas patologías, por el hecho de compartir los mismos espacios físicos.

*“Una unidad de agudos, tal y como está planteada ... es una sala con sillas donde van todos
deambulando en pijama, que a mí me parecía también triste ... no parecían personas ... no se
les dan muchas opciones porque muchos de ellos intentan el suicidio... donde se deshumaniza
... yo no les veía personas ... no existen actividades, no existe nada...”.*

“Más humanización... si vieses qué tipo de cosas se podría hacer en la unidad de agudos... no es solamente un garaje para que no se suiciden y cuando se les haya quitado la idea puedan salir... que allí mismo puedan hacer cosas, no sólo medicación...”

Para los familiares de los pacientes con TMG, una de las debilidades de la atención hospitalaria es la **falta de vigilancia** durante el periodo de ingreso.

“Mira mi hijo se fugó tres veces estando ingresado, porque mi hijo es muy listo y como está entre personas mayores pues mi hijo se fugó y las tres veces cogía su tren con su pijama, y con su bata y se iba a Utrera. Pero es que no tenían vigilancia y eso de los médicos también”.

“... yo es que eso lo veo muy mal, porque mientras están medicando a los enfermos se llegan a poner mejor pero es que es vergonzoso ya, es que no hay vigilancia”.

Por último, destacan la insuficiente **dotación de recursos** e inadecuadas instalaciones de las habitaciones, salas comunes, etc. de las unidades de agudos, lo que en su opinión afecta al estado de ánimo, y por tanto de salud mental, de los pacientes.

“Las mantas, que da vergüenza ver las mantas”.

“Cada uno tenía que tener su cama, su cuarto de aseo y un buen jardín, y no estar en cuatro paredes... no hay nada donde salir”.

“Es una unidad muy pequeña y los separa un pequeño pasillo, ahí como de 5 habitaciones y está tan sumamente limitado que claro se escucha todo... cuando mi hija va al hospital de día es que parece allí que se va a caer el techo”.

“Yo conozco la unidad de agudos... opinar sobre esas instalaciones es un poco triste...”.

Los **familiares de niños y adolescentes** que participaron en este análisis de expectativas consideran que los dispositivos de atención hospitalaria y **recursos** con los que están dotados son del todo **insuficientes**.

“El hospital es deprimente... porque está muy viejo, esta muy antiguo, lo que no entiendo es como salud mental se lo han traído aquí... yo aquí nada más que esto ya me da miedo”.

“La USMI-J es para Almería y provincia, entonces suponiendo que haya una demanda de treinta niños, los profesionales tienen que hacer auténticas virguerías... hay 10 camas en hospitalización y 197 municipios que tiene la provincia, es decir, en caso de que hubiera una demanda de 40 niños no habría sitio porque no hay espacio”.

Manifiestan su falta de confianza en que sus hijos reciban el **tratamiento más adecuado** en la USMI-J, debido a que en ellas no se diferencian los casos atendidos según la gravedad de las patologías o la edad de los niños y adolescentes, como es el caso del Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA).

“Está llamando la atención... y la quieren ingresar aquí... me da pánico, por la mezcla que comentábamos, porque mi hija reacciona de una manera y la niña adulta que tiene una anorexia derivada,... tiene una serie de trucos que ni hija no sabe....mi hija si entra en el hospital yo sé que va a aprender unas cosas que a ella ni se le pasarían por la cabeza...”.

En otros casos, los padres que en alguna ocasión han tenido que ingresar a sus hijos en la USMI-J, exponen su descontento con la **organización de la atención**.

“Es que claro, cuando mi hija estuvo ingresada, imagínate, niños que se impresionan con las cosas, había niños que chillaban, que tenían ataques, que tenían nervios...”.

□ Valoración de los Servicios de Urgencias Hospitalarias

Los familiares de pacientes con TMG consideran muy difícil la situación que se vive con el paciente en **momentos de crisis**, sobre todo en lo que respecta a la llegada de los dispositivos de urgencias al domicilio, el modo en que se atiende o se reduce al usuario, los profesionales que intervienen y el tiempo que transcurre desde que se detecta la necesidad de atención urgente hasta que ésta tiene lugar. Algunos familiares sugieren la creación de un *teléfono directo de salud mental* para solicitar la asistencia urgente.

“Tiene que haber un teléfono directo de salud mental, directo a la ambulancia y un médico, porque yo llamo al ambulatorio que a mi hijo le pasa algo, luego llamo al 061 y si mi hijo mientras se me tira por el balcón, qué hago yo, tiene que haber un enfermero o médico”.

“Yo me he visto acorralada en el patio de mi madre con mi hermano sin poder retenerlo y muy mal... y que no venía nadie, luego vino la ambulancia pero tardó”.

“Era caótico, muy caótico. Primero que pudiera salir de la casa, porque hasta que no mandaban la ambulancia, la policía y todo el dispositivo no podíamos salir de la casa, se tiraba todo el rato tirando cacharros y demás...”.

“Yo digo que el proceso de ir a recoger un enfermo es cierto que es duro, pero de eso a ir con la policía... debe de ir la ambulancia, su médico, su enfermeras y sí, seguridad si hace falta, pero eso de ir con la policía, es que ellos se ponen peor”.

□ Valoración de los recursos de apoyo social

Sobre los recursos de apoyo social a los que tienen acceso los usuarios, bien a través de FAISEM, bien a través de otros organismos, instituciones y asociaciones, existe una *diversidad de opiniones* entre los **familiares**, tanto de personas con TMG como de niños y adolescentes con problemas de

salud mental. Mientras unos consideran muy adecuado el servicio de apoyo social que reciben, otros se quejan de su insuficiencia o problemas de funcionamiento.

“La verdad es que yo estoy muy contenta con FAISEM, yo quiero decir que no estoy de acuerdo con lo que han dicho, porque la asociación funciona”.

“Yo ya la estoy dirigiendo a un centro de asuntos sociales que hay una educadora familiar que es una maravilla, una señora estupenda...”.

“No me fue muy bien, pero es que la otra que es más grande pues tampoco se oye hablar bien... pero que no tenemos ayudas ni nada... en las asociaciones no hay nada que funcione bien, hoy en día son todos problemas y jaleos y no se centran en las personas...”.

“... sino es por la trabajadora social que está pendiente a todo no te enteras de nada porque la Administración no te dice nada...”.

Los familiares de niños y adolescentes manifiestan además la existencia de **problemas burocráticos para constituir asociaciones** que centralicen y suministren la información de interés.

“Pero es que eso es relativo, porque como la forman los mismo familiares pues es muy difícil de enterarse donde puedes ir. Yo tengo una amiga que tiene un niño con un problema neurológico y están intentando formar una asociación y tiene muchos problemas legales y de papeles y eso. Es un follón horroroso, son nada más que problemas”.

Las **personas con TMG** por su parte, tienen una valoración muy positiva de los servicios a los que acceden a través de **FAISEM**, como es el caso de los talleres ocupacionales, pisos tutelados, servicio de comedor, etc., aunque también señalan como punto de mejora las actuales listas de espera para acceder a los mismos.

3.1.3. VALORACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SSPA

La valoración general de los usuarios y familiares hacen sobre los profesionales (sanitarios y no sanitarios) de los servicios de salud mental es **bastante positiva**.

“Una vez que estás dentro es mejor, porque yo mi experiencia es muy positiva e incluso en secretaría muy agradable y ha estado muy atenta y el psicólogo igual, vaya que te encuentras bien y estás a gusto”.

“... y los profesionales muy muy bien, de verdad, es que en eso no tengo nada que decir, además creo que estamos todos de acuerdo en que mejor imposible. Yo tengo que agradecerle a los auxiliares, los médicos, el psiquiatra... de verdad buenísimos, no tengo ninguna queja...”.

Valoran el **esfuerzo** que los profesionales realizan ante la falta de tiempo para atender al paciente y agradecen el componente **humano** que incorporan en consulta.

“...Y la médica que tengo ahora es un encanto, el otro día estuvo conmigo una hora y cuarto... y es un encantó, me preguntó desde pequeña... se le ve muy humanitaria y te escucha, siento que incluso a ella, al contarle las cosas, lo sufre también...”.

“... estuvo una hora y media conmigo pero que estaba sufriendo porque tenía a más gente y claro ella no puedo llevarse tampoco un hora y media con todo el mundo. Y la chica claro estaba sufriendo, porque quería dedicarme más tiempo”.

“...los mismos profesionales tienen que echar más horas para poder con el programa nuevo que hay, pero es que no se trata de eso, es que el problema que con la misma mente tienen que hacer muchas más cosas y eso lo entiendo porque he trabajado en la administración”.

□ Valoración de su capacitación

Al preguntar por la capacitación de los facultativos de salud mental, tanto los usuarios como los familiares expresan variabilidad de opiniones, en función del profesional y nivel asistencial al que se haga referencia.

En la **asistencia a los TMC**, a menudo se considera inadecuado el *tratamiento prescrito* por el médico de cabecera y difícil el *acceso* a los profesionales de los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD).

“Sí, llevo varios años medicándome pero tratada por el médico de cabecera... Me dio un antidepresivo, un ansiolítico y ya por último me mandó otras pastillas... no es que a mí me gustaría ir al psiquiatra y él, no... pero ‘espérate que te subo la dosis y te sientes mucho mejor, y vienes dentro de dos semanas o quince días’, total... que yo estuve fatal, fatal, fatal”.

“Siempre me ha sido muy difícil acudir a la salud mental. Porque el médico de cabecera es el que ‘bueno, yo te voy a mandar, tómate esto, tomate lo otro’... cuesta mucho que el médico de cabecera te mande aquí”.

No obstante, hay familiares que sí consideran adecuado el primer abordaje del TMC que realiza el médico de familia antes de su derivación al especialista.

“La médica de cabecera, como ya tenía la experiencia de la crisis anterior, empezó a medicarla hasta que llegó un momento en el cual, bueno, pues estaba tan mal que entonces ya, directamente, la derivó aquí... yo creo que ese primer paso si es correcto, sobre todo para filtrar...”

Algunos **familiares de pacientes con TMG** manifiestan haber sufrido *errores en el diagnóstico* y la prescripción de *tratamientos inadecuados*, a veces durante largos periodos de tiempo.

“... entonces entró en crisis, me tiró, me puso como los trapos y la llevamos al hospital y nos dijeron, ‘no si esto no es nada, esto es un capricho de la niña que ella es así’... y entonces la cojo y la llevo a la seguridad social y me dicen que la niña tiene caprichos, que es muy caprichosa, me mandaron unos medicamentos y le sentaron fatal, se queda echa un trapo”.

“A mi hija la han tratado dos años en la USMI-J y sí la veían cada quince días o así aquí, en el hospital, y nos decían, trastorno de personalidad, trastorno de personalidad, dos años así”.

En general, la percepción que los familiares tienen sobre el **tratamiento prescrito** a los pacientes es de ausencia de terapias y exceso de medicación, tanto en personas con TMG, TMC o infanto-juveniles. Se asocia la prescripción de fármacos con una mala indicación clínica. Existe además una creencia generalizada de que el trabajo psicológico con el paciente es más efectivo que el biológico.

“... cada vez iba a peor porque ha llegado un momento en que la medicación no le hacía nada...mi hermana necesita una psicóloga con urgencia...”.

“Las pastillas no son un método, quizás lo que mi mujer más necesita es comunicación...”.

“...el tratamiento de psicoterapia, es verdad que las listas de espera son largas, pero a veces es bueno”.

“Terapias claro que no hay, si un psicólogo ve a mi hija una vez cada dos o tres meses...”.

“Hay niños con trastornos y niños que necesitan mucho de todo, necesitan mucha ayuda terapéutica y necesitan ayuda todos los días y que charlen con el niño y todo eso, pero no solo una vez a la semana”.

“... de hecho se está tomando Risperdal y el niño pues sigue con las mismas, ni tiene mejoría ni nada... porque a mi hijo me queda nada más que darle medicinas y ya está... es nada más que medicinas, medicinas... entonces quisiera ver si esto ha avanzado y si hay algo más”.

Familiares y usuarios añaden que, con independencia del tratamiento elegido para abordar la enfermedad, ante todo debe garantizarse una **individualización** del mismo.

“Los tratamientos son cada uno un mundo. Yo a mi hija el tratamiento le sienta peor que nada”.

“Es que cada esquizofrénico es un mundo, y el trastorno de personalidad más todavía”.

“Yo creo que se debería individualizar el medicamento, no a todos los pacientes que llegan, venga este medicamento... ahora mismo no me estoy medicando, he llegado a la conclusión de no tomar nada más... yo no puedo estar todo el día atontada porque me echan del trabajo...”.

*“Es que cada persona tiene su tratamiento,
estamos de acuerdo en que no todas las personas son iguales”.*

“La psicoterapia le ayuda un poco, pues sí, pero ojo como se le da a cada uno y cada niño es distinto, y he visto como algunas terapias le han estresado a la niña, vamos que no le han repercutido positivamente sino todo lo contrario, en negativo”.

En ese sentido, hay familiares de niños que consideran muy difícil realizar y garantizar un tratamiento individualizado a cada paciente.

“Es que es muy complicado hacer una atención individualizada a cada uno de nosotros... y no nos pueden tener en cuenta a todos, pero quiero decirte que es muy complicado el tema...”.

De igual modo, consideran muy importante la **continuidad asistencial** del tratamiento y de los profesionales que atienden al paciente.

“Hubo cambios de tratamiento que a ella le afectaban mucho y hubo cambios de personal... en un intervalo de un mes y medio tuvo a cuatro personas que la trataron... cada una decía una cosa y empezaban desde cero...”.

□ Participación del familiar en el tratamiento del paciente

Muchos de los **familiares de personas con TMC** demandan *participar* en el tratamiento e incluso entrar en la consulta junto al paciente para dar *su opinión* sobre las circunstancias que rodean el proceso de la enfermedad y expresar *sus vivencias y necesidades* de atención. En algunas ocasiones, afirman que se produce una negativa del profesional sanitario a esta demanda, alegando que el tratamiento es exclusivo y confidencial para el paciente, situación que no resulta satisfactoria para los familiares.

“Yo considero que es una situación un tanto triste... en el sentido que yo, como familiar, no me he visto involucrado para nada, para nada en lo que es la enfermedad de mi mujer... única y exclusivamente se ha oído a la paciente... los psiquiatras y el personal podría haber contado con nuestra opinión porque creo que tenemos algo que decir...”.

“Conmigo no han hablado nunca, así que eso lo veo negativo y soy el padre, y a mí no me han atendido nunca ni el psiquiatra ni nadie...”.

“Yo le he dicho a mi marido por activa y por pasiva que quería ver a la doctora, y no ha habido manera”.

En aquellos casos en los que el familiar sí ha tenido la opción de hacer terapia conjunta con el paciente, el nivel de satisfacción sobre el tratamiento recibido es mayor.

“Yo he tenido la suerte de tratar tanto con psiquiatras como con psicólogos... habló con mi mujer y luego conmigo y luego los dos, y muy bien”.

“...pero muy bien, el trato con el personal a nosotros nos han citado a mi mujer y a mí a parte y nos han hablado y hemos estado muy relacionados... a nivel humano muy bueno...”.

En relación con la participación en el tratamiento, los familiares ponen de manifiesto su percepción de *variabilidad de práctica* entre los profesionales, incluso dentro de un mismo ESMD. Señalan

también la **falta de información** sobre qué tipo de sesiones o terapias reciben sus familiares en consulta y el motivo por el que pueden o no participar. En definitiva, demandan más orientación y asesoramiento para ayudar al paciente.

“Dentro de la misma unidad de salud mental existen diferentes criterios cuando a mí, por ejemplo, no se me deja pasar y cuando a él se le deja... yo creo que habría que unificar criterios...”

“A mí lo que me dicen es que sí, que está mejor y ya está.”

□ **Valoración del trato y otros aspectos cualitativos**

Los familiares de las personas con trastorno mental realizan una **valoración negativa** de las habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios. Por una parte, consideran que carecen de **información sobre el diagnóstico**, subrayando además el tiempo y/o esfuerzo que les lleva obtenerla.

“Me llevé dos o tres años para que me dijeran la enfermedad que tiene mi hijo, y me decían que todo lo que tenía era de su enfermedad pero... dígame la enfermedad que tiene porque es que no me lo dicen”.

“Yo tuve que pedir casi por favor que me dieran un informe de mi hija”.

“... sensación de impotencia, de tristeza con la que me he encontrado durante siete, ocho meses... yo el diagnóstico no lo sé, yo he leído mucho, me he metido en Internet... y puede ser desde un trastorno de la personalidad hasta una depresión endógena... yo no lo sé, entre otras cosas porque no se me ha comunicado...”

“En el centro a nosotros no nos dieron información ninguna, vaya de nada, y la valoración fue ya por propia iniciativa porque es que no te dicen nada...”

Los padres de menores con trastorno mental tienen una valoración más positiva sobre la comunicación de los profesionales hacia los familiares, pero también hacen hincapié en la necesidad de conocer cuanto antes el diagnóstico de sus hijos, ya que la incertidumbre les genera altos niveles de ansiedad y desconfianza.

“Cuando nació se creyeron que había nacido con Síndrome de Down... le hicieron más pruebas y todo sale normal... a mí me preguntan qué tiene tu hijo pues no sé, Síndrome de Down que es lo que dijeron, y ojalá fuera eso porque por lo menos saber qué tiene...esa es mi pregunta desde que el niño tiene 18 meses, porque desde que tenía 14 meses lo estoy tratando en atención temprana, le han tratado de todo, y en eso yo veo un retraso muy grande...”

“... a raíz de venir aquí y el doctor dice que es un niño normal... pues no es normal... como me ha dicho eso ya no lo vuelvo a traer... me lo han dejado en manos de Dios, tú haces lo que puedas con el niño...”

Por otra parte, señalan la falta de **información sobre el tratamiento prescrito**, siendo éste un aspecto clave de la comunicación médico-paciente.

“...pero yo he visto casos en que está fatal... en la consulta yo vi que tenían cara de tontos, entonces yo no quiero llegar a esos extremos... y como tampoco me dan unas explicación de que es lo que me van a hacer los medicamentos pues...”

“... él ya viene aquí y le ponen una inyección y ya está y no toma más medicación que es eso, y luego lo tienen en el centro ocupado...”

En el caso del TMC, hay familiares que exponen la falta de atención, por parte del profesional, hacia **otros problemas de salud** del paciente.

“Que mi hermana además de eso tiene una enfermedad de huesos y claro con eso no le hacen caso porque dicen que son los nervios y las cosas...”

3.1.4. DEMANDAS EN LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

Las personas con trastorno mental y sus familiares expresaron un conjunto de demandas para mejorar la calidad de la atención a la salud mental en Andalucía, destacando las siguientes.

▪ **Apoyo psicológico a familiares en el primer contacto con la enfermedad.**

Los familiares demandan apoyo psicológico, sobre todo en la fase de diagnóstico de la enfermedad, con el fin de asimilar la nueva situación familiar y afrontar mejor los periodos agudos o de crisis.

“En el hospital debería haber un psicólogo, porque estamos hartos de ver que cuando hay una catástrofe, hay 500 psicólogos, y cuando uno se enfrenta por primera vez a un problema de estos no tienes nada de apoyo...”.

“Debe de haber un psicólogo para la familia, que esté constantemente, porque es que esto es horroroso”.

“Tenemos hijos con problemas y no sabemos como afrontar esos problemas... es cierto que los familiares muchas veces no sabemos como afrontar eso, necesitamos autoayuda, porque no sabemos como afrontar los problemas...”.

“Cuando haya algún problema de estos pues que un profesional ayudara a los padres... que hablaran contigo y de vez en cuando te ayudaran a relajarte o algo así, porque pasas mucho nerviosismo”.

▪ **Recursos de apoyo social.**

La actual dotación de recursos de apoyo social es, a juicio de los familiares, insuficiente para poder hacer frente a la carga familiar que un enfermo mental supone. La principal preocupación de familiares de pacientes con TMG es la incertidumbre sobre su situación futura ante la escasez de recursos propios.

“Recursos nulos. El 40%, por estadística, de los padres tienen que dejar los puestos de trabajo”.

“...y a mi mujer le dan una paga pero que es muy poca para todas las cosas que tienes...”.

*“Yo no puedo mantener a mi hijo... Entonces yo lo que quiero es un apoyo para él, porque tú imagina que a mí me pasa algo, haber qué hace mi hijo, quién mantiene a mi hijo, porque él no se puede defender, porque necesita mucho dinero de medicamentos.
Yo no recibo ningún tipo de ayuda”.*

“Nosotros somos ya demasiado mayores... yo quisiera un sitio donde yo sepa que mi hija va a quedar en buenas manos, porque quién me la va a atender, no con una paga de doscientos euros”.

El apoyo social que demandan los familiares de pacientes se extiende, en el caso de la infancia y adolescencia, a refuerzos terapéuticos, “respiros familiares” en periodos vacacionales y al apoyo desde los colegios con la dotación de psicólogos.

“Mi hija necesita ahora también una ayuda continuada, porque está en la edad justa para poder avanza... ahora llega el paréntesis... llega el verano, para no tener un paréntesis pues a lo mejor me toca venir todos los días desde Almería y trasladarme...”.

“Ni siquiera tenemos respiros familiares en condiciones porque tienes que estar mendigando los servicios... pero tienes que estar demandándolo para que lo creen, si no lo demandas, no lo hacen...”.

“Lo único que pido es la escuela de verano para la comarca, no solo para Almería. Es que claro, si no, pues tienes que estar con ella las 24 horas y te dejas tu vida atrás”.

“He pedido un psicólogo allí en el instituto haber si lo puedo llevar o hablar con el orientador he pedido hablar pero no me han contestado, y yo le he estado pidiendo todos los miércoles que he ido a hablar con la profesora y la psicóloga del colegio y no me han hecho caso nunca”.

▪ **Integración social del enfermo.**

Los familiares de pacientes con TMG valoran muy positivamente la integración social del enfermo y demandan más oportunidades de acceso al empleo.

“A mi hija hasta ahora le han dado un curso que esta subvencionado y ya es otra persona porque tiene su independencia y hace sus cosas, es otra persona”.

“Hay que mojarse en este aspecto, para que les hagan trabajo y les den el trabajo”.

“Lo mismo que hay empresas que meten a personas con minusvalía, pues que meten a estos.”

▪ **Recursos sanitarios.**

Aunque la demanda de recursos sanitarios es general para todos los dispositivos, las personas con trastorno mental y sus familiares solicitan con especial énfasis reforzar la dotación de recursos en las unidades de agudos de los hospitales generales.

“Cada uno tenía que tener su cama, su cuarto de aseo y un buen jardín, y no estar en cuatro paredes... no hay nada donde salir”.

“Es que tu ves que renuevan todas las plantas y a psiquiatría no le hacen nada, y ahí hay chavales que tienen quince o veinte años y tienen toda la vida por delante”.

“Ellos mismos piden medios, porque ellos no tienen medios y te dicen que denuncies lo que pasa, porque el sistema es nefasto, aquello es que al enfermo le deprime”.

Los familiares de menores con trastorno mental expresan también una falta general de recursos en las USMI-J. Demandan medios que permitan a los niños realizar actividades durante el periodo de ingreso, así como la dotación de más espacio físico que permita hacer distinciones durante la hospitalización por criterios de edad y tipo de trastorno, a fin de evitar influencias negativas entre ellos.

“Ella para pesarse tiene que ir a la otra punta, porque a nadie se le ha ocurrido en el hospital de día poner un peso, y se que es una tontería pero así es todo...”

“No hay aula de actividades, no hay aula de informática, no hay terapias de grupo, hay un hospital de día que los llevan a estudiar y todas esas cosas, pero todos esos recursos para niños que se tiran aquí tiempo, meses ingresados, aquí no lo tienen...”

“No hay aulas de informática, no hay talleres, no hay nada para estos niños que su vida es hospitalización, de ahí al hospital de día, después comen y a la hospitalización y ahí se pasan ya todo el día que vuelven a ir de diez a una al hospital de día, no hay actividades, no hay nada, absolutamente nada. Mi hija se dedica a hacer pulseritas de estas durante todo el día...”

“Aquí se tratan a los niños de salud mental menores de edad y todos los de trastornos alimenticios menores y mayores de edad, es decir, aquí en la USMI-J hay niñas con 20 años con trastornos alimentarios y a mí no me parece bien, aquí lo mismo se ingresan a los niños que a los trastornos alimentarios mayores de edad pero ya con 20 con 30 o lo que sea”

“Si fuera una unidad reducida de tal edad a tal edad, o de tal diagnóstico a otro, no sé, la atención sería más personalizada en estos niños y no verían otras cosas...”

▪ **Centros sociales.**

La demanda de centros ocupacionales o de día para las personas con TMG es muy frecuente entre sus familiares que, por una parte, denuncian las listas de espera para acceder a los mismos y, por otra, solicitan cierta especialización según la patología del trastorno.

“La última vez que estuvo mi hermano ingresado salió peor que había entrado y el médico me llegó a decir que no lo llevara más porque tenía que estar en un centro, y el centro, dónde lo busco, lo pongo en lista de espera para dentro de cuatro o cinco años”

“Y yo no veo a mi hijo en un puesto de trabajo, pero es que mi hijo debería de tener un sitio donde ir y que fueran todos como él...”

“Cuando tienen una temporada buena, debería de haber un centro, pero no de unas horas, sino que fueran por la mañana y ya por la noche se fueran a casa...”

“Yo también necesito un centro donde la pueda ir llevando para ir a terapia, porque cuando ellos están mejor necesitan un centro donde ir y donde distraerse”

“Tiene que haber un centro en condiciones y que lo lleven personas preparadas para que lo organicen, pero personas bien.”

▪ **Profesionales.**

Las personas con trastorno mental y sus familiares demandan más profesionales sanitarios dedicados a la atención a la salud mental, a fin de limar los problemas de listas de espera y accesibilidad a la Atención Especializada.

“Quizá hay pocas personas para este problema y por eso tenemos que estar esperando tanto, entonces yo pienso que tenían que poner más profesionales para estar ayudándonos”

“Porque lo que nos falta es eso, es eso, psicólogos y psiquiatras porque en media hora yo no creo que mi doctora captara mi situación, porque ya no vengo hasta el mes que viene”

“Yo pienso sobre todo que falta personal”

3.2. OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL SSPA

3.2.1. OPINIÓN GENERAL SOBRE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

Los profesionales sanitarios del SSPA que participaron en el taller de trabajo coinciden en su valoración positiva sobre la mejora de la atención a la salud mental en nuestra comunidad autónoma, aunque también consideran que esta atención es **desigual, lenta y bastante mejorable** en algunos aspectos como el abordaje de las patologías emergentes y la carga familiar de estos pacientes.

“...yo creo que... ha mejorado la atención, evidentemente, en comparación con unos años atrás, pero también tiene déficit.”

“Yo me consta que había una encuesta de satisfacción y en términos generales es buena. Ciertamente que todo es mejorable, eso es así, ¿no? Y además, como estamos hablando de una serie de patologías que cada vez están in crescendo y que tienen una repercusión social muy importante, ¿no?, pues yo creo..., hombre, que siempre habrá cosas por hacer...”

“... los cuidadores, evidentemente, se van haciendo mayores, la carga aumenta y ya no sólo por la edad si no por el tiempo de soportar esa carga, pues generan dificultades en este punto sobre todo de alojamiento”.

Entre los **aspectos mejorables** destacan:

- La **falta de tiempo** que el médico de familia tiene para atender a los pacientes con problemas de salud mental así como para aplicar tratamientos psicoterapéuticos.
- La **falta de especialistas**.
- La **deficiente respuesta asistencial** que reciben los pacientes.
- El desplazamiento que ha sufrido el **TMG** entre las prioridades asistenciales.

Se valora **positivamente** la *accesibilidad* de la atención sanitaria y los avances logrados en los últimos años a partir del *I PISMA* (protocolos, procesos asistenciales, sistemas de información, ordenación del territorio, etc.), sobre todo en lo que se refiere a la creación de dispositivos específicos para la *infancia y adolescencia*.

“Un impulso importante fue cuando se crearon los Hospitales de Día Infanto Juveniles, y las camas de hospitalización. Eso fue un impulso hace 4 años muy importante, donde ya se ampliaron horarios, se vio qué tipo de patología..., se crearon dispositivos específicos para infancia y adolescencia...”

Los profesionales sanitarios se cuestionan cómo hacer frente a los **trastornos emergentes**, como es el trastorno de personalidad, en el caso de TMG, o las patologías relacionadas con cambios sociales, nuevos modelos de familia y de relación, en el caso de la salud mental de la infancia y adolescencia.

“En los trastornos de personalidad, no sabemos qué hacer con ellos ni dónde llevarlos, ni dónde ingresarlos, ni cómo tratarlos... se necesita información, ¿eh?, es una patología tan..., digamos tan diagnosticada recientemente...”

“Cuando es una atención en hospitalización... no hay unidades preparadas, las comunidades terapéuticas las revientan, en las unidades de agudos pasan tres días y no son dispositivos para ellos, porque tienen trastornos de conducta fundamentalmente...”

“... yo me he movido siempre a nivel clínico con un marco teórico donde la familia compuesta por padre y por madre, con la figura de autoridad... con los roles diferentes... Yo no sé ahora... dónde se van a jugar los roles. Yo me tengo que preparar para este nuevo modelo, ¿no?”

En el caso de la **salud mental infanto-juvenil**, los profesionales expresan la sensación de incertidumbre que genera la hospitalización del niño. En su opinión, existe un ámbito mal definido entre la pediatría y la salud mental, precisamente por la falta de especialización y de dedicación de

los profesionales en exclusividad. Es por ello que consideran necesaria la formalización de *especialidades en psiquiatría y psicología infantil*.

“Cuando un niño tiene que ser hospitalizado, ¿dónde se hospitaliza?, entonces ya... ‘no, no, no, ¡por dios!, un niño con trastorno mental...’, yo creo que es un conflicto ¿no?, porque se tiene que ingresar en la zona de los niños y eso es Pediatría, pero no existen psiquiatras infantiles, ... sino que, obviamente, la salud mental está en un lado y la Pediatría está en otro. Y ese es uno de los problemas que vivimos diariamente...”

Desde el punto de vista de la **ordenación y reordenación de los dispositivos** de salud mental, los profesionales sanitarios esperan que se afronte, al menos, tres cuestiones:

- La definición de *Áreas de Salud Mental* que se correspondan con otras delimitaciones sanitarias de Atención Primaria y Especializada.
- La integración de la *estructura organizativa* de salud mental en las estructuras jerárquicas de la sanidad pública.
- La *doble dependencia del personal* que trabaja en salud mental y que genera distintas disfunciones de coordinación.

En opinión de algunos profesionales, el funcionamiento de los *ESMD* es actualmente muy autónomo, demandando a los gestores un seguimiento más cercano del funcionamiento de los mismos:

“Los Equipos de Salud Mental..., yo los llamo un poco... Reinos de Taifas, porque cada uno funciona muy independiente ... Psiquiatría depende del hospital y el resto de los profesionales de Primaria, ni uno ni otro nos ocupamos directamente del funcionamiento y seguimiento de los objetivos del Equipo de Salud Mental. Entonces, los veo como un poco funcionando autónomos y deberíamos de tener un poquito más de control en ese sentido por parte de la gestión.”

□ **Adecuación de la demanda de atención en la salud mental**

Uno de los aspectos más debatidos por los profesionales del SSPA al valorar la adecuación de la demanda que los ciudadanos realizan a los servicios de salud mental, está relacionada con la **asistencia a TMC**. En opinión de estos profesionales, la demanda que absorbe Atención Primaria en relación con los TMC no es adecuada por dos motivos fundamentales. Por una parte, destacan el **error de diagnóstico** que ocasiona la confusión entre los problemas de salud mental y los propios de la vida.

“En general, la clasificación de Atención Primaria para salud mental se hace mal, no solamente por falta de tiempo, sino por falta de información, y no se sabe lo que son problemas normales de la vida, a lo que es una ansiedad o una depresión”.

“... de golpe nosotros tenemos a un grupo de personas que pueden ser de trastorno mental común... y en algunos casos llegan hasta la Atención Especializada cuando de verdad lo que tienen son problemas de la vida, y en ese límite somos poco operativos”.

Por otra parte, el actual funcionamiento de nuestro modelo asistencial no ofrece barreras a la demanda de asistencia por parte de **personas que no toleran el sufrimiento**.

“Yo creo que en todo esto hay una perversión del sistema... en el proceso, se concreta que uno de los motivos de derivación a salud mental, es la iniciativa del paciente, vamos a ver, lógicamente el medico que está saturado de pacientes y le hacen una demanda de: - yo quiero ir al psicólogo- ... el sistema le está haciendo el juego a todo esto”.

“Es que hay dos problema; de la sociedad que no tolera el sufrimiento... y el otro, un modelo asistencial basado en el modelo médico quirúrgico y entonces, claro, eso no va a cambiar nunca. La gente cree que la tristeza, la desesperanza, no se, que se cura con una pastilla, y eso no es así, eso hay que cambiarlo”.

En relación con la **infancia y adolescencia** añaden que, paralelamente a la asunción de patologías emergentes, los profesionales han de ser especialmente cautos a la hora de crear patologías en niños que únicamente tienen problemas propios de los *nuevos estilos de vida*.

“Tenemos que ser muy cautos porque podemos al final crear patologías donde no las hay, ¿no?, tampoco sería la primera vez que hacemos algo de eso, ¿no?, que nos inventamos algo y algo lo hacemos patológico y terminamos medicalizando, ¿no? Y marcar a un crío como patológico eso ya es patológico toda la vida...”.

□ **Valoración de la asistencia sanitaria en urgencias**

En cuanto al protocolo de ingreso, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental que se atienden a través del Servicio de Urgencias Hospitalarias, los profesionales del SSPA realizan una valoración un tanto **deficitaria**, tanto de la asistencia a personas con trastornos mentales comunes como graves.

(En relación con el TMC) “Son pacientes que se presentan en urgencias a los dos o las tres de la mañana y ya está, y les hago una visita y los vuelvo a mandar, al fin y al cabo eso es. Yo hablo en el hospital que a este grupo de pacientes no se les da una respuesta clara, porque en urgencias estos pacientes no son bien tratados”.

(En relación con el TMG) “...hay grandes problemas diarios en los Servicios de Urgencias cada vez que hay un paciente agudo de esas características, por... no tener un protocolo descrito...”.

(En relación con el TMG) “...en cuanto a las urgencias hay un Decreto... de cómo hay que ingresar pero... hay problemas de traslado, problemas de recogida, problemas de... su aplicación, en una palabra... es compleja en algunas ocasiones, es complejo para la familia misma...”.

3.2.2. VALORACIÓN DE LA COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Los profesionales SSPA defienden la necesidad de una **coordinación asistencial efectiva** entre Atención Primaria y Especializada para el seguimiento y valoración de los casos de salud mental. Para ellos, la coordinación es actualmente “*una realidad deficiente*”. Desde esta perspectiva, demandan una aplicación más práctica del *Proceso Asistencial Ansiedad, Depresión y Somatizaciones* por parte de los profesionales de salud mental y los médicos de familia.

(En relación con el TMC) “... cuando el paciente va a salud mental y se magnifica el problema, en vez de devolverlo con un papel de coherencia a esta primera iniciativa de ‘me ve el especialista y me devuelve’ pues no, se pasa a salud mental y se hace prisionero en salud mental”.

“...tener un protocolo conjunto de actuación... una vez diagnosticado el enfermo... el peso salvo las revisiones... recae sobre primaria, fundamentalmente... ahora mismo hay en manos de médicos de familia reajustes de... incluso de antipsicóticos atípicos que de alguna manera creo que deberían estar más supervisados por vosotros”.

“...los trastornos de conducta alimentaria, porque coordinarse con otro tipo de especialidades, es decir, con endocrino y demás..., es prácticamente imposible, ¿no?...”

Para ello, los profesionales sanitarios creen necesario avanzar en **protocolos conjuntos** y de coordinación, así como *simplificar los circuitos* a fin de mejorar la comunicación entre Atención Primaria y los dispositivos de salud mental. Asimismo, señalan la importancia de definir con coherencia los objetivos en los contratos-programa de ambos niveles asistenciales, a fin de que los profesionales tengan líneas de trabajo conjuntas.

“Los objetivos que se le ponen a los profesionales que dependen de nosotros, los ponemos nosotros, pero los de los psiquiatras no; el contrato-programa que tenemos en primaria sí incluye por ejemplo la prioridad de implantar el trastorno mental grave como uno de los

objetivos, pero no sabemos el de psiquiatría cuál es y cuál es el plan que se sigue en el hospital...”.

“Ahí habría que trabajar mucho con protocolos de patologías en concreto, por ejemplo, un autismo no puede pasar por un equipo para luego ir a la USMI-J; un trastorno de inicio o una psicosis de inicio en la infancia, no puede pasar por la USMI-J...”

De igual modo, demandan una **continuidad asistencial** en la atención de la salud mental en la **infancia y adolescencia**, mediante la concienciación sobre los problemas de salud mental de esta población, la integración de las USMI-J en los programas de área y la coordinación reglada de los ESMD y las USMI-J.

“...pues que no haya esa ruptura, que haya una continuidad asistencial entre lo que es la atención al niño y al adolescente porque van a ser nuestros futuros psicóticos...”

Respecto a la atención de pacientes que además de un trastorno mental tiene **otros problemas de salud**, los profesionales realizan una valoración poco positiva de la atención integral que reciben los mismos.

“El problema del trastorno mental común como que lo dejas aparte y a lo mejor tengo un diabético que tiene eso, y me ocupo de la diabetes y no del trastorno..., que quiero decir que picoteamos sobre el paciente y no lo miramos de manera integral, y eso hace que se olviden el tipo de recursos que tenemos y que no utilizamos.”

3.2.3. VALORACIÓN DE LOS RECURSOS DISPONIBLES

□ Recursos sanitarios

Los profesionales que participaron en el taller valoran **negativamente** los recursos sanitarios disponibles (recursos humanos, materiales, espacio y tiempo) para la atención a la salud mental. En este sentido manifiestan su percepción de que la salud mental se ha quedado a la cola en el reparto de recursos públicos sanitarios.

“En cuanto a los materiales y la estructura, yo diría que está anticuada, mobiliario de hace quince años, centros sin pintar o el sótano muy mal”.

“Se ha respetado muy poco la importancia del espacio en salud mental... falta de espacio y el que hay mal cuidado...”.

“Cuando salud mental requería una serie de muebles, etc. decían ‘cómo va a necesitar esta gente tanto espacio como los servicios administrativos’, es decir, el enfoque que se ha dado es que no le hacen falta recursos técnicos...”.

*“Yo que estoy creo que está poco priorizado este recurso.
Han repartido todos los recursos y lo que ha quedado lo han dado a Salud mental.”*

De entre los recursos que se consideran escasos en salud mental destaca el **tiempo**. Algunos consideran, además, deficiente la gestión del mismo por parte de los profesionales.

“El tiempo es escaso en salud mental y escasísimo en Atención Primaria, y esto es lo que soporta el mayor peso”.

“Yo pienso que el mayor problema que tenemos es que los profesionales de salud mental tienen que atender a un grupo de población de salud mental y ellos son el propio recurso, que tienen

que administrar su tiempo... En primaria si gestionan su tiempo, pero en especializada no, es decir, funcionan como una empresa privada. Ese salto cualitativo no se ha dado, y tenemos muchas consultas privadas gestionadas desde la administración”.

Para la atención de los problemas de salud mental en la **infancia y adolescencia**, los profesionales consideran insuficientes la actual dotación de recursos, fundamentalmente porque no hay espacios ni profesionales dedicados en exclusividad a la infancia.

“Los autismos, las psicosis iniciales de los primeros años, han estado asumidas por asociaciones privadas... era una patología que nos la quitábamos de en medio... Ahora, para asumirlas pues tenemos que tener más profesionales, tenemos que tener logopedas..., tenemos que tener una serie de recursos y de servicios importante...”

En el caso de los adolescentes, los profesionales sanitarios subrayan los problemas cotidianos que se les presentan al atenderlos en las USMI-J, debido a que comparten el espacio con niños más pequeños.

“...lo que le da miedo a los pediatras es el niño grandullón que tiene edad pediátrica pero que te puede volcar toda una sala. Entonces, habrá que pensar en ampliar las unidades de agudos o crear unos espacios específicos separados, pero que el mismo equipo de enfermería lo pueda atender y que los psiquiatras y psicólogos de la USMI-J los atiendan...”

Finalmente, opinan que la **cartera de servicios** no es homogénea en la Comunidad Autónoma y demandan una dotación uniforme en todo el territorio, con independencia de que cada servicio en cuestión esté configurado o no como Unidad de Gestión Clínica.

*“No todas las USMI-J tienen Hospital de Día,
ni todas las USMI-J tienen ubicadas las camas en Pediatría...”.*

“Es muy importante homogeneizar los dispositivos de recursos de toda Andalucía, que no haya tanta diversidad. Es decir, que se vea qué es lo más adecuado y que se intente que todas las áreas sanitarias cuenten con lo mismo, la misma cercanía, la misma estructura...”

□ Recursos de apoyo social

La valoración de los recursos de apoyo social se centra, fundamentalmente, en la atención a **personas con TMG** y sus familiares. Los profesionales del SSPA consideran insuficientes y mal dotadas las plazas residenciales en *Comunidades Terapéuticas* (CT).

“Aumentar ese número de plazas, que por un lado disminuiría la carga familiar... y por otro lado sea un mercado mucho más abierto, desde el punto de vista más sanitario, para que los pacientes no tengan que esperar tanto para encontrar plaza residencial como ocurre en la actualidad”.

“Cuando alguien está esperando hace 2 años ó 3 años una plaza residencial y no se le da, o una comunidad terapéutica, pues bueno, pues son la gente que evidentemente están muy cansadas ya, contamina a los familiares nuevos y crea una tensión en los profesionales... y un estrés importante”.

De igual modo opinan que dicho déficit no es homogéneo y que es necesario, al margen de mejorar y aumentar la cantidad de recursos, que ésta se realice en función de la **necesidad** de cada provincia, es decir, vinculada a la población que se atiende realmente.

“...no me refiero a unificar, me refiero a ver cuál es la necesidad real para cada provincia en lugar de que hubiera, como pasa aquí por ejemplo, una comunidad terapéutica mejor dotada y tal, infrautilizada en algunos casos, y otras reventando ahí en un pueblo con una mala posibilidad de cobertura...”

El **acceso** a los recursos sociales es, en su opinión, poco objetivo.

“El acceso a los recursos sociales no es como los nuestros, no son objetivos, son según baremos y tal... y hay quien tiene una escala y está en una lista de espera que no es..., el médico no influye”.

Existe un amplio consenso entre los profesionales al demandar la creación de un **recurso residencial específico** para pacientes mentales **crónicos** que requieren ingresos reiterados e involuntarios. Argumentan esta petición señalando que estas personas, por lo general, no cumplen las pautas de su tratamiento, suelen tener dependencia a tóxicos, están psicopatológicamente activos y, en consecuencia, la unidad de agudos o las comunidades terapéuticas no son el recurso adecuado para su tratamiento.

“Ha habido pacientes que se les echaba del recurso porque consumía tóxicos... tenemos que acordar con FAISEM que a lo mejor pueden tener una casa-hogar con un tratamiento distinto o con un personal más preparado para esos pacientes que tienen ese consumo complicado de tóxicos”.

“... necesidad de un recurso sanitario específico que podría ser autónomo para esos casos en concreto y luego la necesidad de que los recursos residenciales tengan un abanico de apertura a patologías añadidas al trastorno mental grave”.

“...ingreso a pacientes mentales crónicos, con una patología activa, de difícil manejo...; si quieres ya la coletilla entera: con problemas de dependencia de alcohol o de otras drogas, problemas judiciales, sin recursos familiares, sin adherencia al tratamiento y sin conciencia de enfermedad. Ese es el perfil entero”.

Por otro lado, para la atención a la **infancia y adolescencia** los profesionales sanitarios demandan la creación nuevos **dispositivos dirigidos a adolescentes** en edad pediátrica.

“Hace falta pensar en dispositivos nuevos, ¿no?, en dispositivos como comunidades terapéuticas para adolescentes, o casas terapéuticas..., o una palabra así, pero hay esa franja de edad donde no puedes tenerlos en la USMI-J del Hospital de Día, no puede estar en ambulatorio...”

Surge un debate sobre la creación de **unidades específicas para atender determinadas patologías** en la infancia y adolescencia, como son los trastornos de la conducta alimentaria, en el que los profesionales no logran un consenso. Algunos profesionales consideran que al ingresar al menor en dispositivos concretos para patologías específicas se le estigmatiza, cuando lo conveniente es que éste reciba tratamiento lo más comunitario posible. Otros profesionales defienden la creación de unidades de referencia, sobre todo por el nivel de especialización que requiere el manejo de ciertas patologías no frecuentes.

3.2.4. VALORACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SSPA

□ Valoración general

Al realizar una valoración general de los profesionales sanitarios que atienden la salud mental en Andalucía, se utilizan los calificativos de **vocación**, **dedicación** y **empeño** unidos a los de **eventualidad** del puesto de trabajo y **variabilidad en actitudes y aptitudes**. Se enfatiza la motivación de estos profesionales, el trabajo en equipo que desarrollan y el nivel de respeto que demuestran a otros compañeros.

“Los profesionales que están trabajando en esto, son buenos, entre otras cosas porque la mayoría han llegado ahí porque han querido”.

Se señala también la **falta de ubicación** de los distintos profesionales de salud mental en el sistema sanitario. En este sentido, se hace especial hincapié en el papel que desempeñan los

facultativos de Atención Primaria frente al resto de dispositivos de salud mental y a los demás profesionales implicados.

“Lo que nos falta es relacionarnos con el resto de los profesionales para darle una respuesta adecuada a estos pacientes, hacernos más accesibles... y eso se hace con cosas micros, contando con ellos en determinados foros de reunión, o con un grupo determinado de pacientes, es rentabilizar esos servicios”.

“Al equipo de salud mental no se le ha ubicado, no se le ha colocado”.

“...porque el odontólogo tiene claro que es de Atención Primaria, pero con el psiquiatra no pasa así, no le dicen claramente a donde pertenece”.

Asimismo, destacan la falta de definición de las competencias de los profesionales que atienden a **niños y adolescentes** con problemas de salud mental.

“Parece muy claro que entre el médico de familia y el pediatra hay diferencias, porque entre el psiquiatra y el psiquiatra infantil o el psicólogo y el psicólogo infantil, no haya esa diferencia, ¿no?”.

□ **Valoración de su capacitación**

Los profesionales sanitarios consideran que la capacitación de los facultativos de **Atención Primaria** es *adecuada pero mejorable*, sobre todo en lo que respecta a la *visión psicoterapéutica* del paciente así como en el *tratamiento farmacológico*.

“Estamos hablando del trastorno mental común y... hay evidencia del abordaje de que en vez de que sea sólo fármacos, sean técnicas de grupos o terapias y eso no lo tenemos asumido, y por qué no se hace, es que no hay protocolos”.

“Es esencial la entrevista clínica con los pacientes y familiares. Esto lo apoyo absolutamente. Creo que hace falta habilidades básicas en entrevista clínica: eso es importante”.

“Es que hay una falta de tratamiento psicológico tanto en los equipos de Atención Primaria como en otros espacios, por aprovechar el tiempo hay una falta de tratamiento terapéuticos, y en Atención Primaria pues es más fácil ver la evidencia de la mejora con un fármaco que con terapia”.

“Creo que el problema es complejo y la solución complicada... no es lo mismo la evidencia de un fármaco como la evidencia en las conductas humanas”.

Por otra parte, se considera que el grado de capacitación de los profesionales para la **atención al TMG** es *bueno*, pero *caduco* en función de los actuales protocolos de tratamiento. En este sentido algunos profesionales señalan la tendencia equivocada que existe, por la falta de capacitación, para subsanar los errores de prescripción farmacológica.

“...Y además, una tendencia a que si algo falla, se insiste aumentando el fallo; eso es lo que nunca he entendido. Que falla un antipsicótico, pues le aumentas la cantidad, ¡toma ya!”.

Finalmente, resaltan que el cambio en el estilo de trabajo de los profesionales ha de extenderse a los *Servicios de Urgencias y unidades de agudos*.

“Las Unidades de Agudos, donde hay un estilo de trabajo que... en muchos aspectos, hay que cambiarlo de forma muy radical, ¿eh?, (...) con un uso y abuso de ciertos fármacos, con un uso y abuso del propio procedimiento de contención, con un..., en fin, ahí hay..., tendríamos que hablar mucho.”

□ **Adecuación de los tratamientos**

La percepción que los profesionales del SSPA tienen sobre la atención de los trastornos mentales en la **infancia y adolescencia** es *deficiente*, sobre todo en lo que se refiere al diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la personalidad en la adolescencia, patologías sobre las que existe hoy en día un elevado estigma social por parte de los padres, en los colegios y entre los propios niños.

“Siempre es o la edad del pavo o no sé qué, y claro, ya hasta que el niño se ha tomado un bote de pastillas que ya deja de ser la edad del pavo, ¿no? Pero la detección de determinados problemas en adolescentes...Es más complicado”

Consideran necesario *evitar los ingresos* en las unidades de agudos, tratar al adolescente de forma ambulatoria, en la comunidad o su entorno, de manera que se facilite su integración y continuidad educativa.

“Yo no puedo sacar a una niña de Almería con 14 años y decir ‘te van a ingresar en Jaén y te voy a sacar de tu entorno y te voy a medicalizar’...”

Los profesionales abogan igualmente por una *atención personalizada y en la comunidad* para el **tratamiento de los TMC**, además de impulsar la psicoterapia en estos pacientes.

“...que se fomente la relación médico paciente, es decir, atención personalizada, que es lo que busca el paciente”.

“Creo que hay que favorecer el aprovechamiento de los recursos naturales de la comunidad, porque no siempre el tratamiento es sanitario”.

En cuanto al tratamiento de los TMC, existe una percepción generalizada de que los profesionales consideran a estos trastornos como un *mal menor*.

“Hay un problema ideológico, la mayoría del trastorno mental común se considera como de difícil abordaje, o sea, como que si hubiera poca evidencia, entonces se posterga un poco, porque como es un mal menor.”

Existe consenso entre los profesionales del SSPA al señalar la falta de una aplicación general de **protocolos de tratamiento** relacionados con las diversas patologías, siendo esta la razón por la que proponen mejorar y homogeneizar el estilo de trabajo.

“En general hay una ausencia de generalización de los procesos, eso quiere decir que cada terapeuta es dueño y señor de todo lo que hace en su consulta... yo no hago grupos porque yo no creo en los grupos... no hay una generalización de los procedimientos... Hay protocolos pero no se aplican”.

“Tenemos que mejorar en el estilo de trabajo ... ahí hemos hecho poca reforma ... en lo que respecta al trastorno mental grave, ya se impone que tengamos tratamientos protocolizados, guías de tratamiento, planes de cuidados... habría que buscar una cierta homogeneización, digamos en el territorio andaluz. No se puede trabajar que cada uno tenga sus pautas de tratamiento, incluido el farmacológico”.

“Ahí habría que trabajar mucho con protocolos de patologías en concreto, por ejemplo, un autismo no puede pasar por un equipo para luego ir a la USMI-J; un trastorno de inicio o una psicosis de inicio en la infancia, no puede pasar por la USMI-J; uno grave no puede pasar por los equipos...”.

“Hay sitios, por ejemplo áreas de..., aquí en Sevilla... donde hay una orientación muy medicalizada, muy biologicista y en otros sitios pues donde hay mucho más trabajo psicoterapéutico...”.

□ **Formación de los profesionales**

Todos los profesionales coinciden en la necesidad de **formación continua y especializada** en el campo de la salud mental. Se demanda formación para todos los profesionales implicados en el abordaje de la enfermedad, a fin de garantizar la continuidad asistencial al paciente. Algunos consideran inadecuado al responsable que define el plan de desarrollo de los profesionales de salud mental.

“Formación orientada a la práctica. Pero yo no hablo de cursos sino de una conversación con otros colegas, que los cursos ya estamos hartos...”

“No hay una sensibilización, creo yo, en general... se cree que no hay necesidad de formación en cuestiones mentales. No lo hay por parte del sistema y de los profesionales”

“... que el plan de desarrollo profesional se hace por el responsable en cuestión... para enfermeros se hace por el Coordinador de Enfermería de Atención Primaria, entonces alguien que no conoce el área donde se está trabajando supuestamente tiene que describir un plan de desarrollo profesional, con lo que también hay una paradoja y un desencuentro en ese tema organizativo que habría que solventar.”

En el caso de la **salud mental infanto-juvenil**, los profesionales consideran que la formación es especialmente importante para atender a los niños que requieren ingreso, y hacen hincapié en la formación endocrina para el manejo de los niños y adolescentes con TCA.

“... Porque dicen -si yo tuviera un ingreso semanal no tendría problema, me manejaría perfectamente; pero como tengo uno al año, cuando lo tengo no sé qué hacer-”

Por su parte, el **personal de enfermería** que acudió al taller de trabajo, valora muy positivamente la formación que hasta el momento han recibido en salud mental.

“En el área de formación en enfermería sí que se ha avanzado y eso hay que tenerlo en cuenta, de unos años para acá ha sido muy buena la formación recibida y ahí sí que ha habido un despliegue de medios.”

□ **Valoración del trato y otros aspectos cualitativos**

Respecto al trato y otros aspectos cualitativos de la atención, los profesionales del SSPA consideran que es **bueno, digno, respetuoso y humano**, a excepción del que reciben los pacientes en los Servicios de Urgencias Hospitalarias y en las unidades de agudos donde, en su opinión, es necesario y urgente desarrollar líneas de acción para mejorar de la calidad en la asistencia a estos pacientes.

“Un paciente con un diagnóstico de trastorno mental grave que acude a urgencias... no voy a decir maltratado, pero al menos... no atendido con el mismo nivel de calidad que otro paciente”.

“En el trato, en algunos casos, a los pacientes ingresados en unidades de agudos, no siempre es el mejor ni desde un punto de vista técnico, ni humano, ni profesional... en los espacios donde, curiosamente, hay más hospitalización... Yo es que invitaría a todas las Áreas de Salud Mental a que se metieran en un proceso de calidad para que fueran viendo detallito a detallito...”.

3.2.5. ASPECTOS POSITIVOS Y PROPUESTAS DE MEJORA EN LA ATENCIÓN

De entre los **aspectos positivos** de la *atención a los TMC* los profesionales sanitarios destacan la *accesibilidad*, la *mejor comprensión* de las patologías mentales con una disminución del estigma social y el mayor *protagonismo de los profesionales* de la salud mental, no sólo médicos, sino trabajadores sociales, psiquiatras, psicólogos, etc.

En cuanto a la **atención a los TMG** se valora positivamente el esfuerzo realizado por establecer *protocolos de actuación* y definir *procesos asistenciales* que impulsen una práctica de calidad. Igualmente se subraya el incremento sensible en la *dotación de recursos* e *infraestructuras* así como de *personal* lo que, en su opinión, ha generado una *mejora de la eficiencia* en la prestación de los servicios, a pesar de los altos niveles de presión que ejerce la demanda.

De entre las **sugerencias de mejora** propuestas por los profesionales destaca la petición de una **atención integral** a las personas con trastorno mental, tarea en la que deben involucrarse los gestores y los responsables de los servicios sanitarios.

“Hace falta la atención integral... Eres el gestor de la salud mental de la población que tienes encomendada, me parece uno de los puntos clave... y que asuma la salud mental de la población, la gestión clínica de su población, en resumen”.

“...que asuma que es el referente de salud mental, de la población que tiene encomendada y que así gestione su tiempo en función de ese criterio. Oiga, distribuya sus recursos”.

Para mejorar la atención integral y personalizada del paciente, consideran necesario establecer **espacios de colaboración y coordinación** entre profesionales.

“Y otro tema importante... la falta de personalizar la atención al paciente, que haya un único referente que coordine todo alrededor del paciente, no solo en primaria sino en todo. Hay que pensar que esos pacientes no solo los atendéis vosotros sino otros profesionales...”.

“Hace falta un inter-espacio entre consultas y entre profesionales, donde en Atención Primaria pueda facilitar sus habilidades. Hacer referencia a los espacios de colaboración de los profesionales más o menos permanente”.

En general, para mejorar la calidad de la **atención a los TMC** los profesionales.

- Realizar un *análisis de situación*, en el que se valore cómo se encuentran los recursos, el tiempo disponible, el espacio, etc.
- Evaluar cumplimiento del *I PISMA*.
- Organizar equipos de trabajo *multidisciplinares* (medicina de familia, personal de enfermería, especialistas, etc.).

Para mejorar la **atención a los TMG** consideran necesario:

- Disminuir la *variabilidad en la práctica médica* mediante la aplicación del Proceso Asistencial Integrado definido, el uso de guías y planes de cuidados.
- Desarrollar un *decreto* que unifique dependencias del personal de salud mental, a fin de homogeneizar objetivos.
- Incluir *psicoeducación para la salud* en los equipos de trabajo, dirigidos a personas con trastorno mental y sus familiares.
- *Discriminar positivamente* a pacientes y sus cuidadores para la realización de trámites burocráticos y administrativos (peticiones de visitas, revisiones, recetas, etc.).
- Mayor comprensión por parte de las Direcciones Médicas y Gerencia ante peticiones relacionadas con una mayor dotación de *recursos humanos*.
- Transparencia y homogeneización de *recursos materiales*, eliminando en lo posible la duplicidad o triplicidad de dependencia (se hace hincapié en la dotación y mantenimiento de equipos informáticos).

Finalmente, para mejorar la asistencia a la **salud mental infanto-juvenil**, los profesionales del SSPA solicitan:

- *Homogeneizar las líneas de actuación* en todo el territorio andaluz, dando protagonismo a la salud mental de esta población y previniendo el incremento de la demanda ante nuevas patologías.
- Analizar la *idoneidad de los dispositivos* para atender a las patologías más graves.
- Desarrollar una *especialidad profesional* en el campo de la psiquiatría y psicología infantil.

3.2.6. PROPUESTAS DE LÍNEAS DE TRABAJO A INCLUIR EN EL II PISMA

A modo de conclusiones, los profesionales del SSPA propusieron diversas líneas de trabajo para su inclusión en el II PISMA que pueden agruparse en las siguientes áreas:

▪ **Recursos sanitarios y de apoyo social.**

Las sugerencias realizadas en relación con los recursos de salud mental se desdoblan en tres vertientes:

- Fomentar la *coordinación* entre los recursos sanitarios y sociales disponibles.
- *Ordenar y organizar* los actuales recursos, realizando un análisis pragmático de las necesidades de espacio, tiempo y profesionales por criterios de eficiencia, prevalencia y cobertura poblacional, con el fin de homogeneizar la cobertura asistencial en toda la Comunidad Autónoma.
- Incrementar la dotación de *plazas residenciales* en los diferentes dispositivos (comunidades terapéuticas, unidades de rehabilitación de área, etc.) junto a la creación un *recurso residencial específico* para pacientes mentales crónicos que requieren ingresos reiterados e involuntarios, y para cuyo tratamiento son inadecuados el resto de dispositivos existentes.

▪ **Gestión Clínica.**

Impulsar el desarrollo de la Gestión Clínica en los dispositivos de salud mental, mejorando el estilo de trabajo mediante la definición de protocolos homogéneos y consensuados, así como guías de práctica clínica y planes de cuidados. Se demanda también implantar de forma efectiva y evaluar el Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave.

▪ **Marco general y normativo.**

Se propone el desarrollo del marco general y normativo de la salud mental en Andalucía a través de las siguientes líneas de actuación:

- Evaluación del cumplimiento del *I PISMA*.
- *Planificación*.
- *Ordenación de los servicios* de salud mental con una única dependencia, estableciendo áreas similares a las hospitalarias y una estructura de mando homogénea al resto de las especialidades.
- Definición de una *cartera de servicios*.

▪ **Atención a pacientes y familiares.**

Se pide el desarrollo de líneas de trabajo que fomenten una *atención personalizada* a las personas con trastorno mental y sus familiares, garantizando la continuidad asistencial y la reducción de la variabilidad en los tratamientos. Se demanda asimismo el impulso de la *atención en la comunidad* que, además, incluya un programa de “educación para la salud” que ayude a la ciudadanía a aceptar el sufrimiento o duelo no patológico.

En relación con la *salud mental infanto-juvenil*, se considera necesario incrementar la dotación de recursos y dispositivos, así como crear una cartera de servicios homogénea. Se pide un abordaje integral de la enfermedad, pero diferenciando de forma específica:

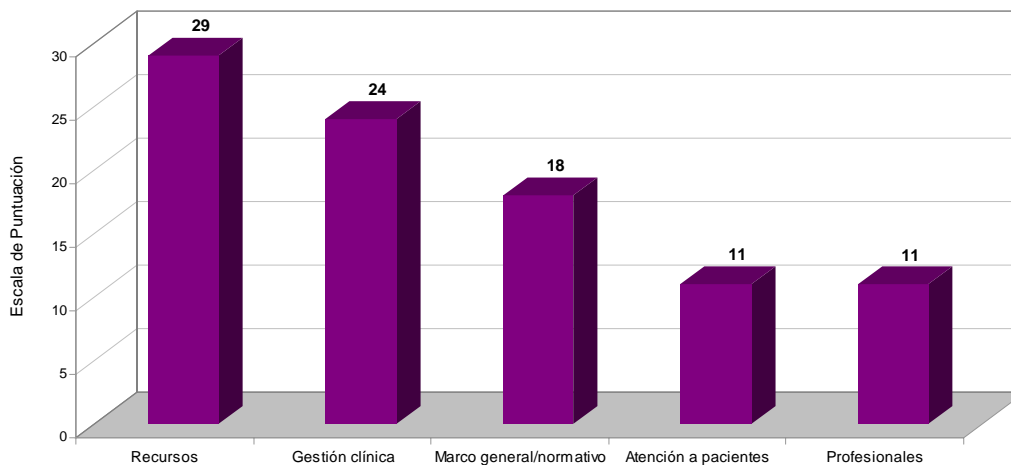
- La atención sanitaria en la franja de edad de los *14 años hasta el adulto*.
- La asistencia a la infancia, por un lado, y a la adolescencia, por otro, en el abordaje de *patologías concretas* en las USMI-J, donde la influencia de los adolescentes puede ser negativa sobre los más pequeños, con especial atención en el caso de TCA.

▪ **Profesionales.**

Se demandan *planes de formación* para los profesionales de Atención Primaria en los ámbitos de salud mental, psicoterapia y habilidades para el manejo de pacientes, con la finalidad de motivar a profesionales comprometidos y disminuir el estigma del enfermo mental. Se propone también la creación de espacios de *coterapia e interconsulta* entre salud mental y Atención Primaria, impulsado con ello la coordinación y cooperación interniveles.

Se pidió a los profesionales del SSPA que priorizaran las líneas de acción propuestas, otorgando 3 puntos, 2 puntos y 1 punto a aquellas que, en su opinión, se situaban en primer, segundo y tercer lugar de importancia, respectivamente. El gráfico adjunto muestra los resultados obtenidos.

Gráfico 1. Valoración de las líneas de acción propuestas por los profesionales del SSPA para el II PISMA.



3.3. OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES INTERSECTORIALES

3.3.1. OPINIÓN GENERAL SOBRE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

Existe un amplio consenso entre los profesionales intersectoriales al valorar en términos globales el estado actual de la atención a la salud mental en Andalucía. Todos ellos coinciden al afirmar que la atención es **buena para los colectivos a los que llega** estos servicios, pero de *escasa accesibilidad* y mejorable, en especial, en lo que respecta a las *personas con discapacidad* intelectual.

Profundizando en el análisis de la **accesibilidad**, destacan como problemas principales aspectos relacionados con:

- El *ámbito geográfico*: cobertura en zonas rurales.
- La *flexibilidad horaria*: escasez de oferta de servicios socio-sanitarios a partir de las 15:00h.
- La atención a determinados *colectivos* con riesgo de marginación: necesidad de reforzar la atención a las personas con enfermedad mental “sin techo”.
- La *puerta de entrada* en la asistencia sanitaria en momentos de crisis de la enfermedad: se demanda la detección a tiempo y la minorización de errores en el abordaje de estos problemas de salud en los Servicios de Urgencias Hospitalarias.

Reflexionando sobre el modelo de atención a la salud mental actualmente vigente, el grupo de expertos hace hincapié en la **escasa coordinación** existente entre los distintos sectores implicados. En este sentido, destacan que se trata de un **modelo a demanda**, en el que el paciente ha de acudir al recurso. En su opinión, no se ha llegado al modelo de atención integral que necesita la salud mental.

En cuanto a la oferta de servicios, los participantes consideran que es **poco diversificada** en sus recursos, con escasas posibilidades de atender al paciente en el tiempo interconsultas. Al valorar el **tratamiento** que se ofrece a las personas con enfermedad mental, los profesionales señalan la ausencia en el cumplimiento de los *protocolos* definidos y la *excesiva medicalización* del paciente, considerando que es mejorable desde el punto de vista *psicoterapéutico* (especialmente en las zonas rurales).

Al preguntar al grupo de expertos sobre las **necesidades prioritarias** que, según su percepción, tienen hoy en día las personas con enfermedad mental y/o sus familiares, destacaron las siguientes:

- Creación de centros de referencia y dispositivos especiales para las *personas "sin techo"*, en los que sean atendidos de forma integral y se escuchen sus demandas. Señalan asimismo la ausencia de medios para localizar a estas personas con enfermedad mental.
- Mayores recursos de salud mental para la *población institucionalizada en residencias*, especialmente para personas mayores o con discapacidad.
- Incremento de los recursos dirigidos a la *integración en la vida cotidiana y laboral* del enfermo mental, ámbito en el que sigue habiendo muchas dificultades.
- Desarrollo de actuaciones concretas en *prevención*.
- Mayor *coordinación de los servicios de drogodependencias* con los dispositivos de salud mental.
- Aumento de los *servicios de apoyo familiar*, ya sea facilitando la creación de grupos de apoyo social o incrementando los recursos públicos de apoyo a la familia.

3.3.2. VALORACIÓN DE LA COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS CON OTROS SECTORES IMPLICADOS

En el desarrollo de la sesión de trabajo, se profundizó en el análisis de la coordinación de los servicios sanitarios con los demás sectores implicados. En opinión de estos profesionales la coordinación que se produce es de **carácter informal**, con ausencia de protocolos de actuación ni coordinación institucionalizada. Este aspecto es especialmente importante en los casos de pacientes con patologías duales, lo que origina conflictividad a la hora de asumir el caso.

En este sentido, se defiende la necesidad de establecer mayores **directrices** a la hora de asumir y coordinar casos en los distintos niveles de atención. En este sentido, demandan una mayor apertura de la red de salud mental del SAS que, en su opinión, perciben cerrada y aislada del resto de las instituciones, entidades y organismos.

“La coordinación se basa más en lo que es la susceptibilidad individual que realmente en el establecimiento de una protocolización y de una programación ... diseñamos, junto con salud mental un protocolo de actuación a nivel ambulatorio y funciona en determinadas provincias, en determinados distritos y en otros no; a lo mejor lo que hace falta es que sea más directivo desde la Consejería, en el sentido de que, señor, si esto es el documento oficial esto es lo que hay que llevar a cabo”.

Respecto al proceso de atención del **trastorno mental grave**, se cuestiona la capacidad y formación del coordinador del Plan Integral de Tratamiento (PIT), destacando la escasez de recursos y tiempo disponible para desarrollar esta tarea, así como unas necesidades de atención cada vez más intersectoriales.

“En el Plan Integral de Tratamiento hay un gestor del caso que tiene una lista de pacientes enorme y a él se le encarga esa coordinación del Plan y yo me pregunto: ¿este hombre va a ser capaz de convertirse en el coordinador de todo el engranaje y ponerse en contacto con todos los puntos de la red para llevar el caso por un cauce más o menos

razonable?'; yo creo que no hay capacidad, no hay tiempo... debería haber una persona que se dedique sólo a eso".

Desde el servicio de **orientación al empleo**, se manifiesta la dificultad de coordinación con los ESMD para orientar adecuadamente al paciente y ayudarle a contactar con el equipo médico.

"Tenemos serias dificultades a la hora de coordinarnos... nos es muy difícil pues llegar a este profesional, poder llegar al terapeuta, a su psiquiatra... para poder trabajar con esa persona... porque muchas veces a esa persona la hemos integrado laboralmente, la hemos puesto a trabajar y después de seis meses, cuando esa persona fracasa, nos dice el psiquiatra... '¿cómo lo habéis puesto a trabajar en playas?' ... nos cuesta mucho trabajo coordinarnos con los equipos de salud mental".

3.3.3. VALORACIÓN DE LOS RECURSOS DISPONIBLES

□ Recursos sanitarios

Al valorar los recursos sanitarios para la atención a la salud mental algunos profesionales opinan que, más que una escasez en su dotación, se produce **poco rendimiento** de la **cartera de servicios sanitarios** existente. Respecto a ésta, las demandas de los profesionales intersectoriales se centran en los siguientes aspectos:

- La adaptación de la actual cartera de servicios a las *personas con discapacidad intelectual*. El grupo de expertos tiene la percepción de que, habitualmente, estas personas no permanecen en las unidades de agudos de salud mental debido a que los profesionales sanitarios están capacitados mayoritariamente para el tratamiento de otras patologías graves, como es la esquizofrenia.

- En cuanto a la tipología de pacientes atendidos, los profesionales intersectoriales tienen la percepción de que la atención sanitaria se centra excesivamente en el tratamiento de las patologías graves, por lo que demandan ampliar la cartera de servicios y la dotación de recursos en lo que respecta a **otras patologías**.
- En relación con la **atención infanto-juvenil** se demandan recursos específicos para adolescentes y familiares que demandan ayuda y protección a los servicios sociales comunitarios, evitando ingresos innecesarios y trabajando más en el medio. Para ello consideran fundamental el diagnóstico precoz de las patologías relacionadas con trastornos de la personalidad. Asimismo, se demandan programas de prevención dirigidos a la adolescencia y la creación de más USMI-J para facilitar la accesibilidad de esta población a los servicios sanitarios.

“ Yo tengo el conocimiento de niños de seis, siete años... que tienen un comportamiento extremo en los colegios y llegan al punto de tener que tener un profesor con él todo el día, e incluso las APAS y el director no saber qué hacer con el niño y, a lo mejor, tiene un problema psiquiátrico...que será lo más probable”.

“Los adolescentes es un problema que lo vamos a ver de aquí a muy poquito tiempo ... lo vemos ya en las prisiones, la cantidad de chavales que están ya entrando y con una problemática tremenda, con una agresividad tremenda, un problema de salud mental muy serio que no vamos a saber dónde abordarlo”.

- Recursos para **pacientes con delitos menores y sus familiares**. El grupo de expertos demanda al Programa de Salud Mental más recursos intermedios de contención para ese tipo de pacientes, habitualmente con enfermedad mental crónica. Solicitan recursos de supervisión con privación de libertad, de tipo residencial. Con ello, argumentan que se evitaría aplicar el código penal en numerosos casos en que puede aplicarse el civil, y en los que por indicación médica se podría obligar a tratar a la persona y no dar lugar a que cometa delitos e ingrese en prisión, penalizando de este modo la enfermedad mental.

“Cuando comete un delito...existe el artículo ... del código civil que con indicación de un especialista o de un médico se le pone un tratamiento en contra de la voluntad del paciente ... eso no se está utilizando ... entonces cuando no queda más remedio lo cogen y lo meten en la cárcel, es un poco penalizar la enfermedad mental...”

En su opinión, los **recursos de contención** que existen actualmente se ubican en dos líneas de trabajo opuestas: por una parte están los recursos abiertos que ofrece FAISEM y, por otra parte, otro tipo de centros e instituciones con una filosofía de trabajo más cercana a los antiguos hospitales psiquiátricos.

“No se trata de qué tipo de centro queremos, sino de qué dinámica interna le vamos a dar a ese centro intermedio, de tal manera que las contingencias que tenga el paciente dentro de ese centro sean las suficientes como para tener una contención social necesaria y las ideales para que tenga una adecuada apertura social”.

- Recursos flexibles en su utilización que permitan la **atención integral del paciente** cuando, además de un trastorno mental, presenta otras problemáticas (p.e. drogodependencia). Para ello se requiere además la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales comunitarios.

“Ocurre igual en el tema de salud mental, porque no se atiende a la persona, sino yo atiendo esto y si no entra dentro de este cuadro que yo atiendo no es mío... se queda en el centro un gran vacío que no son de nadie, en vez de atender a la persona”.

- Creación de servicios que hagan de **filtro en las derivaciones** desde Atención Primaria a los ESMD y que sirvieran de apoyo a los médicos de familia en la valoración que hacen de los pacientes.

- Ampliación de la *cobertura sanitaria en horario de tarde*. En este sentido, perciben deficiente el servicio urgencias a partir de las 15:00h.

□ Recursos de apoyo social

Respecto a la dotación de recursos de apoyo social, los profesionales manifiestan la importancia de abordar las siguientes cuestiones:

- Impulsar el apoyo de los *servicios sociales hacia otras patologías*, como los trastornos de personalidad. Algunos profesionales señalan que la cartera de servicios del Programa de Salud Mental está muy centrada en las personas con trastorno mental grave, considerando necesario reforzar la misma en lo que respecta a otras patologías.
- *Ampliar la atención diurna* de los servicios sociales a los pacientes con TMG, a fin de ayudar a conciliar la vida familiar y laboral de los convivientes con esas personas.
- Creación de *recursos residenciales* apropiados para las *personas con TMG y sin hogar*.

“El problema que nos encontramos muchas veces es el tema residencial, el de las casas hogar o viviendas tuteladas porque... muchas veces nos encontramos con la problemática de personas en la calle, nos cuesta trabajo que nos la valoren porque sobre todo el psiquiatra lo que no quiere es quedárselo mucho tiempo en la unidad de día, porque sabe que no hay un recurso después...”

El problema de las personas *“sin techo”* con TMG se agudiza cuando el paciente es joven.

“Muchas veces, si la persona es mayor, se hace la solicitud de residencia... pero el problema nos lo encontramos cuando la persona no es mayor, porque en lo que son los servicios sociales de la Junta pues puede entrar, aunque no sea el recurso ideal que sería FAISEM...”

pero cuando la persona es menor de esta edad nos encontramos con un verdadero problema, porque esa persona no encuentra un recurso, de hecho en cinco años sólo una persona nos ha entrado en el recurso de FAISEM...”.

- Necesidad de resolver urgentemente el **colapso en los servicios residenciales de FAISEM**. Existe la percepción de que el número de plazas ofertadas por la Fundación son claramente insuficientes, lo que obliga a priorizar su asignación a personas con trastorno mental grave, habiendo pacientes con otras patologías que también precisan de estos recursos de apoyo social.

“En las comisiones residenciales para aprobar las plazas a las personas que presentan el protocolo de derivación a FAISEM, llegan protocolos de personas... que algún momento de su vida han sido diagnosticados... con esquizofrenia o trastorno psicótico y se empieza a jugar al tenis con esa persona porque no hay recursos creados suficientes y entonces empieza a dar vueltas... y los casos siguen sin atender”.

- Creación de **otros recursos específicos que integren socialmente** al enfermo mental. En opinión de los expertos, la dotación de pisos protegidos no es suficiente si no cuentan con el desarrollo de las actividades diarias. Por este motivo, se propone crear un servicio de acompañamiento similar a la figura del “educador de calle” que facilite la integración social del enfermo mental (a través de la asistencia a un club social, talleres, etc.). Consistiría en un “servicio de orientación” para pacientes con determinadas patologías, a través de monitores que le acompañen en el desarrollo de sus actividades diarias, ayudando a *educar en el hábito*.
- Los profesionales que trabajan en los servicios de **orientación y empleo** demandan una mayor oferta de servicios dirigidos a personas jóvenes con trastorno mental que se canalicen por este medio.

- En cuanto al *programa de apoyo a domicilio de FAISEM*, los profesionales intersectoriales consideran que podría ofrecer más servicios si “se llevara cabo conforme a los planteamientos propios del programa” y existiera una coordinación efectiva con los servicios sanitarios, quienes complementarían y cubrirían el resto de necesidades del paciente.

“Un programa de asistencia a domicilio es asistir al paciente en su propio domicilio... para que se le cubran sus necesidades cotidianas básicas... Si el equipo de salud mental, por la escasez de recursos, tiene a un paciente cuyo perfil no corresponde ya con el apoyo a domicilio, sino con algo ya de mucha mayor entidad... nosotros mandamos monitores... para cubrir lo que podemos de la cantidad de necesidades que tiene ese usuario, es decir, que estamos hablando siempre que la cartera de necesidades va por encima de los programas, entonces nunca llegamos a ser efectivos del todo con ese usuario”.

- Por último, los profesionales pertenecientes a colectivos específicos no socio-sanitarios demandan *formación* para tratar adecuadamente a los enfermos mentales, como es caso de la policía local. Para ello, sugieren la posibilidad de aprovechar los cursos de formación que ofertan las Diputaciones Provinciales y promoverlos entre estos trabajadores.

3.3.4. VALORACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SSPA

□ Valoración general

La valoración que se hace de los profesionales que trabajan en salud mental es, en general, **muy buena**. No obstante, consideran necesario aumentar el **número de profesionales**, especialmente de psicología. Justifican esta demanda argumentando que la falta de recursos humanos obliga, desde su punto de vista, a atender prioritariamente a los pacientes más urgentes y en fase aguda, al tiempo que no permite flexibilizar la atención del paciente en consulta.

"Yo pienso que los profesionales de salud mental son buenos profesionales, que se preocupan de sus pacientes, que intentan hacer su trabajo lo mejor posible y que si no llegan a la situación deseable no es por su causa, sino por lo que hemos estado comentando aquí de carencias de tiempo, de espacio y de saturación de un montón de consultas que probablemente no deberían llevarlas ellos... porque esa saturación no les permite trabajar a los niveles que estamos hablando que son necesarios".

Los **adjetivos** que utilizan para describir a los profesionales de salud mental del SSPA son los siguientes:

- **Motivados, superados** por la presión asistencial y **necesitados** de reconocimiento y de formación. Motivación que consideran elemento clave del éxito en la atención a pacientes. No obstante, en lo que se refiere a la motivación existen diferentes opiniones:

"Yo tengo mis dudas sobre lo que tú comentas de la motivación, precisamente por lo que tú decías antes, por esa saturación, esa falta de espacio, de tiempo en la actividad que realiza; yo creo que eso, al final, a lo que llega es a una falta de identificación con un proyecto ... sobre todo los facultativos".

"Yo diría motivados y desmotivados... que no están identificados con la filosofía de la psiquiatría comunitaria".

- **Implicados** a nivel hospitalario, pero también **escurridizos** a la hora de absorber la necesidad.
- **Preocupados** por los pacientes.
- **Carentes** de tiempo y espacio.

□ Valoración de su capacitación

Se pidió también al grupo de expertos que valoraran el nivel de capacitación que, desde su perspectiva, tienen los profesionales sanitarios de salud mental. En este aspecto existe bastante consenso entre los participantes, destacando la **sensación de asfixia** que perciben en los mismos cuando deben atender a pacientes que, junto al problema de salud mental, presentan otras circunstancias que se salen de su ámbito específico de trabajo.

En cuanto a la relación que los profesionales sanitarios mantienen con otras instituciones, destacan su *excesiva autonomía e independencia* en el desarrollo de su trabajo, considerándolos poco accesibles y con **escasa cultura de trabajo en equipo**, siendo este un aspecto sobre el que sugieren fomentar su capacitación. En este sentido, los profesionales intersectoriales tienen la sensación de que las iniciativas de coordinación parten habitualmente de los servicios sociales, más que de los sanitarios.

Otro aspecto que señalan en relación con la capacitación de los profesionales sanitarios es su falta de **formación** en la atención a personas con *discapacidad intelectual* y a *drogodependientes*. En su opinión, estos profesionales adolecen de una adecuada visión sociosanitaria en la atención a la salud mental.

“Había como dos especies de bolsas en la mente de los facultativos: estaba la bolsa de lo sanitario y la bolsa de lo social... yo llego hasta aquí, este es mi trabajo y después lo demás es la bolsa de lo desconocido y la bolsa de la beneficencia... siguen teniendo esa contaminación”.

□ Valoración del trato y otros aspectos cualitativos

Los profesionales intersectoriales consideran que el trato que reciben las personas con enfermedad mental en los servicios sanitarios es **bueno**, pero la atención no siempre se recibe cuando se necesita, produciéndose tiempos de espera de hasta dos meses.

“... a mi lo que me transmiten los usuarios es que reciben un buen trato pero no cuando lo necesitan, en crisis, angustia, ansiedad...”

El trato de los profesionales sanitarios es mejorable desde el punto de vista de la **escucha al paciente** y la **información** que transmiten a los familiares.

“... la información o relación con la familia podría mejorarse en cuanto a cómo se da la información, qué información se da... podría hacerse mejor en general”

Califican de urgente mejorar las condiciones de los pacientes en las **unidades de agudos**, en lo que respecta a su aspecto e higiene. Consideran que esta situación se debe a una falta de delimitación clara de funciones entre los mismos profesionales que trabajan en la unidad de agudos.

“... la sensación que tiene el propio paciente cuando se ve ya, de por sí, mal... si encima se mira en un espejo o se va reflejado en una ventana y ve el aspecto que tiene... no puede ser, eso es urgente y tiene que hacerse algo ya”

“... en las unidades de agudos hay, creo, personal de sobra como para atender eso, no sé, desconozco las razones. Tampoco lo quiero plantear en la propia unidad, no me parece de buen gusto, pero es una situación que yo calificaría de urgente”

“nosotros no lo decimos ... pero es que hemos tenido que andar pidiendo favores para que me ingresen a la persona con la que hemos llegado ... pero a nosotros nos han dicho

auxiliares precisamente de personas que hemos tenido ingresadas -es que es un hombre, por eso no lo bañamos- yo me ponía las manos en la cabeza“.

Los expertos cierran este punto del debate demandando la creación de la figura del **“defensor del enfermo mental”**, quien se pronuncie sobre si determinados casos han sido atendidos correctamente o no por las distintas instituciones.

“...yo creo que en un momento determinado habría que crear la figura del defensor del enfermo mental... entran muchas personas que han pedido ayuda y no se les ha dado... que por ser enfermo mental... se les pone rápidamente a que ingresen... Están entrando muchas personas que cometen delitos y a veces delitos graves cuando han pedido ayuda muchas veces... muchos pacientes que piden ayuda, que no se les da y que acaban matando a alguien... y ellos pagan con sus veinte años pero no hay una voz que diga si se ha actuado bien, si no se ha actuado bien y si se pudo evitar o no se pudo evitar ese tipo de cosas... porque no se investiga... ¿ha sido bien atendido?”.

3.3.5. ASPECTOS POSITIVOS Y PROPUESTAS DE MEJORA EN LA ATENCIÓN

A modo de resumen, para finalizar el análisis de la situación actual, se pidió a los profesionales intersectoriales que señalaran los aspectos positivos más destacados así como las principales áreas de mejora de la atención a la salud mental en Andalucía.

Como **aspectos positivos** señalaron los siguientes:

- El interés de las instituciones porque la atención se preste en la *comunidad* y la *desinstitucionalización* del enfermo mental.
- La *profesionalización* de la asistencia.
- La creación de equipos de trabajo cada vez más *multidisciplinares*.
- El esfuerzo realizado en la *dotación de recursos*, aunque aún no son suficientes.
- La *calidad* de los recursos existentes.

- La voluntad por la *integración social y laboral* del enfermo mental.
- El trabajo realizado por el *movimiento asociativo*.

Por el contrario, destacan como **áreas de mejora** los siguientes aspectos:

- La *descoordinación* entre los sectores implicados.
- La *escasez de recursos* y su *falta de adaptación* a las personas, a pesar de que el esfuerzo por incrementarlos ha sido importante.
- La *saturación* de los servicios.
- La inadecuada atención a la *población institucionalizada* en residencias.
- La existencia de una *bolsa de enfermos mal atendidos* (personas “sin techo”, discapacitados mentales, etc.).
- La escasez de medios y atención en *horario de tarde* (a partir de las 15:00 horas).

Ante este análisis de la situación actual, el grupo de expertos **demanda**:

- *Espacio, tiempo y recursos concretos* para planificar la atención.
- Recursos para *atender de forma integral* a la persona, garantizando la calidad de la asistencia y la aplicación de tratamientos multidisciplinares.
- Formación de los facultativos psiquiatras en otros ámbitos para poder realizar una *coordinación intersectorial*.
- Firma de *protocolos y objetivos* entre sectores (de prevención, de detección y de actuación), así como mecanismos de garantía de su cumplimiento.
- Valoración del *tiempo de coordinación* de los profesionales.
- Buscar una solución a la previsible *escasez de facultativos*, fundamentalmente psiquiatras.

3.3.6. PROPUESTAS DE LÍNEAS DE TRABAJO A INCLUIR EN EL II PISMA

La sesión de trabajo se cerró con una propuesta de las líneas de trabajo que, en opinión de los profesionales invitados, deberían contemplarse en el II PISMA. Las propuestas que se realizaron pueden agruparse en las siguientes áreas temáticas:

▪ **Recursos humanos, materiales y residenciales.**

Se demanda incrementar la dotación de *recursos humanos*, sobre todo sanitarios, y una *mayor formación* de los profesionales de la salud mental. De igual modo, se cree necesaria la cobertura de los servicios sanitarios en *horario de tarde y fines de semana*. Los profesionales intersectoriales piden también una mayor valoración y agilización de los servicios que prestan las *asociaciones* y que revierten tanto en los pacientes como en la sociedad en general.

▪ **Coordinación sociosanitaria y visión transversal de la atención al enfermo mental.**

Se propone el desarrollo de líneas de acción que fomenten la coordinación real, efectiva y comprometida por parte de todos los actores implicados. Se demanda una atención lo más *individualizada e integral* posible a través de equipos multidisciplinares, en la que el servicio de orientación de FAISEM juega, según los profesionales intersectoriales, un papel muy importante.

▪ **Atención personalizada y continua.**

Se pide hacer énfasis en la *psicoterapia* y la *atención sociosanitaria* a varios niveles:

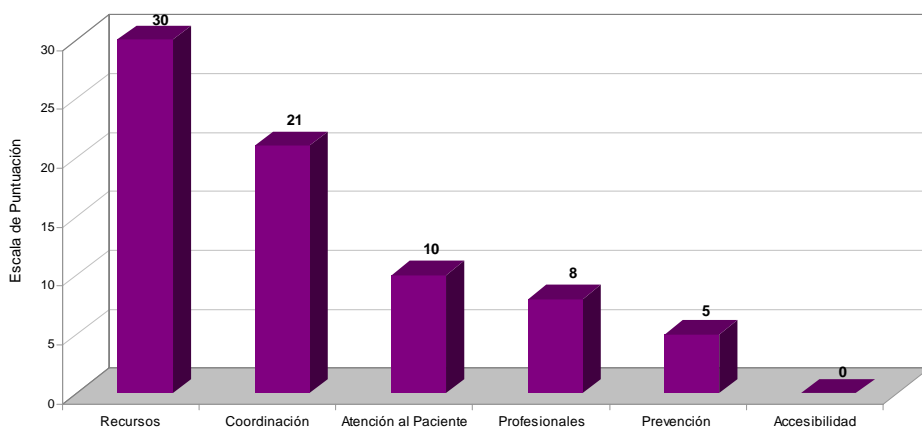
- Población *institucionalizada* en centros de día y residenciales.
- Enfermos mentales *en prisión*.
- Personas *sin hogar*.
- Pacientes de las *USM-HG* (Unidad de Salud Mental de Hospital General).

Se demanda una *atención psiquiátrica en la comunidad* que detecte los casos que no son urgentes actualmente pero que lo serán en el futuro, y que se haga un uso adecuado de los *programas de apoyo social* existentes.

- **Formación de los profesionales** que se ven obligados a trabajar con personas con enfermedad mental (policía local, servicio de empleo, etc). Se demanda un aumento de los profesionales de la psicología que den cabida al trabajo psicoterapéutico con los pacientes, así como la formación de los profesionales sanitarios en discapacidad intelectual.
- **Prevención en problemas de salud mental infanto-juvenil.**
La atención a adolescentes y sus familias es considerada una inversión en salud mental para el futuro.
- **Apertura de la red de salud mental** a la sociedad, en especial, a otras instituciones, y un mayor acercamiento de los profesionales a las zonas rurales.

Para concluir, se pidió a los profesionales que priorizaran las líneas de acción propuestas, otorgando 3 puntos, 2 puntos y 1 punto a aquellas que, en su opinión, se situaban en primer, segundo y tercer lugar de importancia, respectivamente. El gráfico adjunto muestra los resultados obtenidos.

Gráfico 2. Valoración de las líneas de acción propuestas por profesionales intersectoriales para el II PISMA.



4. CONCLUSIONES

La **opinión general** que existe sobre la atención a la salud mental en Andalucía es **buena** en su conjunto. Las valoraciones más positivas las realizan las personas con trastorno mental y sus familiares, así como los profesionales de otros sectores implicados, quienes tienen un buen concepto de los servicios que se reciben en los dispositivos de salud mental y de sus trabajadores.

Sin embargo, la opinión de los profesionales sanitarios es más crítica al respecto, calificando la atención a la salud mental como desigual, lenta y mejorable en algunas cuestiones. Aunque se valoran de forma muy positiva los *avances logrados a partir del I PISMA*, los profesionales del SSPA manifiestan su preocupación ante la inadecuada demanda que absorbe Atención Primaria (confusión entre trastorno mental e intolerancia al sufrimiento), el abordaje de trastornos emergentes y patologías relacionadas con los nuevos estilos de vida y de relación, la necesidad de formalizar especialidades en psicología y psiquiatría infantil y la deficiente asistencia que reciben las personas atendidas en los Servicios de Urgencias Hospitalarias.

A la hora de señalar los **aspectos susceptibles de mejora**, las opiniones de los distintos colectivos difieren entre sí. Mientras los profesionales intersectoriales destacan su percepción de escasa *accesibilidad* a los servicios de salud mental y la necesidad de adaptación de las prestaciones a las personas con *discapacidad intelectual* y el reforzamiento de la *atención a patologías no graves*, los profesionales del SSPA hacen hincapié en la falta de *tiempo* para la asistencia, la escasez de *especialistas*, la deficiente *respuesta asistencial* y el desplazamiento del *TMG* entre las prioridades asistenciales. Los usuarios y sus familiares coinciden con los profesionales en algunas de sus demandas, señalando el problema de accesibilidad a los servicios según el lugar de residencia del paciente y la sensación de escasez de recursos sanitarios, a lo que añaden la *insuficiente información* que reciben durante el proceso asistencial y la falta de actuaciones de *prevención*.

Al analizar el funcionamiento de los servicios, todos los profesionales coinciden en afirmar que la **coordinación** que existe entre los agentes implicados es una *“realidad deficiente”*, aunque se expresan desde perspectivas diferentes. Así, los profesionales intersectoriales demandan una mayor apertura de la red de salud mental del SAS hacia otros sectores, a quien perciben excesivamente

aislada de resto de las instituciones, entidades y organismos. Por su parte, los profesionales sanitarios se centran en su ámbito de actuación más directo, defendiendo la necesidad de una coordinación asistencial efectiva entre Atención Primaria y Especializada, especialmente en la atención de aquellos pacientes que padecen, además, otras patologías.

Entrando en la valoración de aspectos más específicos, se ha explorado la opinión de los distintos colectivos sobre los **recursos sanitarios** existentes para la atención a la salud mental, señalando todos ellos aspectos susceptibles de mejora. Las demandas se centran en la dotación de recursos humanos y materiales, la disponibilidad de espacio físico y de tiempo para la atención. La petición de recursos específicos dirigidos a la infancia y adolescencia es generalizada.

Las personas con trastorno mental y sus familiares tienen una percepción negativa sobre la *accesibilidad geográfica* y la *flexibilidad horaria* de los servicios sanitarios, al tiempo que valoran *insuficiente la dotación* de recursos materiales en los distintos dispositivos. Al centrarse en patologías concretas, destacan la dificultad de *acceso al psiquiatra o psicólogo* para la atención del TMC, las dificultades que viven los familiares en los *momentos de crisis* del paciente con TMG y la deficiente calidad de la atención recibida en las unidades de agudos (espacios físicos y aspectos cualitativos). Por su parte, los profesionales sanitarios consideran que la *cartera de servicios* en salud mental no es homogénea en la Comunidad Autónoma, mientras los profesionales intersectoriales opinan que se obtiene poco rendimiento de ella, fundamentalmente en lo relacionado con la discapacidad intelectual y otras patologías diferentes al TMG.

En cuanto a los **recursos de apoyo social**, las opiniones son divergentes. Mientras algunos familiares consideran muy adecuados los servicios que reciben, otros se quejan de su insuficiencia o problemas de funcionamiento. Las personas con TMG, por su parte, tienen una valoración muy positiva de los servicios a los que acceden a través de FAISEM. Los profesionales sanitarios e intersectoriales coinciden al valorar la *insuficiencia* de los recursos de apoyo social, considerando urgente ampliar los servicios residenciales existentes y crear otros dirigidos a colectivos específicos (adolescentes, pacientes con patologías específicas, personas “sin techo”, etc.). En este sentido, los

profesionales del SSPA demandan con especial fuerza la creación de un *recurso residencial específico para pacientes mentales crónicos* que requieren ingresos reiterados e involuntarios y para cuyo tratamiento no son adecuados los dispositivos existentes (comunidades terapéuticas, unidades de rehabilitación de área, etc.).

Por último, se ha explorado la opinión sobre los **profesionales de salud mental del SSPA**. La valoración general es, en general, *muy buena*. Se consideran profesionales con vocación, dedicación y empeño, valorándose positivamente el esfuerzo que hacen en la atención ante la escasez de tiempo y de recursos. El *trato y otros aspectos cualitativos* de la atención son evaluados como buenos, pero mejorable desde el punto de vista de la escucha al paciente y la información que se transmite al familiar y la atención que se presta al paciente en las unidades de agudos en lo que respecta a su cuidado e higiene.

En cuanto a los *tratamientos prescritos*, existe una percepción general de exceso de medicalización y escasez de psicoterapias, aspecto para el que los propios profesionales sanitarios demandan formación y los profesionales intersectoriales solicitan reforzar la dotación de psicólogos. Los usuarios y sus familiares, por su parte, abogan por un tratamiento individualizado y la continuidad asistencial, así como una mayor participación de los familiares en el proceso de tratamiento.

Todos los profesionales sanitarios coinciden en la necesidad de *formación continua y especializada* y la aplicación general de protocolos de tratamiento. Perciben como deficientes sus habilidades para el correcto diagnóstico y tratamiento de las patologías infanto-juveniles, en especial los trastornos de personalidad en la adolescencia.

Sugerencias de mejora y propuesta de líneas de trabajo:

Los profesionales intersectoriales y del SSPA así como las personas con trastorno mental y sus familiares, han realizado un conjunto de sugerencias para mejorar la calidad de la atención y propuestas de líneas de trabajo a incluir en el II PISMA que, a modo de resumen, se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 2. Sugerencias de mejora y propuesta de líneas de trabajo para el II PISMA (I).

Áreas	Personas con trastorno mental y sus familiares	Profesionales SSPA	Profesionales Intersectoriales
RECURSOS HUMANOS	Incrementar la dotación de profesionales sanitarios para disminuir las listas de espera y mejorar la accesibilidad a los dispositivos.	Homogeneizar la dotación de profesionales por criterios de eficiencia, prevalencia y cobertura poblacional.	Incrementar la dotación de profesionales sanitarios, fundamentalmente psicólogos y psiquiatras.
		Formación de los profesionales sanitarios en psicoterapia y habilidades para el manejo de pacientes.	Planes de formación en salud mental para profesionales sanitarios y colectivos específicos.
		Creación de especialidad profesional en el campo de la psiquiatría y la psicología infantil.	
RECURSOS MATERIALES	Dotación de recursos e infraestructuras de las unidades de agudos y USMI-J que permita realizar actividades durante el ingreso, diferenciando en la atención por edad y tipología de trastorno.	Transparencia y homogeneización en la distribución de recursos.	Dotación de recursos adaptados a las necesidades del paciente que permitan una atención integral.
RECURSOS RESIDENCIALES	Aumento de centros ocupacionales o de día para las personas con TMG que disminuyan las listas de espera.	- Aumento de plazas residenciales en CT y URA. - Creación de nuevos espacios de media y larga estancia para pacientes crónicos.	Aumento de recursos residenciales.
RECURSOS DE APOYO SOCIAL	- Ayuda social y/o económica de apoyo a la familia. - Respiros vacacionales para familiares de menores con trastorno mental. - Mayores oportunidades de acceso al empleo para personas con TMG.		Mayor valoración de los servicios que se prestan a través de asociaciones.
ATENCIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES	- Apoyo psicológico a familiares de pacientes. - Información sobre la enfermedad, diagnóstico y tratamiento. - Tratamiento individualizado con más trabajo psicológico y terapias. - Mayor participación de los familiares en el tratamiento de la enfermedad.	- Abordaje integral de la salud mental infanto-juvenil que diferencie la infancia y la adolescencia. - Atención personalizada y en la comunidad.	- Atención psiquiátrica integral y en la comunidad con énfasis en la psicoterapia. - Mejorar la atención de: 1. La población institucionalizada en centros de día y residencias. 2. Enfermos mentales en prisión. 3. Personas sin hogar. 4. Pacientes de las USM-HG.

SSPA: Sistema Sanitario Público de Andalucía; USMI-J: Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil; TMG: Trastorno Mental Grave; CT: Comunidad Terapéutica; URA: Unidad de Rehabilitación de Área.

Tabla 2. Sugerencias de mejora y propuesta de líneas de trabajo para el II PISMA (II).

Áreas	Usuarios y Familiares	Profesionales SSPA	Profesionales Intersectoriales
COORDINACIÓN		<ul style="list-style-type: none"> - Espacios de colaboración entre profesionales. - Equipos de trabajo multidisciplinares. - Coordinación de los recursos sanitarios y sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración del tiempo de coordinación entre profesionales. - Coordinación real, efectiva y comprometida entre los agentes implicados. - Equipos multidisciplinares. - Formación específica a psiquiatras para realizar una coordinación intersectorial.
CARTERA DE SERVICIOS	<ul style="list-style-type: none"> - Prevención de los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia. - Accesibilidad de los servicios sanitarios de Atención Primaria y Especializada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación para la salud en los equipos de trabajo, pacientes y familiares. - Definición de la cartera de servicios. - Ordenación de los servicios de salud mental. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevención en problemas de salud infanto-juvenil. - Disminuir la saturación de los servicios. - Accesibilidad en horario de tarde y fines de semana. - Acercamiento de los profesionales a las zonas rurales.
MARCO GENERAL Y NORMATIVO		<ul style="list-style-type: none"> - Definición de protocolos homogéneos y consensuados, guías de práctica clínica y planes de cuidados. - Aplicación del Proceso Asistencial TMG. 	<ul style="list-style-type: none"> - Definición de protocolos y objetivos de prevención, detección y actuación, así como mecanismos de garantía de su cumplimiento.
PLANIFICACIÓN		<ul style="list-style-type: none"> - Atención integral de la salud mental de la población. - Homogeneizar líneas de actuación en la comunidad. - Unificar dependencias del personal de salud mental a fin de homogeneizar objetivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Espacio, tiempo y recursos para planificar. - Apertura de la red de salud mental a otras instituciones.
EVALUACIÓN		<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el cumplimiento del I PISMA. - Evaluar la aplicación del Proceso Asistencial TMG. 	

SSPA: Sistema Sanitario Público de Andalucía; **TMG:** Trastorno Mental Grave; **PISMA:** Plan Integral de Salud Mental de Andalucía; **USM-HG:** Unidad de Salud Mental de Hospital General.