

An elderly couple is shown from behind, embracing each other. The man on the left has short, grey hair and is wearing a red jacket. The woman on the right has long, wavy, light brown hair and is wearing a light pink, ribbed sweater. They are standing in a well-lit room with large windows in the background. A semi-transparent blue rectangle is overlaid on the left side of the image, containing the title text.

PESMAA

PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES DE ANDALUCÍA

Contenido

Introducción	8
Marco normativo	17
Modelo de gobernanza y metodología aplicada	62
Principales hitos	66
Misión, visión y valores	67
Alineación estratégica	69
Análisis de situación de partida.	75
Metodología.....	76
Resultados.....	79
Salud Mental.	79
Adicciones	103
Confluencia Salud Mental y Adicciones	117
Diagnóstico participativo: problemas, necesidades y retos	124
Líneas, objetivos estratégicos y programas del PESMAA.	132
Evaluación y seguimiento	335
Presupuesto del Plan.	336
Cronograma.	336
Participantes.	336
Referencias bibliográficas.	336
Acrónimos.	336
Anexos.....	336



La salud mental y las adicciones se han consolidado como uno de los grandes retos sociales y sanitarios de nuestro tiempo, con un impacto directo en la vida de las personas, en las familias y en la cohesión social de Andalucía. Ante esta realidad, el Gobierno andaluz reafirma su compromiso con una política pública sólida, estable y orientada a ofrecer certezas a la ciudadanía, con independencia de su lugar de residencia, garantizando la equidad territorial como principio irrenunciable.

El Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de Andalucía 2026–2029 representa una apuesta clara por la estabilidad y la continuidad en las políticas públicas en todo el territorio andaluz. Un Plan que no parte de cero, sino que se apoya en la experiencia acumulada y en la evaluación de lo realizado, con el objetivo de consolidar avances y reforzar la confianza en un sistema público que actúa de forma coordinada desde el ámbito autonómico hasta el nivel provincial y local.

Durante el periodo de vigencia, la Junta de Andalucía mantiene una línea de acción coherente y sostenida en el tiempo, el Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de Andalucía 2026–2029 se ha diseñado en coherencia con los principales marcos normativos y estratégicos de referencia a nivel internacional, europeo y nacional. En este sentido, el PESMAA se alinea con las recomendaciones de la **Organización Mundial de la Salud**, con las orientaciones de la **Unión Europea en materia de salud mental y adicciones**, y con los objetivos del **Plan Nacional sobre Drogas**, incorporando estos principios al contexto y a las necesidades específicas de Andalucía.

Esta alineación garantiza que las políticas públicas que se desarrollan en nuestra Comunidad Autónoma responden a estándares compartidos de calidad, equidad, enfoque comunitario y respeto a los derechos de las personas, al tiempo que refuerzan la coherencia institucional y la capacidad de coordinación con otros niveles de gobierno.

Por primera vez en Andalucía, este Plan aborda de manera conjunta la salud mental y las adicciones, lo que supone una oportunidad real de mejora en la atención integral a las personas, especialmente a aquellas que presentan patología dual. Esta integración permite avanzar hacia respuestas más coordinadas, eficaces y centradas en la persona, reforzando la continuidad asistencial y la calidad de los cuidados en todo el territorio.

Esta línea de acción incluye la promoción del bienestar emocional y la prevención desde edades tempranas; una atención comunitaria cercana y accesible; una mejor coordinación entre los ámbitos sanitario, social, educativo y de justicia; y un abordaje integral de las adicciones, incluidas las comportamentales. Todo ello desde una visión de largo recorrido que incorpora de forma transversal la perspectiva de género, la lucha contra el estigma y la atención prioritaria a las personas en situación de mayor vulnerabilidad.

Este Plan es también fruto de una forma de gobernar basada en la cooperación institucional y en el diálogo permanente con el territorio. Quiero expresar un reconocimiento sincero a todas las personas e instituciones que han contribuido a su elaboración: a los responsables y equipos técnicos de la Administración autonómica y locales, a los y los profesionales del sistema sanitario y socio sanitario en cada provincia, a las universidades, a las personas expertas, a las personas usuarias y a sus familias.

De manera muy especial, deseo destacar el papel esencial del tercer sector social —asociaciones, federaciones y entidades sin ánimo de lucro— profundamente arraigadas en el ámbito local, que con cercanía, compromiso y conocimiento del entorno llegan allí donde a veces la Administración no alcanza, complementando la acción pública y fortaleciendo una red de apoyo imprescindible en todos los rincones de Andalucía.

Igualmente, este Plan se sostiene sobre el trabajo diario de miles de profesionales que, desde los centros de salud, los dispositivos de salud mental, la red de adicciones, los servicios sociales y comunitarios, hacen posibles estas políticas públicas en el ámbito local, con rigor, vocación y responsabilidad.

El PESMAA 2026–2029 es, en definitiva, una realidad que se construye sobre el trabajo realizado y sobre un compromiso firme con el presente y el futuro de Andalucía. Una realidad que permite avanzar con estabilidad, coherencia y visión de futuro en unas políticas públicas que refuercen la confianza de la ciudadanía en su sistema público, aseguren una respuesta homogénea y de calidad en todo el territorio y consoliden una Andalucía más justa, más cohesionada y comprometida con el bienestar emocional de todas las personas.

D. Antonio Sanz Cabello.

Consejero de Sanidad, Presidencia y Emergencias.
Junta de Andalucía.



El Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de Andalucía 2026–2029 constituye el instrumento técnico que garantiza la aplicación homogénea y coherente de las prioridades políticas en todo el territorio andaluz. Se fundamenta en un análisis riguroso de la situación de partida, en la evaluación de los planes precedentes y en un proceso participativo amplio, que ha incorporado la visión de los distintos niveles y administraciones territoriales.

El PESMAA consolida un modelo de atención integrado entre las redes de salud mental y adicciones, asegurando la continuidad asistencial entre el nivel autonómico, provincial y local. Se refuerza de manera decidida el enfoque comunitario, promoviendo intervenciones precoces, intensivas y personalizadas que se adapten a las características de cada territorio, reduciendo la institucionalización innecesaria y favoreciendo la permanencia de las personas en su entorno habitual.

Durante el periodo 2026–2029, el Plan prioriza la promoción y la prevención a lo largo del ciclo vital; el fortalecimiento de la salud mental infantojuvenil y perinatal; el abordaje estructurado de la patología dual y de los casos de mayor complejidad; la incorporación de la relación entre salud mental y trabajo como línea estratégica; y la mejora de los sistemas de información, permitiendo una planificación sensible a las realidades provinciales y locales y una evaluación comparable en todo el territorio.

El PESMAA incorpora de manera transversal la perspectiva de género, la humanización de la atención, la participación de las personas usuarias y sus familias, y la coordinación con el tercer sector y con las administraciones locales. Asimismo, pone un énfasis específico en el fortalecimiento de los recursos humanos y la capacitación profesional en todas las provincias, como garantía de calidad, equidad y sostenibilidad del sistema.

Durante el periodo de vigencia, el Plan refuerza de manera específica aquellas áreas que requieren una respuesta prioritaria desde el sistema público. Entre ellas, ocupa un lugar destacado la prevención de la conducta suicida.

El PESMAA, introduce como elemento diferencial un refuerzo sustantivo de la evaluación como herramienta clave de mejora continua. La definición de objetivos operativos, indicadores de seguimiento y mecanismos de evaluación periódica no responde únicamente a una exigencia de control, sino que constituye la base sobre la que se apoyará la planificación futura de las políticas públicas en salud mental y adicciones en Andalucía.

Este enfoque evaluativo permitirá orientar la toma de decisiones, ajustar las intervenciones a las necesidades reales de la población y garantizar un uso más eficiente y equitativo de los recursos disponibles. De este modo, la evaluación se integra de forma estructural en el Plan como uno de los cambios más significativos respecto a etapas anteriores, reforzando la

transparencia, la rendición de cuentas y la confianza en el sistema público.

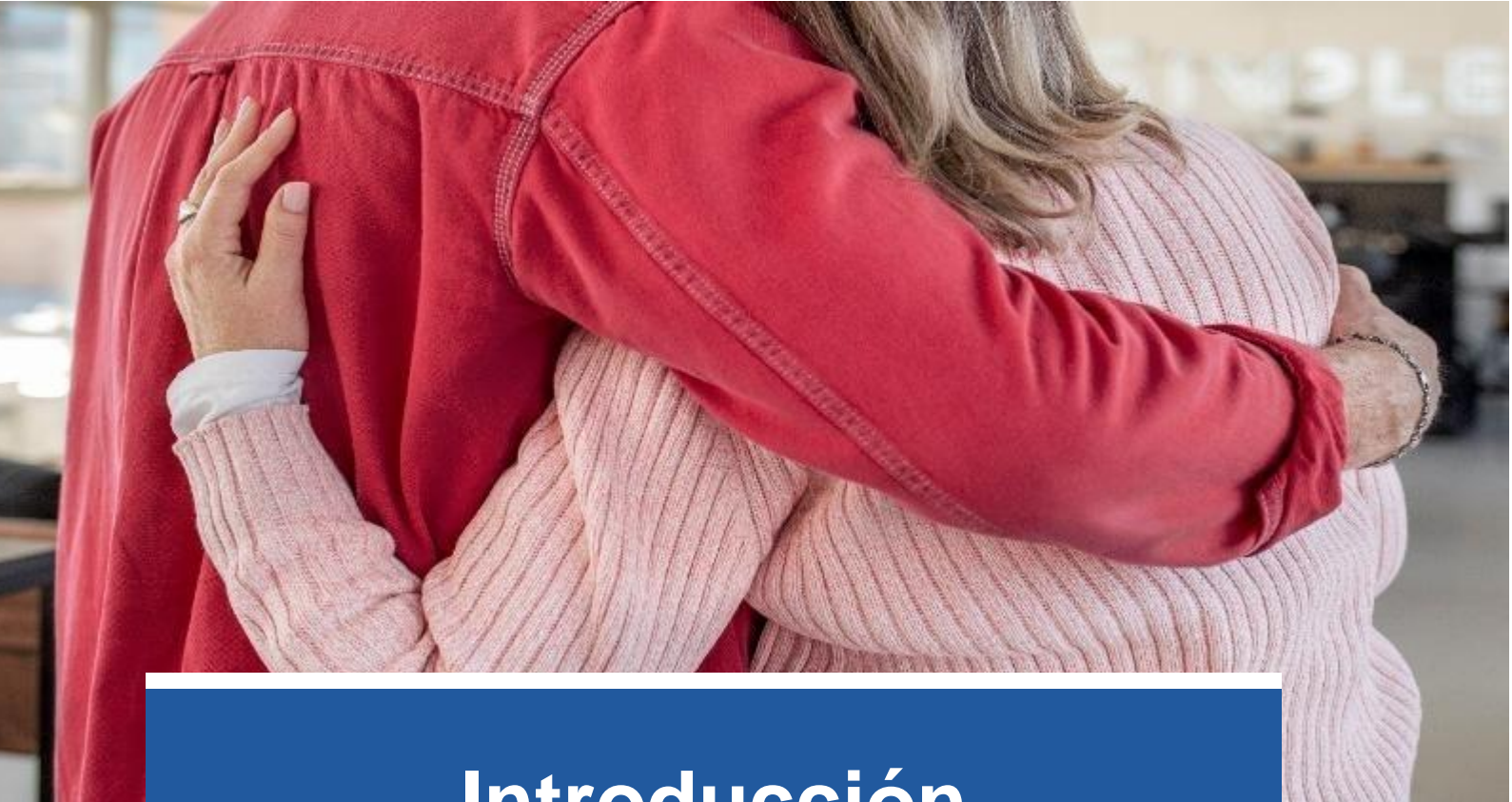
Con este marco técnico, Andalucía dispone de una hoja de ruta sólida y territorialmente equilibrada, preparada para dar respuesta a las necesidades reales de la ciudadanía en cada entorno.

D^a Trinidad Rus Molina.

Directora General de Cuidados, Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.

Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

Junta de Andalucía.



Introducción

La salud mental y las adicciones representan un desafío creciente en Andalucía y en el mundo, con un impacto significativo en la calidad de vida de la población y en el funcionamiento del sistema sanitario.

La implementación de medidas efectivas y coordinadas en estas áreas requiere una colaboración multisectorial que involucre a los sectores de salud, educación, justicia y servicios sociales, entre otros.

Solo a través de un esfuerzo conjunto y coordinado se podrá avanzar hacia la creación de entornos que favorezcan el bienestar emocional permitiendo garantizar que todas las personas tengan acceso a la atención que necesitan para recuperarse de las adicciones y trastornos de la salud mental, facilitando el desarrollo de proyectos vitales saludables y plenos en sociedad.

En este contexto, el nuevo Plan de Salud Mental y Adicciones de Andalucía (PESMAA) constituye una oportunidad para ofrecer una atención integrada de ambas redes siguiendo las líneas estratégicas propuestas por la OMS¹, la Unión Europea², el Ministerio de Sanidad³ y el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

Con este nuevo Plan se pretenden afrontar los retos en salud mental identificados en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental de la OMS 2013-2030⁴ que tiene entre sus objetivos mejorar la salud mental por medio de un liderazgo y una gobernanza más eficaces, la prestación de una atención completa, integrada y adaptada a las necesidades en un marco comunitario; la aplicación de estrategias de promoción y prevención, el fortalecimiento de los sistemas de información, los datos científicos y la investigación. También se subraya la importancia del abordaje de la salud mental en atención primaria reconociendo que la mayoría de las personas con trastornos mentales comunes reciben atención en este entorno. La OMS insiste específicamente en la necesidad de adoptar un enfoque que abarque todo el ciclo vital y en aplicar medidas para promover la salud mental y el bienestar de todas las personas prestando

especial atención a quienes presentan más vulnerabilidad, garantizando una cobertura universal de la atención a la salud mental y a las adicciones.

Se añade que, en Andalucía, las adicciones representan el 12% de la carga de enfermedad (ESSA 2023), con tendencia ascendente en adicciones comportamentales (+30% desde 2020). Este Plan priorizará la doble patología (40% de casos en RPAA), articulando respuestas desde la reducción de daños y evidencia científica.

El 60% de las personas en tratamiento por adicciones presenta comorbilidad psiquiátrica (SIPASDA, 2024). Un 5,3% de las personas admitidas a tratamiento en 2024 están en seguimiento en Salud Mental (4,6% de hombres y 8,2% de mujeres). Según la sustancia que motiva el tratamiento, los mayores porcentajes de seguimiento en Salud Mental corresponden a las personas admitidas a tratamiento por hipnóticos y sedantes y por alucinógenos (9,4% y 9,1%) respectivamente (Informe de admisiones a tratamiento 2024).

La importancia del abordaje conjunto se incrementa teniendo en cuenta que la OMS ha identificado el consumo de sustancias como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad prevenibles por lo que las iniciativas institucionales para el fortalecimiento de los servicios de atención a la salud mental y las adicciones en Andalucía deben proteger y promover el bienestar mental y atender a las necesidades de las personas con problemas de salud mental y/o adicciones bajo un enfoque holístico centrado en la atención comunitaria en tanto que la salud de las personas se ve influida por sus experiencias vitales y por los entornos en los que pasan su vida. Es sabido que los determinantes sociales de la salud tienen importantes conexiones con la salud mental y el bienestar de las personas. Este enfoque global, considerando además la casuística epidemiológica de los diagnósticos duales, respaldan la coordinación para una futura integración entre los servicios y programas de Salud Mental en Andalucía y la Red Pública de Atención a las Adicciones de Andalucía (RPAA).

Reseñar que este encuadre se alinea plenamente con la Estrategia de la UE sobre Drogas 2021-2025 proporcionando el marco político general y las prioridades de actuación de la UE en esta materia. Tiene por finalidad proteger y mejorar el bienestar de la sociedad y de las personas, salvaguardar y promover la salud pública, ofrecer un nivel elevado de seguridad y bienestar para la población en general y extender la alfabetización sanitaria. Adopta un planteamiento empíricamente contrastado, integrado, equilibrado y multidisciplinar del fenómeno de las drogas y su repercusión en la salud mental a escala nacional e internacional. También incorpora la perspectiva de igualdad de género, derecho de las personas, humanización y equidad sanitaria.

De igual manera, la Estrategia Nacional de Adicciones 2017-2024 se articula en torno a dos metas: “alcanzar” una sociedad más saludable e informada mediante la reducción de la demanda de drogas y de la prevalencia de las adicciones en general y “garantizar” una sociedad más segura a través de la reducción de la oferta de drogas y del control de aquellas actividades que puedan llevar a situaciones de adicción.

Para comprender el punto de partida del PESMAA es importante considerar el recorrido histórico realizado a través de los Planes Integrales de Salud Mental y de Adicciones de Andalucía.

I Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (2003–2007):

- 01 Inició una estrategia coherente para abordar la salud mental en la Comunidad Autónoma.
- 02 Destacó la atención comunitaria, la continuidad asistencial y la recuperación de las personas con trastornos mentales.
- 03 Fomentó la participación de profesionales, familiares y asociaciones ciudadanas en el proceso, reconociendo su papel en el apoyo emocional y la recuperación de las personas con problemas de salud mental

Que supuso las siguientes aportaciones:

II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (2008–2012).

- 01 Los cambios metodológicos incorporan objetivos específicos y acciones.
- 02 El desarrollo de la prevención y promoción de la salud mental.
- 03 La atención a grupos vulnerables como la infancia, la adolescencia y personas en situación de exclusión social.
- 04 Inclusión de forma activa a las personas con problemas de salud mental en el desarrollo del documento.

Destacan como hitos reseñables:

III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (2016–2020)

Destacando la incorporación de los principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la promoción de la atención comunitaria, orientada a la recuperación, el enfoque ético y las actuaciones basadas en la evidencia.

II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2002-2006)

Este Plan parte de la experiencia acumulada en el diseño y puesta en marcha de los recursos de la red asistencial andaluza, de la observación de sus resultados y de la evolución de los distintos factores concurrentes en materia de drogas y adicciones.

Las líneas generales se concretan en las siguientes:

1. Adaptación de la red de atención a las drogodependencias a las nuevas demandas.
2. Desarrollo de una red de emergencia social.
3. Impulso en el desarrollo de los programas de apoyo a las drogodependencias en las prisiones.
4. Desarrollo de Programas Específicos de Prevención.
5. Desarrollo de una red de incorporación social potenciando la participación de la Iniciativa Social en la construcción de las políticas de drogodependencias de la Comunidad Autónoma Andaluza.

Como aspecto novedoso se incluye el término adicción comportamental o sin sustancia, e incorpora la reducción de daños como una estrategia transversal.

III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2016–2021)

Se trata de un Plan integrador y de consenso, donde las instituciones, entidades y grupos representativos de personas usuarias han participado activamente en su diseño.

Entre sus líneas prioritarias destacan:

1. Perspectiva de género como línea transversal.
2. Coordinación entre entidades públicas y entre éstas y la iniciativa social.
3. Prioriza los programas e intervenciones de prevención y atención a la población joven y adolescentes y de personas de alto riesgo de exclusión social.
4. Agiliza el acceso a los recursos y programas de la Red.
5. Apuesta por la Calidad.
6. Impulsa las nuevas tecnologías y potencia la generación y transmisión del conocimiento, a través del impulso del Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

Evaluación del PISMA y del Plan de Adicciones de Andalucía

El punto de partida del PESMAA son los resultados y conclusiones de los planes anteriores, (III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020¹⁰ III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones 2016-2021¹¹) y su informe de evaluación final¹².

Desde el principio de calidad y mejora continua es imprescindible conocer de forma objetiva la situación basal y realizar un análisis de las actuaciones previas que permitan el aprendizaje tanto de aquellas actuaciones que han sido exitosas como de las que precisan reformulación para abordar las áreas de mejora detectadas.

El informe de evaluación del III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones 2016-2021 desarrolla ampliamente los logros conseguidos en relación a las líneas y objetivos propuestos, siendo de especial utilidad para la elaboración del PESMAA las recomendaciones de futuro que se derivan de esta evaluación estructuradas por áreas de intervención.

Así, en relación al área de **prevención**, las principales recomendaciones de cara al futuro son las de disponer de una aplicación integrada en el Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, desarrollar una cartera de servicios en materia de prevención universal, selectiva e indicada; reforzar y homogeneizar las estructuras provinciales (también para el área de atención sociosanitaria) y contar con las familias como agentes de prevención además de promover cambios en el modelo de gestión-financiación que trasciendan el actual modelo de subvención.

En el área de atención sociosanitaria, las recomendaciones son las de afianzar la formación de los especialistas de la salud y revisar el Protocolo de Actuación conjunta para Personas con Patología Dual. De igual modo, se señaló la necesidad de reforzar la atención a las adicciones comportamentales, revisar el catálogo de servicios asistenciales, y mejorar la coordinación con Atención Primaria y Salud Mental.

En el área de **incorporación social**, las recomendaciones para Planes futuros se centraron en facilitar la formación y el empleo fomentando los programas existentes y el asesoramiento jurídico, así como en la conveniencia de contar con un modelo de diagnóstico social único. Igualmente, se consideró importante reforzar las estructuras provinciales y los sistemas de evaluación de actuaciones y programas de manera que se favorezca la mejora continua.

En relación a la **gestión del conocimiento**, se destacó la importancia de fomentar la investigación, colaborar con las universidades y disponer de un banco de profesionales con interés en dedicarse a la docencia y la investigación.

En referencia a la evaluación del **III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020**, señalar que, desde 2021 se han establecido diferentes adendas a las líneas estratégicas marcadas a la espera de la formulación del nuevo Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de Andalucía (**PESMAA**).

La última memoria disponible, referida a la adenda de 2023, recoge información sobre las 5 líneas estratégicas contempladas en el III PISMA además de sobre los 10 objetivos incluidos en esta y otras acciones relevantes.

Línea Estratégica de Promoción y prevención.

Se destacan las actividades enmarcadas en el Plan de Prevención de la conducta suicida y en la Red Andaluza de Escuelas Promotoras de Salud (un programa que tiene como finalidad dotar de competencias y habilidades al alumnado para que la elección más sencilla sea la más saludable, capacitar al profesorado para generar escenarios de enseñanza-aprendizaje cooperativos, creativos, flexibles e inclusivos y construir entornos más sostenibles y saludables trabajando de manera coordinada con las 400 Enfermeras de Centros Educativos (“enfermeras escolares”).

Línea Estratégica de Detección, atención y recuperación.

En esta línea destacan las siguientes acciones:

- Puesta en marcha de los **Equipos de Tratamiento Intensivo Comunitario**. Hay dos equipos ETIC (o un equipo ETIC ampliado) trabajando por cada UGC SM. Su puesta en marcha constituye una alternativa terapéutica de calidad superior a la hospitalización tradicional.
- Consolidación del Programa **de Psicología Clínica en Atención Primaria**. Actualmente sigue contando con un total de 53 profesionales de psicología clínica que realizan en la AP andaluza labores destinadas a la coordinación, sensibilización, prevención y promoción de la salud mental. Recientemente se ha completado el pilotaje donde se confirma la utilidad del programa, quedando como reto para el PESMAA la generalización del mismo y la complementariedad con actuaciones en salud mental por otras figuras en el ámbito de la atención primaria. De especial interés la incorporación de nuevas categorías como enfermería especialista en comunitaria, enfermería de centros escolares y enfermería infantil.
- **Actuaciones en Personas con Discapacidad Intelectual y Trastorno Mental**. En esta línea se destacan las acciones de coordinación mediante el impulso de la persona referente en discapacidad intelectual en las distintas UGC. Igualmente se subraya la importancia de la formación en esta materia y la de disponer de documentos de referencia como el “Plan de choque de Mejora de la Salud Mental. Actualización de actuaciones del grupo de mejora en discapacidad intelectual y salud mental. 2020”, “Personas con Discapacidad Intelectual y Trastorno Mental Grave atención de casos complejos. Recomendaciones para las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental de Andalucía. 2021” o el “III Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía. 2022”, por citar los más recientes.

Línea Estratégica de Derechos humanos y participación.

En esta línea destacan acciones como:

- **Disminuir las medidas coercitivas**: Monitorización de las contenciones mecánicas en las 20 Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Existe una línea de trabajo sobre ingresos

involuntarios y alternativas a la hospitalización tradicional incluyendo los aspectos farmacológicos.

- **Lucha contra el estigma en la salud mental.** Se continúan con acciones específicas y de colaboración entre SAS y Consejería, FAISEM y movimiento asociativo.
- **“Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía” (2021).** El recién creado Grupo de humanización en salud mental trabaja en distintas acciones todas ellas encuadradas en el mismo.

Línea Estratégica de Gestión de recursos y sistemas de información.

Durante el año 2023 se ha continuado con la puesta en marcha del **Cuadro de Mando – Sistema de Información de Salud Mental**, que permita disponer de un sistema de indicadores capaz de reportar información válida y útil para la monitorización de la actividad, mejora continua e investigación. Se trabaja especialmente en la historia digital de Salud Mental. En esta línea, en los primeros meses del 2025 se ha puesto en marcha CONTSUI código suicidio hospitalario para garantizar la continuidad en la atención de personas con riesgo autolítico tras ser atendido en atención primaria o urgencias hospitalarias pudiendo trazar su itinerario asistencial a través de gestor de informes que permitirá también un mayor conocimiento de su epidemiología. Este pilotaje metodológico abre la puerta al desarrollo de indicadores en tiempo real que permitirá el seguimiento de las medidas implementadas desde el PESMAA.

Recursos Humanos.

El recurso fundamental para la asistencia en salud mental y adicciones es el factor humano. Hacer frente a las necesidades y retos en el campo de las adicciones y la salud mental de los próximos años requiere dimensionar los profesionales y desbloquear la situación de estancamiento. En relación con el incremento de plantilla necesario cobra especial importancia la formación de residentes de las especialidades vinculadas a la salud mental, destacando que se está realizando un esfuerzo por parte de toda la red para la acreditación de nuevas plazas que permitan no solo la reposición de los profesionales actuales sino el previsible incremento necesario, contemplando la necesidad de la coordinación y el futuro asistencial en el área de las adicciones.

Línea Estratégica de Gestión del conocimiento, investigación y evaluación.

Desde el año 2023 se ha trabajado en familiarizar a los servicios asistenciales con el uso de la evidencia disponible a través de acciones como el proyecto de Psicoevidencias, actividades de formación continuada y la tarea de evaluar y desarrollar la formación especializada.

En 2023 se ha constituido el grupo para impulsar la Red Andaluza de investigación, que constituirá un punto de partida para el desarrollo de la línea transversal de generación de conocimiento en adicciones y salud mental.

Otros objetivos de la agenda 2023 no incluidos en estas líneas estratégicas y sobre los que también se han desarrollado acciones encaminadas a su cumplimiento son:

Objetivo 3: Actuaciones en Materia de Mejora de la Atención en Salud Mental Infanto-juvenil

Se destacan acciones en tres ámbitos preferentes: Actuaciones relacionadas con los avances organizativos y colaborativos entre profesionales de la red de salud mental, Actuaciones relacionadas con la potenciación de los servicios de SMIA (Salud Mental Infanto-Juvenil), Actuaciones relacionadas con la mejora de la colaboración interniveles e intersectorial. Atención preferente a grupos vulnerables.

Objetivo 4: Instauración de la figura del Defensor de las personas con problemas de salud mental y adicciones con plena autonomía para el desarrollo de sus funciones

Nombrado desde 2021 esta figura atiende a quejas y sugerencias facilitando la coordinación con los servicios sanitarios y la normalización de la vida de las personas con problemas de SM. Se establecen retos y líneas de actuación futuras para la mejora de la atención en instituciones penitenciarias, reforzar la línea de promoción y prevención y el abordaje de problemas frecuentes de salud mental como ansiedad y depresión.

Objetivo 6: Intervención en acciones de Prevención del Suicidio dirigidas específicamente a Adolescentes

En 2023 se ha puesto en marcha el Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Andalucía y se han priorizado muchas de sus actuaciones (principalmente las vinculadas a servicios de emergencias y a centros educativos),

Objetivo 7: Seguir evaluando las necesidades reales de la Salud Mental de Andalucía para poder adaptarse a la demanda asistencial.

Las acciones enmarcadas en el análisis de situación para el futuro PESMAA, junto con la creación de un Consejo Asesor Externo en materia de Salud Mental, son las principales actuaciones para el cumplimiento de este objetivo.

Objetivo 8: Buscar soluciones habitacionales para la hospitalización de menores entre 14 y 18 años y desarrollar actuaciones intensivas alternativas que reduzca la necesidad de hospitalización tradicional.

Se están realizando inversiones en las estructuras de los centros encaminadas al logro de este objetivo y se plantea extrapolar modelos como los equipos intensivos comunitarios a la población infanto adolescente e intensificar la red de hospitales de día infanto juvenil.

Objetivo 9: Formulación e inicio de las tareas de puesta en marcha del Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de Andalucía (PESMAA).

Desde este punto y con la metodología basada en la mejora continua, la redacción del PESMAA parte de los resultados y conclusiones de los planes anteriores, tanto del **III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020**⁵, como el **III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones 2016-2021**⁶ y su informe de evaluación final⁷ que proporcionan líneas de trabajo sobre las que abordar el modelo actual de asistencia en Salud Mental y Adicciones, así como el análisis de futuro para el desarrollo de los aspectos claves en los que se detecten áreas de mejora.

Todo ello se alinea con el marco de referencia que supone la nueva **Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad 2022-2026**⁸ y con documentos clave de reciente creación tales como, el **Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Andalucía (2023-2026)**⁹ y el **Plan de Acción para la prevención del suicidio 2025-2027**.

Por todo ello, el PESMAA se va a vertebrar en intervenciones que potencien la atención comunitaria y la desestigmatización, favoreciendo actuaciones integrales para racionalizar el uso de los distintos recursos, especialmente para los colectivos vulnerables, destacando la infancia y la adolescencia, incluido el periodo perinatal.

Se basará en la coordinación y actualización de los sistemas de información de ambas redes y explotación de datos epidemiológicos, incidiendo en la necesidad de ampliar y potenciar los recursos humanos dedicados a la salud mental y la atención a las adicciones.

Asimismo, se establecerán sinergias con la Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía 2024-2030 por tener un entorno de actuación comunitario y líneas de trabajo estables orientadas a la promoción de la salud general con un enfoque positivo.

Como rasgo de identidad de la atención a la salud mental y adicciones, el PESMAA remarca la necesidad de prestar atención personalizada, específica y accesible a las personas en situación de vulnerabilidad contribuyendo así a la disminución de las desigualdades y a la equidad en salud.

Velará por mantener el enfoque en derechos humanos y perspectiva de género. Resaltar la importancia de la perspectiva de género recogida en la **Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo**, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, que establece la transversalidad del principio de igualdad en las políticas públicas, la adecuación de las estadísticas y los estudios a este principio, así como la integración del principio de igualdad en las políticas de salud. Principios estos recogidos igualmente en la **ley 12/2007 para la promoción de la igualdad de género en Andalucía** que señala claramente la transversalidad del género en las políticas públicas y la necesidad de realizar las estadísticas e investigaciones con perspectiva de género.

Marco normativo

En este epígrafe se refleja el marco normativo internacional, nacional y autonómico que es de aplicación al I Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de Andalucía.

INTERNACIONAL

- Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre "Salud Mental y derechos humanos" (Consejo de Derechos Humanos, 58º período de sesiones, del 24 de febrero a 4 de abril de 2005).
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006, entrada en vigor el 3 de mayo de 2008.

ESTATAL

- Constitución Española, de 27 de diciembre de 1978.
- La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y

Atención a las personas en situación de dependencia.

- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
- Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
- Ley 45/2015, de 14 de octubre, de voluntariado.
- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica que ha modificado todo el marco jurídico de las voluntades prestadas por personas con necesidades de apoyo.
- Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales.
- Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI.
- Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas.

Reales decretos.

- Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos.
- Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.
- Real Decreto 740/2021, de 24 de agosto, por el que se regulan la Estrategia Nacional sobre Adicciones y sus planes de acción; y se modifican cuatro reales decretos para adaptar la composición de algunos órganos colegiados del Plan Nacional sobre Drogas y la competencia ministerial con relación a la

Orden al Mérito del Plan Nacional sobre Drogas a la nueva organización ministerial.

- Real Decreto 193/2023, de 21 de marzo, por el que se regulan las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los bienes y servicios a disposición del público que indica los derechos y sus garantías frente a bienes y servicios públicos y privados.
- Real Decreto 1026/2024, de 8 de octubre, por el que se desarrolla el conjunto planificado de las medidas para la igualdad y no discriminación de las personas LGTBI en las empresas.

AUTONÓMICO

Leyes.

- Ley 2/1986, de 19 de abril, del Juego y Apuestas de la Comunidad Autónoma de Andalucía.
- Ley 4/1997, de Prevención y Asistencia en materia de Adicciones.
- Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.
- Ley 1/1998, de 20 de abril, de los derechos y la atención al menor.
- Ley 7/2006 de 24 de octubre, sobre potestades administrativas en materia de determinadas actividades de ocio en los espacios abiertos de los municipios de Andalucía.
- Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía.
- Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía.
- Ley 13/2007 de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género.
- Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía.
- Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía.
- Ley 4/2017, de 25 de septiembre, de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía.
- Ley 4/2018, de 8 de mayo, Andaluza del Voluntariado.
- Ley 4/2021, de 27 de julio, de Infancia y Adolescencia de Andalucía.
- Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la

Comunidad Autónoma de Andalucía.

Decretos.

- Decreto 294/2002, de 3 de diciembre, por el que se crea y regula el observatorio andaluz sobre drogas y adicciones.
- Decreto 300/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos.
- Decreto 312/2003, de 11 de noviembre, por el que se establecen actuaciones de prevención de las drogodependencias y adicciones en el medio educativo.
- Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad.
- Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de Atención primaria de salud en el ámbito del Servicio andaluz de salud.
- Decreto 168/2007, de 12 de junio, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como los órganos competentes para su valoración.
- Decreto 69/2008, de 26 de febrero por el que se establecen los procedimientos de las autorizaciones sanitarias y crea el registro andaluz de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
- Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de salud mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.
- Decreto 101/2011, de 19 de abril, por el que se aprueban los estatutos de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.
- Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la Intervención Integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía.
- Decreto 168/2025, de 5 de noviembre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.
- Decreto 48/2025, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Catálogo de Prestaciones del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía.

Acuerdos consejo gobierno.

- Acuerdo de 28 de agosto de 2018, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la «Estrategia Regional Andaluza para la Cohesión e Inclusión Social. Intervención en zonas desfavorecidas» (ERACIS).

- Acuerdo de 14 de febrero de 2023, del Consejo de Gobierno, por el que se toma conocimiento de la constitución del Consejo Asesor Externo del Plan Andaluz de Salud Mental y Adicciones, así como de la celebración del Primer Encuentro sobre Política y Planes en Salud Mental.
- Acuerdo de 21 de marzo de 2023, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la formulación del Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de Andalucía (PESMAA).
- Acuerdo de 14 de noviembre de 2023, del Consejo de Gobierno, por el que se extiende la vigencia de la «Estrategia Regional Andaluza para la Cohesión e Inclusión Social. Intervención en Zonas Desfavorecidas» (ERACIS).

Órdenes.

- Orden de 1 de julio de 2020, por la que se aprueban las bases reguladoras para la concesión de subvenciones en régimen de concurrencia competitiva en materia de drogodependencia y adicciones, dirigidas a entidades privadas sin ánimo de lucro para mantenimiento de sedes y desarrollo de programas, y a entidades locales andaluzas para la prevención comunitaria.
- Orden de 15 de julio de 2020, por la que se aprueban las bases reguladoras para la concesión de subvenciones en régimen de concurrencia no competitiva dirigidas a entidades locales para el mantenimiento de la Red de Centros de Atención a drogodependencias y adicciones, en el ámbito de las competencias de la Consejería de Salud y Familias.
- Orden de 5 de noviembre de 2024, por la que se aprueban las bases reguladoras para la concesión de subvenciones en régimen de concurrencia no competitiva dirigidas al fomento del empleo de personas con problemas de adicciones en proceso de incorporación social «Programa Arquímedes».
- Orden de 29 de mayo de 2023, por la que se aprueban los protocolos de funcionamiento de los centros y servicios sanitarios de atención a las adicciones de Andalucía.

En este contexto, resulta imprescindible la inclusión de la transversalidad y la perspectiva de género, conforme a los artículos 5 y 43 de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía, considerando las prioridades y necesidades propias de las mujeres y de los hombres, teniendo en cuenta su incidencia en la situación específica de unas y otros, al objeto de adaptarlas para eliminar los efectos discriminatorios y fomentar la igualdad de género. Para garantizar de modo efectivo la integración de la perspectiva de género, atendiendo a lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, se ha de incluir la variable sexo en las estadísticas, encuestas y recogida de datos que se realicen, e incorporar indicadores de género que posibiliten un mejor conocimiento de las diferencias en los valores, roles, situaciones, condiciones, aspiraciones y necesidades de mujeres y hombres, y su manifestación e interacción en la realidad que se vaya a analizar.

A photograph showing two women from behind, embracing each other. The woman on the left is wearing a red long-sleeved top, and the woman on the right is wearing a light pink ribbed sweater. The background is blurred, suggesting an indoor setting.

Modelo de gobernanza y metodología aplicada

El modelo de gobernanza del PESMAA 2026-2029, se ha configurado tanto a nivel interno (centros directivos y entes instrumentales de la Junta de Andalucía, desde el ámbito político y técnico) como externo (población diana, familias, entidades del tercer sector, personas expertas y profesionales que trabajan en materia de salud mental y adicciones desde el ámbito autonómico y local).

De este modo queda garantizado que la toma de decisiones obedezca a unos compromisos políticos y sea ejercida conjuntamente por todos los actores públicos y privados involucrados en políticas públicas de salud mental y adicciones.

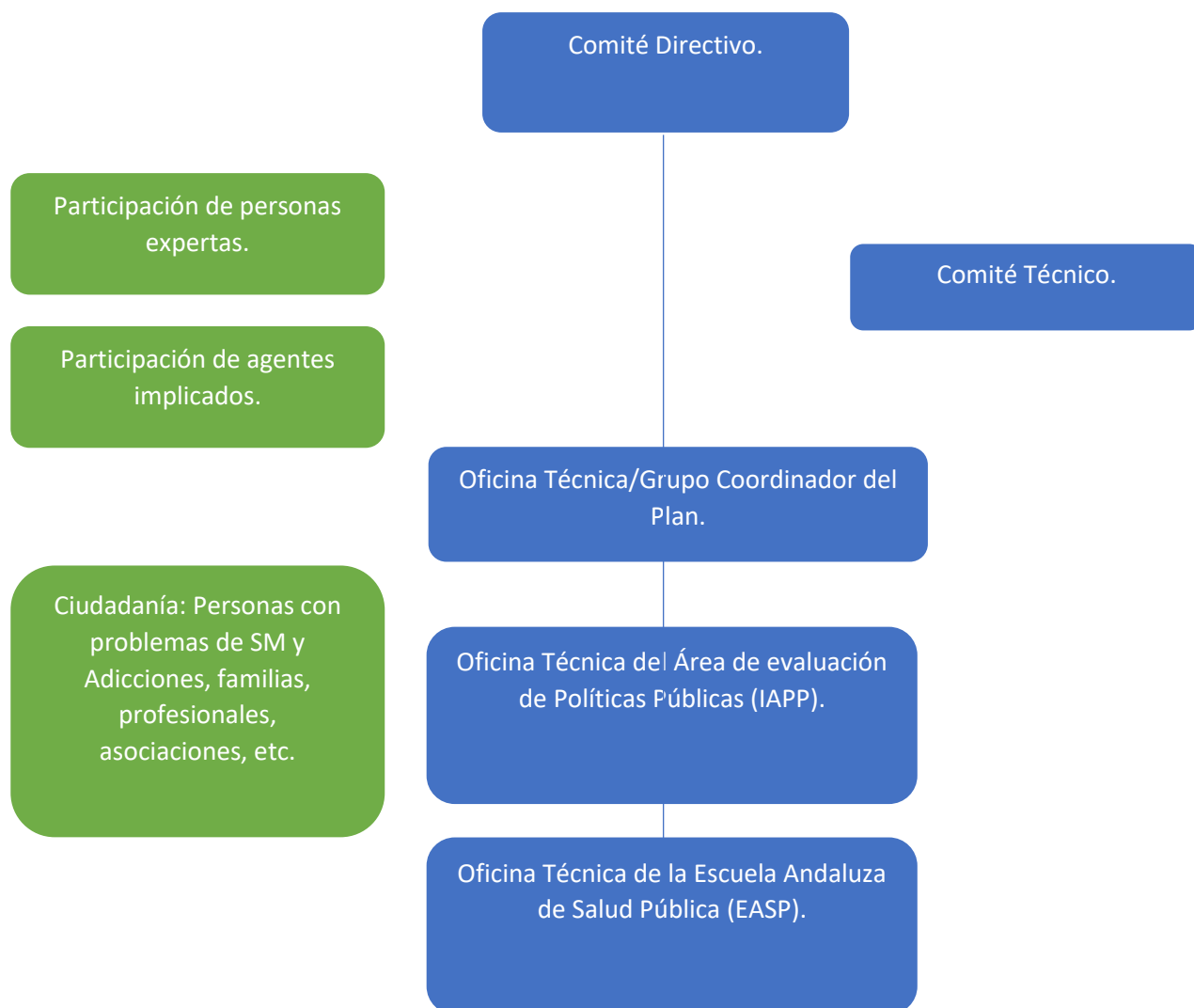
Para ello, se ha establecido la siguiente organización, que ha permitido aportaciones en todos los niveles, siguiendo un modelo de gobernanza participativo. También se ha considerado al principio de representación equilibrada entre hombres y mujeres en la constitución de los diferentes órganos que se citan a continuación.

Comité directivo

Integrado por las personas titulares de los centros directivos implicados en el Plan, desde todas las Consejerías de la Junta de Andalucía y presidido por la persona titular de la Dirección General de Cuidados, Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones. Entre sus funciones se encuentra liderar la elaboración del PESMAA, aprobar los documentos clave, establecer las prioridades y validar la aprobación definitiva del Plan.

Comité técnico	Compuesto por personal técnico de los centros directivos de la Junta de Andalucía implicados en la elaboración del Plan. Este Comité es el encargado de determinar los aspectos a considerar en materia de salud mental y adicciones de la Comunidad Autónoma de Andalucía, especialmente en la fase de diagnóstico y definir las acciones y programas del Plan, así como su evaluación y seguimiento.
Oficina técnica	Integrada por personal técnico del centro directivo promotor que se encarga de redactar el Plan, convocar las sesiones de trabajo y de la coordinación con otros agentes implicados. Con formación específica en igualdad de género que ha favorecido la incorporación de este enfoque de manera transversal en la elaboración del Plan.
Oficina Técnica de la Escuela Andaluza de Salud Pública	Profesionales de la Escuela Andaluza de Salud Pública que prestan apoyo metodológico y técnico a la elaboración del Plan participando en el análisis de situación, elaboración de programas, sistema de evaluación y redacción del Plan. Además, cuentan con formación específica en igualdad de género contribuyendo a la incorporación de este enfoque de manera transversal en la elaboración del Plan.
Oficina Técnica del Área de Evaluación de Políticas públicas del IAAP	Personal del Área de Evaluación de Políticas Públicas del Instituto Andaluz de Administración Pública que presta apoyo metodológico en la elaboración del Plan, asesora en todas sus fases y analiza la evaluabilidad.
Comité Asesor	Personas con experiencia y conocimiento reconocidos sobre salud mental y adicciones vinculadas al centro directivo promotor, encargado de aportar conocimiento científico y buenas prácticas, e incluyendo la participación de personas con problemas de salud mental y/o adicciones.
Comité de Personas Expertas	Personas ajenas a la organización, pertenecientes a la universidad, a otras entidades de referencia en el sector, organismos internacionales o Administraciones, que se encargan de ratificar la coherencia y viabilidad del Plan.
Grupos de interés	Personas con problemas de salud mental y/o adicciones, familias, entidades del Tercer Sector y profesionales que trabajan en el ámbito de salud mental y adicciones que han colaborado a la hora de identificar aspectos claves del diagnóstico, así como en la definición de los problemas, necesidades y retos que ha de afrontar la política pública en materia de salud mental y adicciones y su priorización. Asimismo, su participación continuará en las fases de evaluación y seguimiento del Plan.
Ciudadanía	Ha participado en el proceso de consulta pública realizado

La composición de todos estos órganos de gobernanza se puede consultar en el Anexo 2 de este documento.



El proceso de planificación estratégica del PESMAA, se articula en siete fases, diseñadas con el objetivo de lograr un plan evaluable y que responda a los problemas, necesidades y retos identificados.

1. Marco legislativo y estratégico y modelo de gobernanza.

En esta etapa se analizó la normativa descrita previamente. Respecto al modelo de gobernanza, se encuentra conformado por los órganos detallados con anterioridad.

2. Recogida, análisis y diagnóstico.

Se ha llevado a cabo un diagnóstico participativo que se expone más adelante, donde se han recogido datos, tanto internos como externos, relacionados con distintos ámbitos/dimensiones que afectan a la salud mental y las adicciones.

3. Prioridades, objetivos y líneas estratégicas.

Una vez analizadas las conclusiones del diagnóstico participativo, desde el Comité Directivo se procedió a la definición de las prioridades y los objetivos estratégicos.

4. Programas y medidas y evaluación.

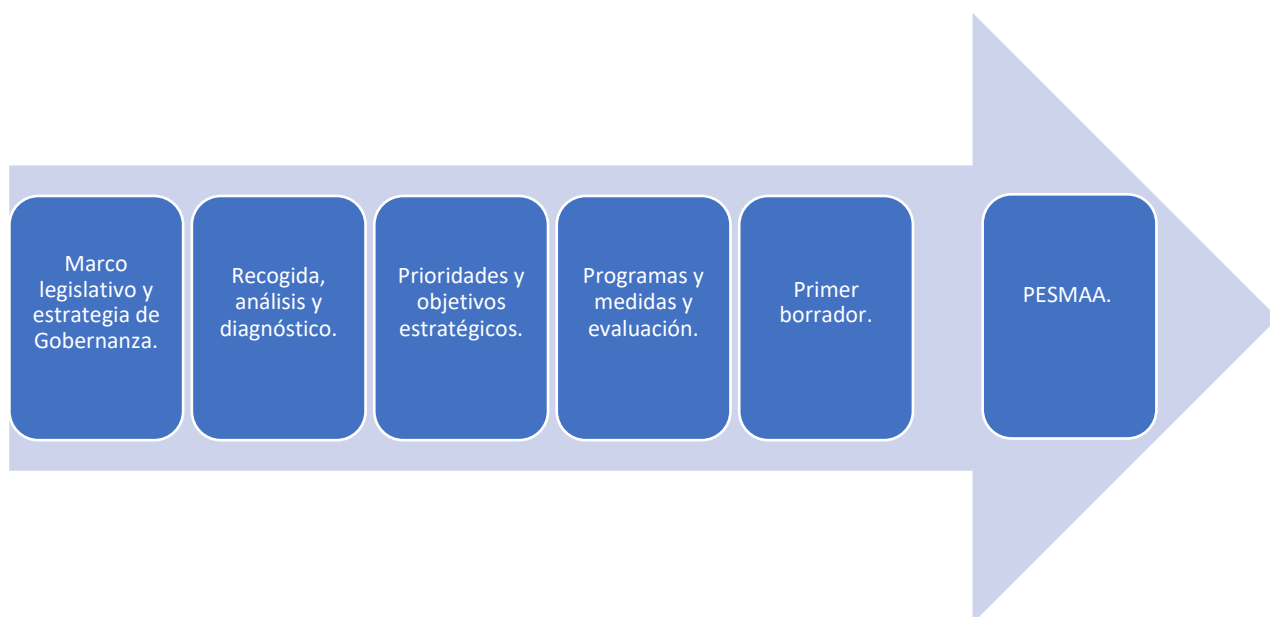
A continuación, se establecieron las medidas y programas por parte del Comité Técnico, de acuerdo con las prioridades y objetivos estratégicos establecidos.

5. Primer borrador del Plan.

Con todo ello se elaboró un primer borrador del Plan, a fin de ser conocido y validado por el Comité Director y por los distintos agentes: Comité Técnico y Comité Asesor, así como profesionales y ciudadanía.

6. Versión final del Plan.

Tras el proceso de consulta pública, aprobado por el Comité Directivo como paso previo para la toma en consideración mediante Acuerdo de Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, así como su publicación en el BOJA.



Principales hitos

21 de marzo de 2023	Acuerdo de 21 de marzo de 2023, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la formulación del Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de Andalucía (PESMAA).
10 de abril del 2023	Primera reunión del Comité directivo. Constitución.
14 de abril de 2023	Primera reunión del Comité Técnico.
25 de abril de 2024	Primera reunión del Comité Asesor.
24 y 25 de octubre 2023	Celebración de grupos focales con profesionales y personas usuarias de Salud Mental y Adicciones (Anexo II).
15 de noviembre de 2023	Envío de cuestionario a profesionales de Salud Mental y Adicciones (Anexo III).
1 de febrero de 2024	Celebración de Jornada Participativa (Anexo IV).
23 de febrero de 2024	Taller de Árbol de Problemas (Anexo V).
18 de abril de 2024	Análisis DAFO (Anexo VI).
2 de mayo de 2024	Segunda reunión del Comité Directivo. Votación de prioridades.
12 de junio de 2024	Taller del Comité Técnico. Programas y medidas.
5 de febrero de 2025	Encuentro de profesionales de Salud Mental y Adicciones celebrado en Granada para trabajar en el diseño de objetivos y Programas.
Marzo y abril de 2025	Proceso participativo de elaboración de Programas.
Mayo y junio de 2025.	Revisión de Programas por parte del Comité Técnico.
Julio 2025	Primer borrador del Plan.
9 de julio de 2025	Tercera reunión del Comité Directivo. Aprobación del primer borrador.
12 de agosto de 2025	Consulta Pública.
Diciembre de 2025	Documento final del Plan.

Misión, visión y valores

Misión

Contribuir a la salud y bienestar de la población andaluza trabajando para la prevención de los problemas de salud mental y adicciones, facilitando la atención en servicios de calidad eficaces y accesibles para quienes necesitan tratamientos y atención en estos ámbitos y favoreciendo su permanencia en la comunidad en los distintos momentos de su tratamiento y recuperación.

Visión

La meta deseada es favorecer una reducción de los problemas de salud mental y adicciones de Andalucía mediante la prevención y promoción de salud, evolucionar hacia un modelo de atención integrado y personalizado con vías de atención coordinadas entre los diferentes recursos y dispositivos, adaptándose a las necesidades de cada persona, reforzando sus anclajes y su permanencia en su comunidad.

Valores

- **Eficiencia:** Dimensionar y distribuir los recursos para obtener los mejores resultados posibles.
- **Corresponsabilidad:** Inclusión de la población en el desarrollo de sus proyectos terapéuticos y en el diseño de las actuaciones en salud mental y adicciones.
- **Transparencia:** Facilitar el acceso a la información en todas las actuaciones terapéuticas e institucionales.
- **Accesibilidad:** Garantizar un acceso equitativo a servicios de calidad teniendo en cuenta las características específicas de Andalucía en cuanto a población, dispersión geográfica y recursos humanos.
- **Sostenibilidad:** Satisfacer necesidades actuales sin comprometer el futuro.
- **Participación:** Contar con los agentes implicados en el desarrollo e implementación de esta política pública. Profesionales, pacientes, familiares y sociedad en general.

- Calidad asistencial: Ofrecer servicios de calidad, centrados en la persona que incorporen los criterios de evaluación y mejora continua.
- Coordinación y colaboración: Desarrollar la capacitación de las redes involucradas en la atención a la salud mental y adicciones, estableciendo un sistema de intervención por pasos, en el que se actúe en todos sus eslabones y se identifique la necesidad de actuaciones más específicas con circuitos ágiles que minimicen demoras evitables.
- Enfoque de género: Diseñar actuaciones específicas que palien las diferencias evidenciadas en el género femenino.
- Enfoque holístico: Potenciar la intervención multi-profesional, incorporando las competencias de las distintas categorías profesionales de forma complementaria y eficaz.
- Enfoque comunitario: Densificar y priorizar la red de asistencia de proximidad que permita a la población el cuidado en su medio natural.
- Enfoque de garantía de derechos: Reconocer y respetar a cada persona como sujeto de derecho, asegurando su autonomía, igualdad y libertad en el acceso a los servicios.

Alineación estratégica

Con la implantación del enfoque transversal de la salud mental y las adicciones que impregna todas las políticas públicas, el PESMAA se encuentra alineado con los distintos Planes y Estrategias de ámbito internacional, nacional y autonómico, destacando:

Objetivos del Plan de Acción para la Implementación de la Agenda 2030: “Hacia una Estrategia Española de Desarrollo Sostenible”.

El objetivo 3 dedicado a la Salud y el Bienestar contempla específicamente la necesidad de promover la salud mental y el bienestar, y de intensificar la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.

También aplicable el Objetivo 5 relativo a la igualdad de género y el objetivo 10 dedicado a la reducción de desigualdades.

Otros documentos de referencia en el ámbito internacional relevantes para el PESMAA son los que se detallan a continuación:

- Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006.
- Estrategia de la UE en materia de Lucha contra la Droga 2021-2025.
- Reglamento (UE) 2023/1322 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de junio de 2023 sobre la Agencia de la Unión Europea sobre Drogas (EUDA) y por el que se deroga el Reglamento (CE) nº 1920/2006.
- Reglamento (ce) nº1920/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo de 12 de diciembre de 2006 sobre el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (Refundición).
- Recomendación del Consejo, de 18 de junio de 2003, relativa a la prevención y la reducción de los daños para la salud asociados a la drogodependencia. Diario Oficial nº L 165 de 03/07/2003 p. 0031 – 0033.
- Resolución del Consejo de 27 de noviembre de 2003 sobre la importancia del papel que desempeñan las familias en la prevención del consumo de estupefacientes por los adolescentes. Diario Oficial nº C 097 de 22/04/2004 p. 0004 – 0005.
- Reglamento nº 302/93 del Consejo, de 8 de febrero de 1993, por el que se crea un Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías

Específicamente, como ya se ha referido previamente, el PESMAA se alinea plenamente con el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental de la OMS 2013-2030, y el Plan de Acción de Salud Mental (2025–2027), que establece una línea continuista con su antecesor (2022–2024) y se define por sus 8 líneas principales.

- Refuerzo de los recursos humanos en salud mental: continuando con el objetivo de contratar a más profesionales y darles estabilidad en sus puestos, además de garantizarles una formación continua.
- Salud mental comunitaria y alternativas a la institucionalización destacando la importancia de que las personas reciban atención en su entorno habitual, evitando la necesidad de ingresar en un hospital si existen otras opciones terapéuticas menos coercitivas.
- Modelo de atención centrado en los derechos humanos, la humanización y la lucha contra el estigma.
- Optimización del tratamiento y calidad en la prescripción destacando esta línea específica de la atención general.
- Atención a personas en situación de vulnerabilidad como personas sin hogar, migrantes o menores tutelados.
- Salud mental perinatal, infantil y adolescente reforzando la importancia de la atención en etapas, con la intención de detectar problemas de forma precoz.
- Sistemas de información en salud mental: Se incorpora como nueva línea estratégica para mejorar el registro y seguimiento de los casos para mejorar la identificación y circuitos de información que faciliten la evaluación de las medidas terapéuticas implementadas.
- Salud mental y trabajo: Se incorpora por primera vez como línea estratégica.

De igual manera, el enfoque del PESMAA comparte con la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022–2026) sus principios rectores y objetivos generales y líneas estratégicas principales que abarcan aspectos clave como la atención centrada en la persona y los derechos, la promoción y prevención en salud mental, la prevención del suicidio, el abordaje comunitario, la salud mental en la infancia y adolescencia, el apoyo a las familias, la coordinación entre servicios, la participación ciudadana, la formación de profesionales y el impulso a la investigación y la innovación.

Recientemente se ha publicado el Plan de Acción para la Prevención del Suicidio (2025–2027), que plantea un enfoque integral con seis líneas de actuación. Incluyen la mejora de los sistemas de información, campañas de sensibilización, trabajo con grupos vulnerables, coordinación con sectores clave (como educación o medios de comunicación), intervención sanitaria y participación de personas afectadas. El Plan reconoce la relación entre salud mental y conductas adictivas, señalando que estas pueden actuar como causa o consecuencia mutua, por lo que se refuerza la necesidad de abordarse conjuntamente, y no como fenómenos aislados.

En el PESMAA, cabe también destacar, el alineamiento del Plan con el Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Andalucía (2023-2026).

En el ámbito específico de las Adicciones destacan: La Estrategia Nacional sobre adicciones 2017-2024 y Plan de Acción sobre adicciones 2021-2024.

De igual manera otros Planes y Estrategias relevantes en el ámbito de la Comunidad Autónoma Andaluza son:

- Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía 2024-2030.
- I Plan Estratégico de Servicios Sociales de Andalucía 2022-2026.
- Estrategia Ética de los Servicios Sociales de Andalucía 2021-2024.
- I Plan de Investigación e Innovación en Servicios Sociales de Andalucía.
- Plan Estratégico de la Juventud en Andalucía 2022-2026.
- I Plan Estratégico Integral de Voluntariado y Participación Ciudadana en Andalucía; Estrategia Andaluza para la Inmigración 2021-2025.
- I Plan Estratégico Integral para Personas Mayores en Andalucía 2020-2023.
- III Plan de infancia y adolescencia de Andalucía 2023-2027.
- Plan Estratégico para la Igualdad de Mujeres y Hombres en Andalucía 2022-2028.
- Estrategia Andaluza de Desarrollo Sostenible 2030.
- Pacto Social y Económico por el Impulso de Andalucía, aprobado en marzo de 2023.
- Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad PAdAC (2025-2028).
- I Estrategia para la Igualdad de trato y no discriminación de las personas LGTBI y sus familiares en Andalucía 2024-2028.
- I Plan Integral de Atención Temprana de Andalucía 2025-2029 (PIATA).

En el presente PESMAA se han definido 6 prioridades para dar respuesta a los problemas, necesidades y retos detectados en el diagnóstico inicial previo a la elaboración del Plan y que se alinean con los Planes y

01 Promoción de salud y prevención de problemas de salud mental y adicciones

Estrategias citados anteriormente.

Se considera de manera especial la Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía 2024-2030 y toda la actuación que está enmarcada en esta línea. Esta prioridad orienta y articula todas las actuaciones dirigidas a fomentar hábitos saludables en la población andaluza, reducir los factores de riesgo psicosociales y fortalecer los factores protectores individuales, familiares y comunitarios. Se impulsan entornos saludables, el abordaje comunitario, el desarrollo de habilidades para la vida, y la detección precoz en ámbitos clave como el educativo, social y sanitario, promoviendo un enfoque integral e intersectorial para el bienestar emocional y la prevención en el ámbito de la salud mental y de las adicciones, garantizando una intervención coordinada y efectiva.

02 Intervención comunitaria en salud mental y adicciones

Necesidad de ofrecer respuestas asistenciales de calidad de forma equitativa y accesible, manteniendo el PESMAA la concordancia con los planes y estrategias intersectoriales anteriormente citados. Desde el PESMAA se suscribe una visión integral de la atención donde las redes asistenciales que son proveedoras de cuidados, atención a las adicciones, atención primaria y salud mental establecen sinergias que permiten la complementariedad en las intervenciones mejorando la calidad y la eficiencia de las mismas. Por ello se incluye una línea específica

03 Atención a la población infanto adolescente en materia de salud mental y adicciones

dedicada a este espacio de coordinación tripartita.

Las intervenciones en esta etapa de la vida destacan por su eficacia y eficiencia, permitiendo la actuación precoz en etapas iniciales para disminuir la carga emocional y psicosocial en las generaciones futuras. En el desarrollo del Plan se prevé la creación de programas, dispositivos y recursos especiales de atención para la población joven capaces de ofrecer respuestas adaptadas a las circunstancias específicas de esta etapa vital y a los retos que enfrentan. A destacar la necesidad de abordar nuevos retos como las adicciones comportamentales y otros problemas de salud mental especialmente prevalentes entre personas jóvenes. En este sentido, cabe mencionar que el Plan de Acción de Salud Mental 2025- 2027 que dedica una línea específica a

04 La atención a casos complejos en salud mental y adicciones

este grupo concreto de población.

Supone un importante reto al que dar respuesta con este Plan. La patología dual y el trastorno mental grave constituyen una parte importante de esta complejidad y se dedicarán distintas acciones destinadas a proveer una atención personalizada, integrada y con dispositivos adaptados a las diferentes necesidades.

Estas actuaciones se encuentran en consonancia con la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026; y el Plan de Acción de Salud

05 El enfoque de garantía de derechos, humanización, participación e inclusión social

Mental 2025- 2027.

Este enfoque constituye un eje vertebrador de todo el Plan, diseñándose, acciones destinadas a la inserción laboral y lucha contra el estigma así como otras más específicas dentro de los propios sistemas y dispositivos de atención. El estigma hacia las personas consumidoras o con problemas de salud mental retrasa su acceso al tratamiento y dificultan su proceso de recuperación. Una atención centrada en la persona, en promover su autonomía y en preservar sus derechos contribuye a prevenir la cronificación, reducir el estigma y mejorar

06 Atención a personas con problemas de salud mental y/o adicciones en situación de especial vulnerabilidad

significativamente su calidad de vida.

Con una mirada interseccional se prevén actuaciones dirigidas a mejorar la situación de las mujeres con problemas de salud mental y/o adicciones víctimas de violencia de género, de las personas sin hogar, en centros penitenciarios, de las personas mayores institucionalizadas, de la población migrante con especial atención a la infancia migrante no acompañada y de las personas con discapacidad intelectual. La atención dirigida a las personas vulnerables es fundamental ya que se enfrentan a mayores riesgos y barreras para acceder a los derechos básicos. Atender de manera prioritaria a estas personas permite diseñar intervenciones más equitativas, contribuyendo así a promover una sociedad más justa e inclusiva. En este sentido, cabe mencionar que el Plan de Acción de Salud Mental 2025- 2027, dedica una línea específica centrada en las personas con especial vulnerabilidad.

El diseño de cualquier Plan Estratégico debe partir de un conocimiento profundo de la realidad y el contexto sobre el que se desea intervenir. En este sentido, conocer las características de las personas que demandan tratamiento en la **Red Pública de Atención a las Adicciones de Andalucía (RPAA)** y el **Programa de Salud Mental de Andalucía** debe ser la base sobre la que planificar la mejora de las actuaciones de los centros, servicios y programas de atención y cuidado.

En el estudio preliminar se ha recogido tanto la información procedente de fuentes oficiales, encuestas poblacionales y estudios de organismos distintos al sistema de salud como los datos extraídos de los sistemas de información públicos de salud mental y adicciones de Andalucía (Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas, SIPASDA, Sistema del Servicio Andaluz de Salud, DIRAYA, etc.).

Es esencial reconocer las dificultades de los y las profesionales, las personas afectadas y sus familias y la sociedad en general para implementar las mejores prácticas y proponer soluciones innovadoras que mejoren la disponibilidad, la calidad y la accesibilidad de la atención a la salud mental, las adicciones y los casos en los que confluyen ambos problemas y que requieren respuestas, cuidados específicos, coordinados y eficaces.

En este análisis de la situación de partida se han valorado las áreas de mejora, pero también los ejemplos de buenas prácticas desarrolladas por las redes asistenciales de salud mental y adicciones con la intención de promover su generalización, identificando los activos en ambas redes que faciliten la implementación de las medidas y la evaluación del Plan a lo largo de todo el período en el que permanezca vigente.

Análisis de situación de partida.



Metodología

Una de las fases iniciales para la elaboración de dicho Plan la constituye el desarrollo de un Diagnóstico Preliminar sobre la situación de Salud Mental y Adicciones en Andalucía. Para ello, se han llevado a cabo las siguientes fases.

Fase 1: Análisis de información contenida en fuentes secundarias sobre la situación de la salud mental y las adicciones en Andalucía.

Fase 2: Completar el diagnóstico preliminar elaborado en la fase 1 con información adicional.

- a) Recogida de información cualitativa: Realización de 9 grupos focales con profesionales de salud mental y adicciones, personas usuarias, familiares, movimiento asociativo y voluntariado.
- b) Recogida de información cuantitativa: Realización de un cuestionario on line dirigido a profesionales de salud mental y adicciones.

Fase 3: Celebración de Jornada Participativa con invitación a los colectivos que se verán afectados de manera más directa por las políticas públicas que se establezcan en el PESMAA para completar el diagnóstico realizado con la información disponible en las Fases 1 y 2.

La metodología seguida para cada una de las fases es diferente y se detalla brevemente a continuación.

Fase 1: Análisis de información contenida en fuentes secundarias y datos de los sistemas de información propios de Adicciones y Salud Mental: para la elaboración de este documento se tuvieron en consideración informes y encuestas publicadas, así como datos procedentes de los sistemas de información tanto de Salud Mental como de Adicciones.

Fase 2: Con la finalidad completar el diagnóstico preliminar elaborado en la fase anterior, se llevaron a cabo dos estrategias de recogida de información. Una con metodología **cualitativa**, y otra con metodología **cuantitativa**.

Para la fase cualitativa, se realizaron 9 grupos focales, 8 en formato virtual y 1 presencial. La selección de participantes y la convocatoria se llevó a cabo por las Redes de salud mental y adicciones.

En total participaron 105 personas, de las que 89 eran profesionales y 16 personas usuarias, familiares, personas voluntarias o representantes de asociaciones, tanto de Salud Mental como de Adicciones. En cuanto al perfil por sexos de los/as participantes, el 36% fueron hombres y el 64% mujeres; en todos los grupos el perfil mayoritario fue el de mujeres, excepto en el grupo de personas usuarias, familiares, personas voluntarias o representantes de asociaciones de la Red Pública de Atención a las Adicciones (RPAA) en el que la mayoría de participantes eran hombres. Cada grupo fue moderado por un/a profesional de la Escuela Andaluza de Salud Pública y contó con el apoyo de un profesional de referencia en el área temática sobre la que versó cada grupo; distribuidos según el siguiente esquema:

Tabla 1. Composición personal moderador y relator de los grupos focales

Denominación del Grupo Focal (GF)	Profesional EASP	Profesional de referencia
1.- GF Salud mental: Población Adulta 1	Ángel Mena Jiménez	Isidoro de Anca Contreras
2.- GF Salud mental: Población Adulta 2	Lala Bono del Trigo	Evelyn Huizing Hiu
3.- GF Salud mental: Población Infanto adolescente	Amelia Martín Barato	Juan Carlos Maestro Barón
4.- GF Salud mental: Investigación, digitalización, humanización y formación	Amets Suess Schwend	Zayda Bosch Vera
5.- GF Adicciones prevención	Olivia Pérez Corral	Ricardo Manuel Moreno Ramos
6.- GF Adicciones tratamiento e incorporación sociolaboral	Eva Páez Muñoz	Mónica Tena Aguilar
7.- GF Adicciones Gestores	Ainhoa Ruiz Azarola	Rosario Ballesta Gómez
8.- GF Adicciones usuarios/as, familiares, movimiento asociativo y voluntariado	Bibiana Navarro Matillas	Ara Millán Jiménez
9.- GF salud mental y adicciones: Patología dual	Almudena Millán Carrasco	Pepa Gutiérrez Ortega Francisco Fonta Velasco

Para la fase cuantitativa se elaboró un cuestionario a partir de información existente en el documento de análisis de la fase 1, con los resultados preliminares del análisis cualitativo (grupos focales) y de las consideraciones de las organizaciones implicadas, mediante un trabajo colaborativo con el grupo motor y coordinador de la oficina técnica.

Las preguntas del cuestionario se abordaron desde las siguientes dimensiones: Datos personales, datos profesionales, información específica de la Red de Salud Mental, información específica de la Red de Adicciones, género, confluencia entre salud mental y adicciones y aspectos laborales relacionados con el desarrollo de la actividad profesional.

La cumplimentación del cuestionario se llevó a cabo entre el 10 y el 22 de noviembre de 2023, mediante consulta online en la plataforma Limesurvey, enviando un enlace desde la Dirección General de Cuidados, Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.

Se recibieron 783 cuestionarios, 352 pertenecientes a profesionales de salud mental y 431 procedentes de la red de adicciones. Se realizó un análisis descriptivo de la base de datos obtenida a partir de estas respuestas, tanto de forma global como de manera segmentada atendiendo la particularidad de ambas redes.

Fase 3: La Jornada Participativa se celebró el 1 de febrero de 2024 en el Aulario del IAAP en Sevilla. Asistieron al evento un total de 90 personas en representación de 4 perfiles de agentes a las que previamente se les había hecho llegar un informe que contenía el análisis de situación elaborado con las fases 1 y 2. Además, en el marco de la Jornada, se mostró un video resumen con los principales resultados de dicho informe.

- Personas de la academia, investigación y expertas.
- Instituciones colaboradoras.
- Movimientos asociativos de usuarios/as y familiares.
- Profesionales vinculados al Área de la Salud Mental y Adicciones.

En un primer momento a cada grupo se le preguntó si había algún dato, problema o necesidad que no hubiese sido identificado previamente y qué aspectos de las dificultades existentes en el área de Salud Mental y Adicciones en Andalucía consideran más graves o importantes para ser abordados por el Plan Estratégico. Posteriormente se crearon grupos heterogéneos mezclando los distintos perfiles y buscando que reflexionaran en torno a los principales problemas, necesidades y retos que se deberían abordar en el futuro PESMAA.

Resultados

A continuación, se expone una síntesis de los resultados obtenidos en las diferentes fases del diagnóstico preliminar ordenados por dimensiones y áreas temáticas.

Salud Mental.

Datos epidemiológicos.

Los datos más recientes, relativos a la salud mental de la población andaluza (mayores de 16 años), proceden de la Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía¹³ (ESSA) cuyo objetivo es describir la situación y evolución de la población andaluza respecto a su estado de salud, determinantes sociales, condiciones de vida y convivencia desde el primer estado de alarma por la pandemia COVID-19. Para ello se realizó la primera medición basal en abril 2020, otra al mes de la primera medición (mayo 2020), a los 6 meses (octubre 2020), 12 meses (abril 2021) y a los 36 meses (mayo 2023).

Los datos indican que el porcentaje de personas que indicaron a principios del estado de alarma que **su salud mental era regular o mala** estaba en torno al 18%, constatándose una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres (13% frente a 23% respectivamente). Se observa como este porcentaje disminuyó al mes de la primera medición y paulatinamente fue aumentando en las siguientes mediciones, aunque sin llegar a superar el valor basal **situándose en torno a un 20% para las mujeres y a un 10% para los hombres**. Este comportamiento se repite por **sexo y edad, grado de urbanización y nivel de estudios**.

En cuanto al **sentimiento de depresión**, el porcentaje de personas que indican sentirse deprimidas en algún momento de la última semana es del 50% (38% hombres, 61% mujeres) en la primera medición, disminuyendo a 35% en la segunda y **rondando el 41% en el resto de mediciones**.

El porcentaje de personas **que refieren tener diagnóstico de trastorno depresivo** se sitúa en torno al 8% para las tres mediciones siendo mayor en mujeres que en hombres (10,5% frente a 5,5%). Se puede apreciar como las diferencias entre hombres y mujeres aumentan conforme **aumenta la edad, siendo las mujeres mayores de 55 años las que presentan porcentajes mayores**. Los valores más altos de diagnóstico los presentan las poblaciones con niveles más bajos de educación, así como mayor diferencia entre sexos.

Con relación al **diagnóstico por ansiedad realizado por un profesional**, el porcentaje se encuentra por encima del 10%, existiendo una gran diferencia entre hombres y mujeres (5,5% vs 14,4%). Al igual que ocurría con la depresión, se pueden ver diferencias por sexo y edad, **siendo los grupos de edad de 45 a 64**

los que muestran más diferencias por sexos, así como mayor porcentaje de mujeres diagnosticadas. En esta dimensión son las mujeres de ámbito rural y las de niveles de estudios más bajos las que muestran mayor porcentaje de diagnóstico de trastorno de ansiedad.

En cuanto a **la toma de medicación**, el porcentaje de población que consume este tipo de medicación relacionada con la salud mental (tranquilizantes/sedantes, pastillas para dormir, o antidepresivos) **está en torno al 10% para las tres mediciones**, observándose diferencias por sexo (6% en hombres, 14% en mujeres), así como por edad, siendo los grupos de más edad los que muestran mayor porcentaje de consumo en mujeres. Se observa un gradiente en las mujeres que muestra un mayor consumo a menor nivel educativo.

En la misma línea que la ESSA, se observan datos extraídos de la exportación de la Encuesta Andaluza de Salud 2023¹⁴ que mostró porcentajes de diagnósticos de depresión o ansiedad del 12,2% en mujeres y del 6,1% en hombres en 2023, cifras más elevadas que las de anteriores Encuestas de Salud; con diferencias más acusadas entre hombres y mujeres en grupos de edad mayor de 55 años, nivel de estudios primarios o secundarios y clase social más desfavorecida.

Bajo la misma fuente, el resultado de la consulta de consumo de antidepresivos mostró que un 7,4% de mujeres y un 3,4% de hombres habían consumido este tipo de fármacos en las 2 semanas previas a la realización del cuestionario, igualmente con diferencias más elevadas en los grupos de edad más mayores (a partir de 55 años).

Al igual que en antidepresivos, o tranquilizantes, el consumo de pastillas para dormir es ampliamente superior en mujeres que en hombres, en todos los ámbitos de clase social, edad, nivel de estudios o grado de urbanización y provincias, destacando las brechas más altas en los grupos de clases sociales más desfavorecidas, edad a partir de 55 años y nivel de estudios primarios.

Otros datos que pueden complementar esta visión de determinantes sociales en salud mental son los que arroja la Encuesta de Condiciones de Vida que sitúa a Andalucía como la tercera Comunidad Autónoma con mayor riesgo de pobreza en población general (umbral de pobreza de España) en 2020. El 28,5% de las personas menores de 18 años de Andalucía está en riesgo de pobreza o exclusión social.

Según el Estado Mundial de la Infancia (Unicef 2021), la ansiedad y la depresión representan alrededor del 40% de estos trastornos de salud mental diagnosticados en menores; los demás incluyen el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, el trastorno de la conducta, la discapacidad intelectual, el trastorno bipolar, los trastornos alimentarios, el autismo, la esquizofrenia y un grupo de trastornos de la personalidad.

Del “Diagnóstico sobre el estado de la infancia y adolescencia en Andalucía” (Oficina técnica del III Plan de Infancia y Adolescencia de Andalucía 2023-2027) se extrae información muy relevante que se traslada a continuación¹⁵:

La salud mental y emocional se considera uno de los temas más importantes para abordar según el 47% de los grupos de niñas, niños y adolescentes consultados.

Muy preocupante es el acoso escolar, bullying y ciberbullying. En el curso 2018/19 se registraron en los centros educativos andaluces 432 casos de acoso escolar, el 80% protagonizados por niños y el 20% por niñas de edades comprendidas entre 12 a 15 años. En 2018 un 9,3% de niños y niñas de 11-18 años de Andalucía afirmó que había sido maltratado/a en el centro educativo en los dos meses antes de ser encuestado/as, entre los chicos el porcentaje era del 10,4% y entre las chicas del 8,2%. Además, un 5,3% de

los chicos y chicas andaluces ha sido víctima de ciberacoso o ciberbullying al menos una vez en los últimos dos meses y un 0,5% al menos una vez a la semana en 2018. Entre los chicos este porcentaje era del 4,7% y entre las chicas del 6,2%.

La importancia de esta cuestión y la necesidad de **atender de manera específica la adversidad y el trauma en edades tempranas** fueron también puestas de manifiesto en la Jornada Participativa, así como la necesidad de atender al **abuso y violencia sexual** sobre los y las menores. Igualmente, se consideró importante incluir acciones de parentalidad positiva como una estrategia eficaz para prevenir problemas de salud mental.

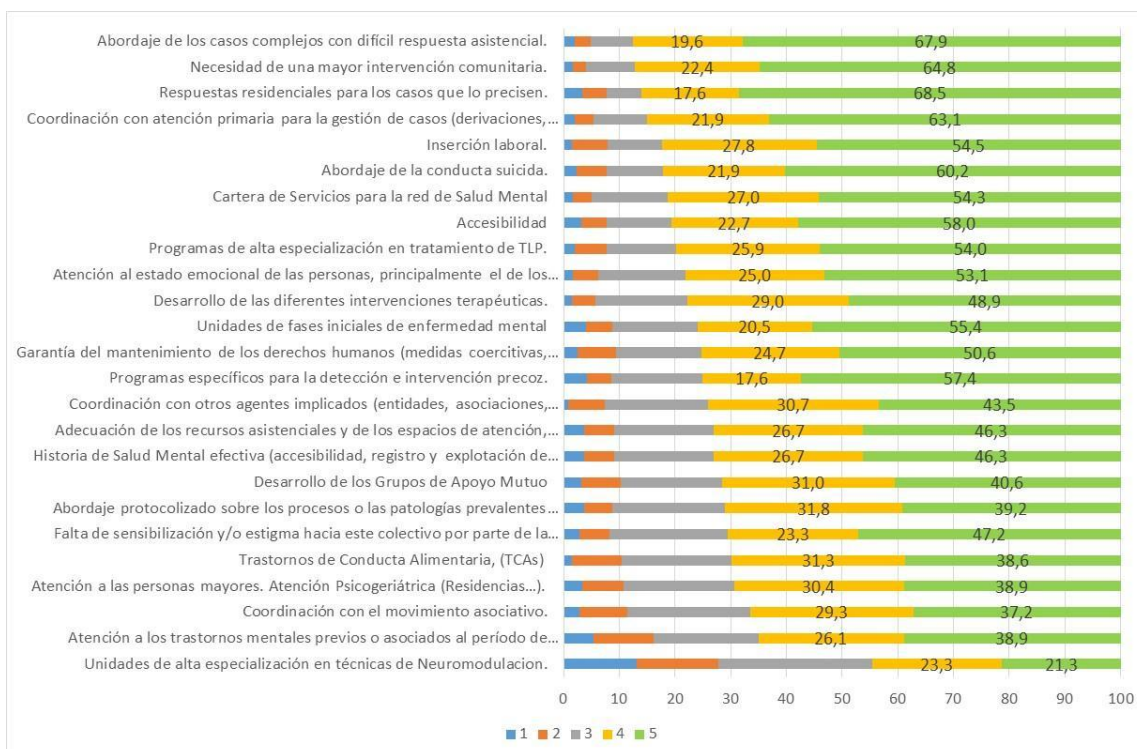
La victimización por acoso escolar es algo más habitual en chicos y la victimización por ciberbullying lo es más en chicas. Adolescentes LGTBIQ+ tienen riesgo de convertirse en víctimas de acoso escolar o ciberacoso, lo que puede aumentar el riesgo suicida, si no cuentan con ayuda efectiva para hacer frente a estas situaciones de abuso. La perspectiva de diversidad sexual y de género debe ser contemplada también en los diferentes grupos de edad.

Una vez compartidos algunos datos epidemiológicos y de carácter social, se muestra el análisis de situación conformado con información procedente del propio sistema de salud mental, los y las profesionales que en él trabajan y las personas que en él son atendidas, representadas por el movimiento asociativo en salud mental.

Identificación de problemas.

A continuación, se detallan los principales problemas y dificultades consultados, mediante el cuestionario elaborado para tal fin y destinado a consultar a profesionales, que identificaron puntuando en una escala del 1 a 5 la importancia que les otorgarían, siendo 1 poco importante y 5 muy importante.

Gráfico 1. Porcentajes de categorías de respuesta. Problemas en salud mental



Los resultados arrojaron que más de un 60% de profesionales consideraron que casi todos los problemas son “importantes” o “muy importantes”, con valores 4 y 5.

Las problemáticas en las que mayor porcentaje de profesionales de salud mental han calificado con valores 4 o 5, es decir mucha importancia, son el “**abordaje de casos complejos de difícil respuesta asistencial**” o la “**necesidad de una mayor intervención comunitaria**”, problemas que superan el 87% de profesionales que otorgan una puntuación de 4 o 5. Seguido de la “**coordinación con Atención Primaria para la gestión de casos**” o la necesidad de “**respuestas residenciales para los casos que lo precisen**”.

Presión asistencial

En los grupos focales los y las profesionales identifican una excesiva presión asistencial motivada por un aumento de la demanda de atención en todos los niveles. Se destaca el aumento de la demanda de problemas leves de ansiedad, depresión, somatizaciones, pacientes en riesgo de suicidio e incremento de las consultas destinadas a menores de edad. Se observa que los menores de 18 años tienen un incremento en las citas del 1,07%, entre el 2023 y 2024 en aquellos dispositivos en los que son atendidos.

Esta **alta demanda asistencial**, se conceptualiza como problema en tanto que no hay suficientes profesionales para atenderla, y la **organización del sistema** también presenta algunos problemas, como se aborda en el siguiente epígrafe.

Tabla 2. Datos asistenciales población menor o igual a 18 años

USMC_USMI-J Menores de (0 a 17)	Suma de Acum N° Citas Pasadas 2.023	Suma de Acum N° Citas Pasadas 2.024	% Increment.	Suma de Acum N° Usuarios distintos citas 2.023	Suma de Acum N° Usuarios distintos citas 2.024	% Increment.
Almería	33.974	33.489	-1,43	7.160	7.249	1,24
Unidades de Salud Mental Comunitaria	14.154	15.064	6,43	4.830	5.058	4,72
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil	19.820	18.425	-7,04	2.330	2.191	-5,97
Cádiz	62.405	61.075	-2,13	16.191	16.661	2,90
Unidades de Salud Mental Comunitaria	22.648	21.602	-4,62	7.754	8.015	3,37
Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil	39.757	39.473	-0,71	8.437	8.646	2,48
Córdoba	26.992	27.453	1,71	8.708	8.692	-0,18
Unidades de Salud Mental Comunitaria	14.659	14.463	-1,34	5.710	5.595	-2,01
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil	12.333	12.990	5,33	2.998	3.097	3,30
Granada	36.666	38.134	4,00	7.768	7.714	-0,70
Unidades de Salud Mental Comunitaria	15.258	15.708	2,95	5.155	5.057	-1,90
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil	21.408	22.426	4,76	2.613	2.657	1,68
Huelva	18.368	20.827	13,39	6.902	7.103	2,91
Unidades de Salud Mental Comunitaria	7.124	7.453	4,62	2.925	2.988	2,15
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil	11.244	13.374	18,94	3.977	4.115	3,47
Jaén	12.033	13.715	13,98	4.741	4.673	-1,43
Unidades de Salud Mental Comunitaria	3.564	3.960	11,11	1.977	1.980	0,15
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil	8.469	9.755	15,18	2.764	2.693	-2,57
Málaga	53.110	52.134	-1,84	15.099	14.744	-2,35
Unidades de Salud Mental Comunitaria	33.425	33.071	-1,06	12.562	12.379	-1,46
Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil	19.685	19.063	-3,16	2.537	2.365	-6,78
Sevilla	92.029	92.350	0,35	24.618	25.213	2,42
Unidades de Salud Mental Comunitaria	44.449	44.896	1,01	18.396	19.633	6,72
Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil	47.580	47.454	-0,26	6.222	5.580	-10,32
Total general	335.577	339.177	1,07	91.187	92.049	0,95

Esta impresión se ve corroborada por los datos obtenidos de las agendas de citas de los y las profesionales en las que se visibiliza el aumento tanto en citas como en personas distintas atendidas especialmente en

las USMC (Unidades de Salud Mental Comunitaria), donde el número de citas se ha visto incrementada en un 0,69% entre el año 2023 y 2024 e igualmente los usuarios distintos (1,07%).

Tabla 3. Datos asistenciales. Población mayor de 18 años

ACTIVIDAD MAYORES 18 AÑOS USMC	Citas Pasadas USMC 2023	Citas Pasadas USMC 2024	% Increment.	Usuarios/as distintos/as USMC 2023	Usuarios/as distintos/as USMC 2024	% Increment.	Demora Media USMC 2023 (PAP/PAPA)	Demora Media USMC 2024 (PAP/PAPA)	Increment. %
Almería	94.711	98.057	3,53	30.928	32.579	5,34	32,60	36,50	11,97
Cádiz	207.261	212.093	2,33	54.432	55.175	1,37	41,06	41,54	1,18
Córdoba	114.828	112.470	-2,05	36.285	35.937	-0,96	32,81	26,31	-19,81
Granada	133.505	139.368	4,39	38.303	38.782	1,25	29,07	30,20	3,88
Huelva	70.212	65.901	-6,14	23.820	23.411	-1,72	134,14	113,91	-15,08
Jaén	79.046	82.056	3,81	30.891	32.532	5,31	37,81	36,82	-2,62
Málaga	247.345	246.262	-0,44	72.896	72.842	-0,07	47,25	40,79	-13,68
Sevilla	307.691	307.023	-0,22	97.013	97.429	0,43	44,95	49,34	9,76
Total general	1.254.599	1.263.230	0,69	384.568	388.687	1,07	46,90	44,95	-4,17

También esta circunstancia fue considerada como uno de los principales problemas o dificultades existentes por parte de quienes asistieron a la Jornada Participativa.

Organización del sistema.

Cartera de servicios

La **falta de una cartera de servicios** ha sido identificada como el cuarto problema más importante por los y las profesionales en el cuestionario que respondieron para este análisis de situación siendo también un problema muy destacado por el grupo de profesionales que asistieron a la Jornada Participativa donde se señaló además la **necesidad de que exista una cartera de servicios única y adecuada para Salud Mental y Adicciones**.

Las personas consultadas en los grupos de salud mental consideran necesaria una cartera de servicios que especifique las funciones de dispositivos y perfiles profesionales, **homogénea** en todas las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental (UGCSM) y que además **incluya psicoterapia** en todos los dispositivos de la Red.

De manera concreta, se especifica que:

- Falta definir una cartera de servicios de **psicoterapia** que se pueden asumir desde los dispositivos de salud mental e intervenciones psicológicas a adultos con criterios estandarizados, que sustituyan la “Consulta a sucesiva revisión” que eterniza la atención. Tendría que estar extendida en toda la red de dispositivos de salud mental. **Las personas con TMG no** reciben la **atención psicológica** necesaria ya que la absorben otras patologías.
- Asimismo, no se ofrece **psicoterapia grupal** y en general no hay una conexión entre los diferentes tratamientos e intervenciones a la misma persona.
- Sobre dispositivos concretos:

En las **Unidades de Rehabilitación de Salud Mental (URSM) y Comunidades Terapéuticas de Salud Mental (CTSM)** no siempre se estaría dando todo el apoyo para el que están diseñados y es difícil el acceso a esos recursos.

Los **Hospitales de Día (HDSM)** pueden acabar solo para atender a pacientes complejos. En las **Unidades de Hospitalización Salud Mental (UHSM)** existe una amplia variabilidad en los modelos de atención, que no atienden a evidencia o criterios científicos.

- Faltan programas de **apoyo mutuo**.
- Necesidad de prestar apoyo a **familiares y personas cuidadoras** puesto que tendría también una repercusión positiva en el proceso terapéutico.

Gestión de profesionales

Escasez de profesionales: en los grupos focales, así como en el informe elaborado por la Oficina Técnica del Plan en la fase1, se señala que cada vez **faltan más profesionales para la asistencia y más en la asistencia especializada**. Esta impresión concuerda con los datos recogidos por la OMS en cuanto a ratio de profesionales de la salud mental de Andalucía con respecto a los estándares europeos, en todas sus categorías profesionales enfermería especialista en salud mental (2,9 vs. 25,2/100.000 habitantes) psicología clínica (5vs.18/100.000 habitantes) y psiquiatría (4 vs 9.7/100.00 habitantes).

Limitada continuidad/fidelización: al problema del número insuficiente de profesionales se le suman los problemas derivados de la **alta rotación** (tanto en personal facultativo como en enfermería), **la no cobertura de bajas y las dificultades para fidelizar profesionales en UGC de salud mental con menor población**. Estas circunstancias acaban impactando negativamente en la atención prestada (donde es clave el vínculo terapéutico y la relación de confianza) y favoreciendo que los problemas de salud mental se complejicen, lo que a su vez repercute en costes para la organización.

“Hay que hacer contratos más largos. La relación con los/as pacientes es la clave para la mejoría. No es posible hacer un trabajo continuado con contratos cortos, es un maltrato a los y las pacientes, y para los y las profesionales es también un trato laboral inadecuado”. Grupo Salud Mental. Población Adulta.

Esta visión es compartida por quienes asistieron a la Jornada Participativa señalando, además y de manera explícita, la escasez de psicólogos y psicólogas, así como de otros perfiles especializados (enfermeras, trabajo y educación social y terapeutas ocupacionales), como también la insuficiencia de plantilla en instituciones penitenciarias.

Acceso a recursos y tratamientos. Falta de equidad

El **acceso a recursos y tratamientos** es considerado un problema de la máxima importancia.

La falta de equidad en este acceso puede deberse a la existencia de grandes diferencias entre zonas urbanas y rurales, en parte debido a la dificultad para fijar y fidelizar profesionales en estas últimas.

“Las dificultades y problemas no son comunes a toda Andalucía, dependen en muchos casos de la zona, de la provincia, de si es ámbito rural o urbano. Por lo tanto, hay mucha diversidad en la atención que se presta en función de los recursos de los que se dispone en cada centro o lugar.” GF Salud Mental Población Adulta

Modelo comunitario

La necesidad de una mayor intervención comunitaria es identificada como **el segundo problema en orden de importancia** por quienes respondieron al cuestionario.

También en los grupos focales se identificó esta cuestión como un problema importante señalando **la escasa orientación comunitaria y el enfoque holístico de la atención**. Del mismo modo, **la promoción y prevención** se debe entender como nuclear en la asistencia comunitaria.

Se hace referencia a una pérdida del papel de la USMC como centro de organización de la demanda de atención. El papel de las funciones de rehabilitación, recuperación, reinserción, de las personas con trastorno mental grave, en muchas unidades está diluido, y relegado a un segundo lugar.

“Los equipos están evolucionando hacia “consultas externas”, en lugar de ser el centro de la atención de los problemas de salud mental”.GF Salud Mental Población Adulta”

Desde la Jornada Participativa se comparte esta visión señalando también la **importancia de los determinantes sociales de la salud**.

[Coordinación con Atención Primaria para la atención de casos. Derivaciones](#)

Esta cuestión fue identificada como el **cuarto problema** por quienes respondieron al cuestionario.

Se menciona la necesidad de **mejorar la coordinación (derivación y tratamiento conjunto) con Atención Primaria donde llegan gran cantidad de problemas leves de ansiedad y depresión, somatizaciones y todo el sistema de derivaciones a segundo y tercer nivel** tanto en salud mental para población adulta como para infanto-adolescente.

“A pesar del esfuerzo de coordinación que se realiza para que las derivaciones sean las adecuadas, la alta rotación de profesionales impide que lo sean, llegando a salud mental, mucha demanda que podría atenderse desde primaria”. Grupo Salud Mental Población Adulta.

Se destaca que **existe un Proceso Asistencial Integrado (PAI) de Ansiedad, Depresión, Somatización (ADS)** que especifica el papel de cada dispositivo, aunque en la práctica, y según informaron quienes participaban en los grupos **debería ser revisado para clarificar las responsabilidades y funciones de cada profesional**, analizando la participación de cada uno.

Desde las **Unidades Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J)** se explicita la necesidad de un **cambio de modelo de atención** al considerar que muchos casos podrían ser abordados en el segundo nivel sin necesidad de llegar a la USMIA, y saturar este nivel especializado de atención que ha experimentado en los últimos años un aumento considerable de su demanda.

En este sentido, un 53% de quienes respondieron al cuestionario consideraron de la máxima importancia prestar atención al estado emocional de las personas, pero específicamente de la población adolescente por sus problemas de aislamiento, uso abusivo de TICs, baja autoestima, etc.

[Informatización y Digitalización](#)

Un 46,3% de quienes respondieron al cuestionario identifican las cuestiones relativas al acceso, a la posibilidad de registrar en la Historia de Salud Mental toda la información relevante para el seguimiento clínico de las personas usuarias, con la consiguiente explotación de dicha información, este problema se consideró de máxima importancia estando situado en la zona media del listado de problemas valorados.

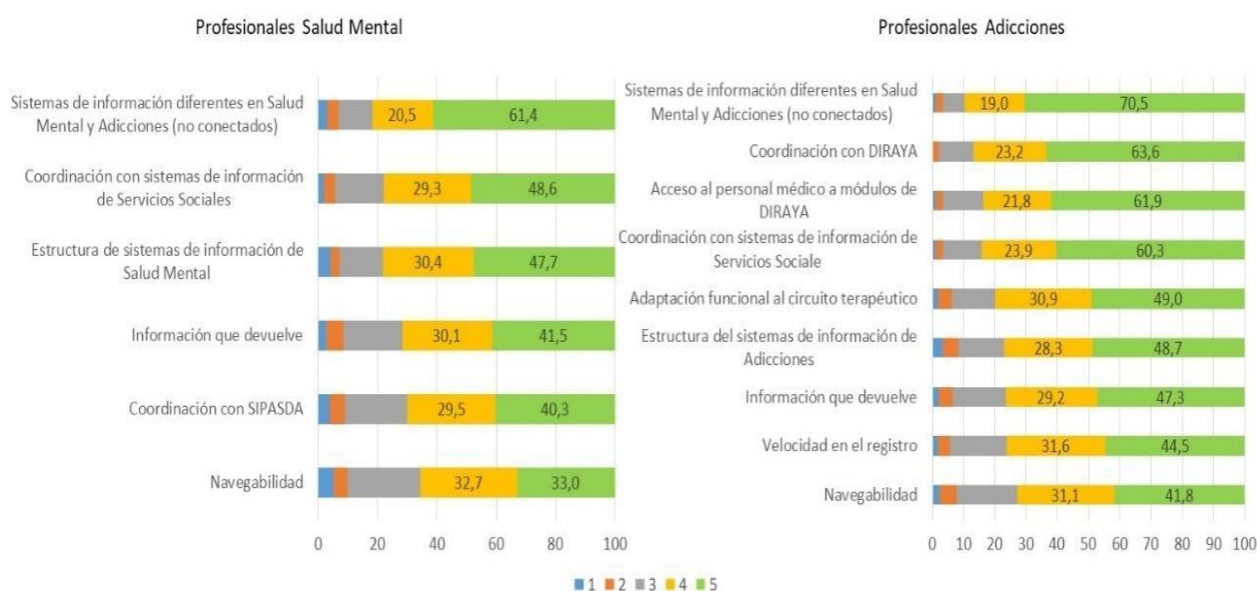
En la Jornada Participativa esta cuestión se consideró clave por los distintos perfiles y como un elemento de vital importancia para la atención prestada y para las posibilidades de **investigación y explotación de datos**.

Desde el movimiento asociativo de personas usuarias y familiares se señaló la necesidad de actualizar la clasificación diagnóstica (pasar de CIE10 a CIE11) así como registrar en los sistemas de información todo lo referido al abordaje con las familias.

Desde el grupo focal que abordó específicamente esta temática se identifican las siguientes necesidades. En primer lugar, **la importancia de fomentar la conexión entre los sistemas de salud mental y adicciones, así como con los Servicios Sociales Comunitarios**.

La información recabada por el cuestionario dirigido a la totalidad de los y las profesionales de salud mental, corrobora esta información donde, como se puede observar, el problema que presentó mayor porcentaje para el valor 5, fue en ambas redes la existencia de “*Sistemas de información diferentes en salud mental y adicciones*”.

Gráfico 2. Porcentajes de respuesta. Problemas relacionados con los sistemas de información.



El grupo también trató cuestiones referidas a la **protección de datos y consentimiento informado para el uso de datos clínicos para la investigación** y en cuanto a los datos que se pueden explotar de los sistemas de información. Se resalta el **interés de medir no solo las altas hospitalarias, sino también otros datos en cada hospital, como datos económicos, sociodemográficos y de procedimientos, incluyendo no solo la práctica médica, sino también de profesionales de psicología o terapeutas**. También se nombra la necesidad de disponer de **recursos digitales portátiles** durante las visitas domiciliarias y trabajo en el entorno comunitario, como portátiles o tablets, para poder hacer el registro clínico ‘in situ’.

Por último, incorporar nuevas líneas de intervención: unidades de alta especialización en técnicas de neuromodulación (Estimulación magnética transcraneal).

Respuesta asistencial.

Uso racional del medicamento

El aumento del malestar emocional en la sociedad ha dado lugar a un incremento de la medicalización aumentando el riesgo de un uso **no racional** de los medicamentos. Se ha observado también que en la población infantil y adolescente ha habido un exceso de tratamientos farmacológicos debido entre otras causas a dificultad de acceso a tratamientos psicoterapéuticos individuales y grupales y de actividades de terapia ocupacional.

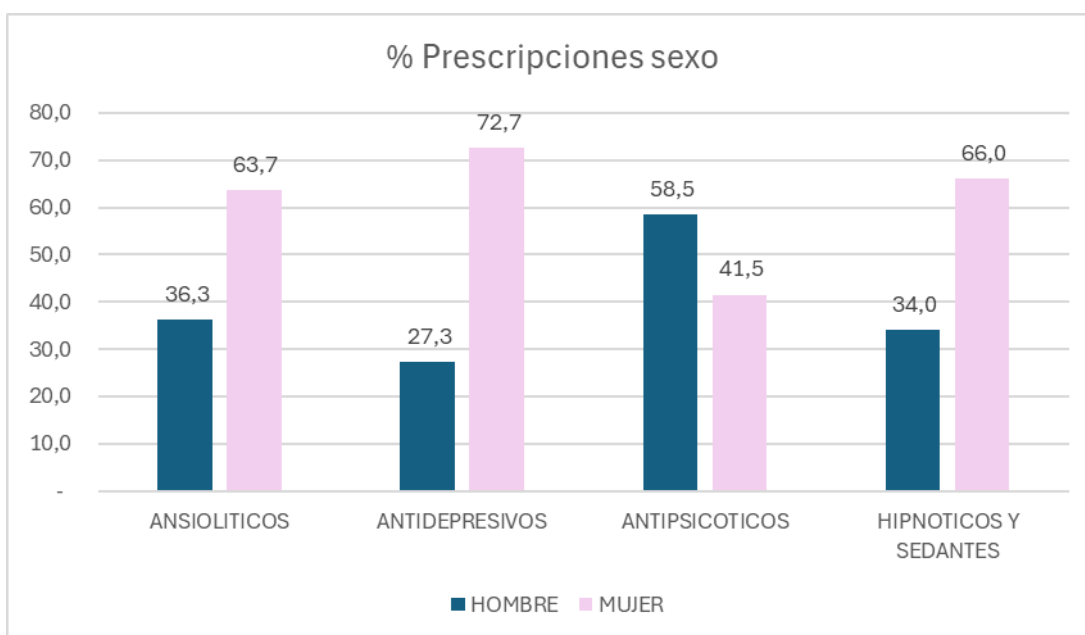
“La atención está excesivamente centrada en respuestas farmacológicas; hay una clara carencia de atención psicológica y terapéutica. No sólo en el caso de problemas de ansiedad, depresión y somatizaciones. No se está poniendo la atención adecuada al impacto en la persona, a su funcionalidad, a su dependencia. El uso excesivo de psicofármacos y opioides es un tema que requiere de revisión” GF Salud Mental Población Adulta.

En varios grupos se destaca el sesgo de género en la prescripción de psicofármacos, **siendo las mujeres las que más psicofármacos tienen prescritos.**

Según la información obtenida a través de la Subdirección de Farmacia y Prestaciones del SAS, el grupo de psicofármacos más prescrito a lo largo de 2024 ha sido el de los antidepresivos con 45,86 (27,3% para hombres y 72,7% para mujeres) seguido por los ansiolíticos con 30,92 (36,3% para hombres y 63,7% para mujeres) y por los hipnóticos y sedantes 17,42 (34,0% hombres y 66,0% mujeres). El consumo del grupo de antipsicóticos es el más bajo siendo de 5,80 sobre el total (58,5% para los hombres y 41,5% para las mujeres).

Los datos de consumo se expresan en dosis diarias definidas en el total de la población.

Gráfico 3. Consumo de fármacos por sexo



Demora en las citas y problemas de seguimiento.

La gran demanda de atención a problemas de salud mental de distinta índole, hace que el sistema, con su actual dotación y estructura, **no sea ágil a la hora de ofertar atención en tiempo y forma siendo la demora**

en las citas de las principales problemáticas. Especial hincapié en la problemática de la población infanto-adolescente.

En concreto, las personas participantes en los grupos identifican como un problema grave la **demora en las citas para revisiones a pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG).**

Se consideró la necesidad de mejorar los **seguimientos y la atención a las personas con TMG.** Se destaca que se pone mucho esfuerzo en la primera consulta, pero luego no se realizan suficientes **seguimientos.**

Igualmente se considera necesario **proporcionar en agenda más tiempo en las primeras citas con la infancia y la adolescencia.** Se considera importante no olvidar el papel de la **familia**, en el caso de la atención a la población infanto-adolescente el **tiempo de atención de una consulta debe ser mayor que en la población adulta** puesto que se atiende al niño/a y adolescente y a su familia.

También se constata la necesidad de asegurar la continuidad en la atención prestada en la transición a la vida adulta, una vez que se alcanzan los 18 años. En la Jornada Participativa se señaló la importancia de **garantizar la continuidad en la atención para la población infanto-adolescente** cuando se produce el cambio de las unidades específicas para este grupo de edad a las Unidades de Salud Mental Comunitaria.

Las demoras en las citas y la falta de seguimiento fueron también señaladas como importantes problemas en la Jornada Participativa donde se señaló como esta **circunstancia limita la adherencia terapéutica.**

También resaltaron que los dispositivos deberían ser más flexibles en cuanto a la accesibilidad, de tal forma que ayude a las personas usuarias en la conciliación de la vida personal, familiar y laboral.

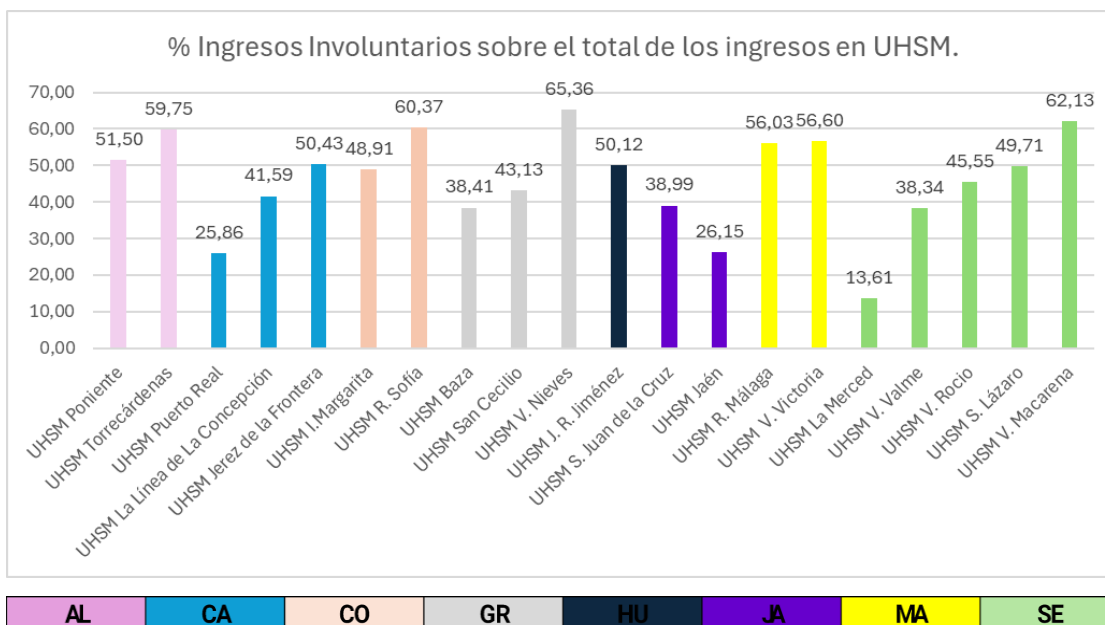
Acogida en urgencias.

Quienes participaron en los grupos focales indican que se está detectando un aumento de los casos que llegan a urgencias hospitalarias por cuestiones de salud mental (por abuso de sustancias, por intentos de suicidio, etc.) lo que exige una organización especializada para dicha atención. Se menciona el perfil de enfermería especialista en salud mental como el indicado para realizar los filtrajes y hacer un adecuado acompañamiento.

Hospitalización. Espacios para la atención asistencial.

En este sentido, y según los datos recogidos de las UHSM (año 2024), en Andalucía se establece un porcentaje elevado de ingresos involuntarios sobre el total de ingresos (48,76%) y cuya distribución en las distintas provincias es la siguiente.

Gráfico 4. Porcentaje de ingresos involuntarios sobre el total de ingresos. Distribución provincial.



Registros aportados por las direcciones de los centros

Además, se señala que no todos los dispositivos tienen protocolizada la posibilidad de acompañamiento, dándose el caso de un 20% de UHSM que no contemplan la opción del acompañamiento.

En los grupos focales se menciona que **desde la pandemia se han incrementado los ingresos involuntarios en la UHSM** y que, en estos espacios, el respeto a los derechos de los/as pacientes (contenciones mecánicas, restricción de las visitas, etc.) requiere ser especialmente supervisado por la situación de vulnerabilidad de un número importante de pacientes.

La necesidad de garantizar el mantenimiento de los derechos humanos en relación a reducir las medidas coercitivas y los ingresos involuntarios fue considerada con el nivel de máxima importancia. También desde la Jornada Participativa se señaló la necesidad de **mantener una mayor observancia por los derechos de las personas con problemas de salud mental y/o adicciones y sus familias.**

En este sentido habría que contemplar los aspectos éticos, trabajar en el marco de la ley de protección de datos, conocer y respetar las creencias de las personas, impulsar la planificación anticipada de decisiones, así como incorporar la perspectiva de la interculturalidad.

Se considera la **hospitalización como un recurso necesario e integrado y que complementa el tratamiento comunitario.**

Igualmente, se considera que el recurso de hospitalización es el adecuado para atender situaciones graves, pero no **extremas, que serían más objeto de atención de los Equipos de Tratamiento Intensivo Comunitario (ETIC) y los Equipos de Terapia Asertiva Comunitaria (ETAC).** En la Jornada Participativa se señaló la necesidad de reforzar estos equipos, incluso en atención primaria.

“A las unidades de hospitalización, llegan los casos desesperados; la unidad podría atender a casos graves, pero no en situaciones extremas, muchos casos involuntarios”. Grupo Salud Mental. Población Adulta.

“Si el trabajo de los ETIC y ETAC, si tuvieran más protagonismo y cobertura podrían tener mucho más impacto, y atender más casos y hacer una mejor

atención domiciliaria y de personas que están desvinculadas de los servicios reduciendo así los ingresos en las HUSM". Grupo Salud Mental. Población Adulta.

Igualmente se considera **necesario humanizar los espacios destinados a pacientes**, las unidades, las salas de espera, puesto que hay espacios deficientes, en lugares inadecuados, compartidos con otras personas, ETIC sin espacios adecuados, etc. Esta situación es especialmente relevante en la población infantil.

En la Jornada Participativa se hacía hincapié en la necesidad de convertir los entornos laborables en espacios más saludables.

También se mencionan la necesidad de contar con unidades de hospitalización específicas e independientes de las unidades de adultos, para la población menor.

Finalmente, se mencionan que en ocasiones las **estancias en hospitalización se pueden prolongar por no haber otros recursos sociales o socio sanitarios donde derivar a las personas que, superada la situación aguda, siguen requiriendo ayuda residencial.**

"Existen problemas de altas de la hospitalización hacia un recurso. El juez autoriza un ingreso involuntario y mantenemos a una persona en puertas cerradas, hospitalizada involuntariamente, porque no hay un recurso para ellos".

Grupo Salud Mental. Población Adulta.

En la Jornada Participativa se señaló como un importante problema el hecho de prestar atención en unidades no específicas ni especializadas corroborando así el análisis expuesto en este apartado. También se señaló que el sistema actual resulta excesivamente sanitario, biologicista y centrado en la atención hospitalaria.

[Recursos residenciales.](#)

Esta cuestión fue considerada como el **tercer problema en importancia** por parte de los y las profesionales que respondieron al cuestionario y también fue ampliamente desarrollada en los grupos focales.

Se considera que las personas con problemas muy graves y complejos, no tienen alternativas residenciales.

"Los casos que precisan alta supervisión, de alta dependencia, no se les está dando respuesta para que no alcancen a una situación de deterioro irreversible; hay casos en una situación de cierto desamparo." Grupo Salud Mental. Población Adulta

Según DECRETO 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud la finalidad de las Comunidades Terapéuticas de Salud Mental (CTSM) es el tratamiento intensivo de pacientes con trastorno mental grave que requieren una atención especializada de salud mental, en régimen de hospitalización completa o parcial, de forma prolongada. No obstante, actualmente, en las CTSM se está ampliando el tiempo recomendado de tratamiento destinado a las personas que allí acuden. Un tercio de estas, podrían beneficiarse del alta, pero no hay suficientes recursos de destino al alta.

Por otro lado, FAISEM tiene cubiertas las plazas residenciales en un amplio porcentaje, **ya que tampoco hay plazas residenciales específicas para personas mayores.**

Todo esto repercute en que esto/as pacientes no se benefician de la atención prestada desde la Comunidad Terapéutica, con un coste bastante más alto que si estuviera en otros recursos residenciales.

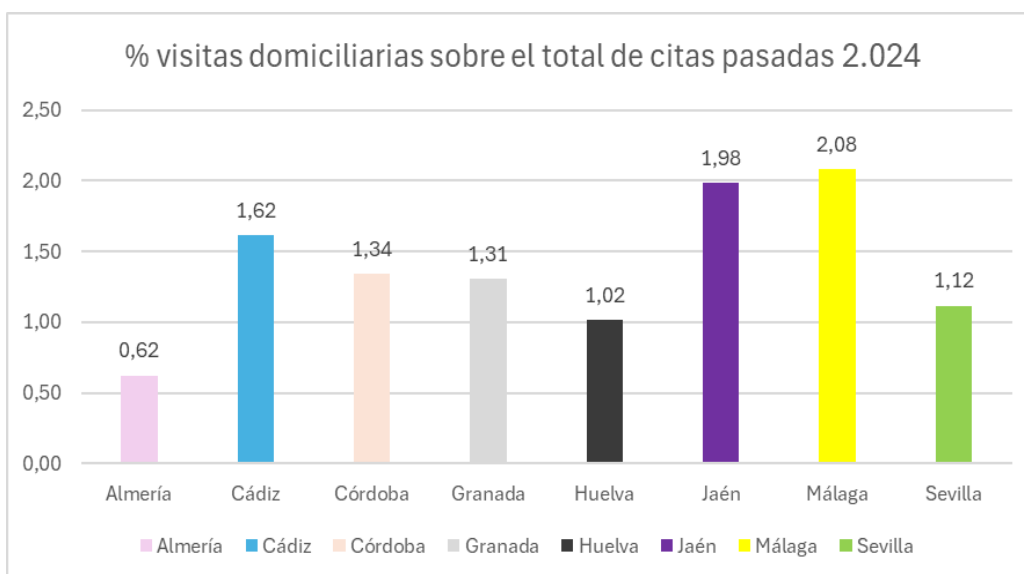
“Habría que revisar a qué recursos se está enviando a algunas personas, porque es el único lugar al que se le puede enviar. Por ejemplo, a una plaza de psicogeriatría, a una persona joven, o una plaza para personas con discapacidad intelectual, a una persona que no tiene esta discapacidad”.
Grupo Salud Mental. Población Adulta.

Los recursos de FAISEM pueden no estar adaptados para pacientes con alta complejidad asistencial, harían falta más recursos que estén adaptados para pacientes con niveles de autonomía altos y con un proyecto de vida establecido. En general, se detecta una **falta de recursos habitacionales para TMG.**

Se considera necesaria una revisión de los recursos disponibles para población vulnerable.

“Se necesitan recursos socio sanitarios ya que la red de salud mental no acoge a todos los perfiles, y por otro lado hay personas en FAISEM o en CT que no se consigue trasladar a la comunidad y se quedan “en tierra de nadie”. Grupo Salud Mental. Población Adulta. Para completar esta visión, desde los sistemas de información de salud mental se ofrecen datos sobre el porcentaje de visitas domiciliarias. En el siguiente gráfico se observa que el porcentaje de estas visitas a domicilio es muy bajo, representa en Andalucía el 1,41% del total de las citas que se atienden en los servicios comunitarios¹⁶.

Gráfico 5. Porcentaje de visitas domiciliarias sobre el total de citas pasadas



Atención a problemas concretos.

Patología resistente a tratamientos

En ocasiones hay pacientes que, aun estando adecuadamente diagnosticados y tratados, por diferentes motivos no hallan la mejoría que esperaban.

Para estos casos, los/as expertos/as remarcan la importancia de acceder a terapias innovadoras y ofrecer una atención multidisciplinar.

Según los datos de Global Data Exchange 2021, más de 270 millones de personas en el mundo sufrirían depresión, y de ellos 175 específicamente trastorno depresivo mayor (TDM), es decir, presentan síntomas depresivos diarios durante más de dos semanas tales como ánimo depresivo, disminución de interés, trastornos alimentarios y del sueño, sentimiento de culpa y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. En Europa, afectaría al 3,15% de la población total, más de 25 millones de personas y en España el TDM cuenta con una prevalencia del 4%.

Un ejemplo de esa falta de mejoría, tras diagnóstico y tratamiento, lo tenemos, precisamente, en las depresiones, donde existe un subgrupo de pacientes que no responde bien a los tratamientos habituales, y que sufren la denominada “Depresión Resistente al Tratamiento” (DRT). En un trabajo publicado en 2021 en Journal of Affective Disorders¹⁷, la DRT tendría una incidencia en España media de 0,93/1.000 personas, lo que significa que cada año hay 44.000 personas nuevas que padecen esta forma de depresión.

La depresión resistente al tratamiento se asocia con una peor calidad de vida, mayor comorbilidad, discapacidad social y ocupacional y peores resultados terapéuticos.

Por otro lado, es necesario que los pacientes con DRT tengan también un apoyo psicológico para favorecer ese cambio en los procesos cognitivos o para mejorar otras comorbilidades. Las personas expertas, también han puesto en valor del abordaje de estos/as pacientes desde enfermería especializada, por desempeñar un rol muy importante en los centros de día y a la hora de manejar los tratamientos.

Este trabajo multidisciplinar nos da una visión mucho más holística para hacer abordajes más específicos en cada caso.

Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)

Los datos disponibles sobre Trastorno de Personalidad (TLP) indican que se pasa de una prevalencia de 121,53 casos por 10.000 hab./año, en el año 2023, a 126,32 en el año 2024, lo que supone un incremento del 3,94%. En este trastorno, la prevalencia sólo es ligeramente superior en los hombres que en las mujeres.

Tabla 4. Prevalencia. Trastorno de personalidad

Provincia	2023			2024			%Incremento 23 - 24
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	
Almería	95,8	92,46	94,2	98,45	96,84	97,68	3,69
Cádiz	139,45	121,48	130,25	143,67	124,65	133,92	2,82
Córdoba	133,29	117,76	125,37	139,42	123,09	131,08	4,55
Granada	126,91	118,15	122,45	132,37	124,34	128,28	4,76
Huelva	111,82	108,23	109,97	118,11	113,56	115,76	5,27
Jáén	123,73	113,95	118,79	129,64	119,39	124,47	4,78
Málaga	118,3	94,63	106,16	121,95	98,3	109,81	3,44
Sevilla	153,3	131,75	142,23	159,26	137,58	148,12	4,14
Totales:	129,42	113,92	121,53	134,24	118,68	126,32	3,94

Fuente: infoweb

En el cuestionario, se consideró que los “programas de alta especialización para el tratamiento del TLP” era el noveno problema en orden de importancia, considerando un 54% de los y las profesionales que respondieron que este tema tenía la máxima importancia.

En los grupos focales se consideró que este tema tiene un importante impacto en el sistema por el aumento de su prevalencia, por la complejidad que suponen (problemática social, asociadas a Trastorno de Conducta Alimentaria, TCA, o consumo de drogas) y por la falta de recursos adecuados para dar cobertura a esta demanda lo que favorece que la persona usuaria visite distintos dispositivos que pretenden dar respuesta a diferentes problemáticas sin que exista una acción coordinada entre ellos.

“Se habla de una mayor prevalencia e incremento de la demanda motivado por TLP que afecta directamente a la presión asistencial. No hay programa de intervención específico y se cuenta el principal recurso con el que se cuenta es con Hospital de Día, ya que otros dispositivos de tercer nivel están más dirigidos al TMG “clásico” (psicosis, trastorno bipolar...). TLP supone una gran presión para los profesionales: Hay que dedicar tiempo, implica mucha comorbilidad”. GF Salud Mental Población Adulta.

“En el proceso TMG se ha dedicado esfuerzo al TLP, pero lo que se está viendo son trastornos de personalidad graves no sólo TLP (antisociales, paranoides, mixtos, sin encaje...) con problemáticas complejas, algunas sociales, asociadas a TCA o consumo de drogas. Y los recursos que existen no dan respuesta a estas problemáticas. Las CT, URM, HD, no están preparados para dar respuesta a las demandas de esta población. Ante diferentes problemáticas del mismo paciente, van de un dispositivo a otro sin una acción coordinada”. GF Salud Mental Población Adulta.

Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)

Sobre esta cuestión los datos indican un aumento de prevalencia desde el año 2021, no obstante, entre el 2023 y 2024 ha habido un ligero descenso. Se pasa de una prevalencia, en Andalucía, de 18,9 casos por 10.000 hab./año en el año 2023 a 18,63 en el año 2024, lo que supone un descenso del 1,43%, y dándose, en el total de las provincias, 5 veces más en las mujeres que en los hombres. Si se atiende al grupo etario, es el comprendido entre 15 a 19 años el que presenta mayor prevalencia.

Tabla 5. Prevalencia. Trastornos de la conducta alimentaria.

Provincia	2021			2022			% Incremento 21 a 22
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	
Almería	4,92	24,7	14,39	5,59	28,28	16,46	14,38
Cádiz	4,68	23,3	14,26	5,3	26,55	16,18	13,46
Córdoba	6,51	33,42	20,17	6,59	36,73	21,94	8,78
Granada	5,25	25,68	15,66	5,76	29,37	17,78	13,54
Huelva	4,24	20,25	12,53	4,82	23,74	14,6	16,52
Jaén	4,57	21,96	13,33	4,95	25,54	15,33	15,00
Málaga	4,9	26,74	16,08	5,51	29,63	17,87	11,13
Sevilla	6,18	27,71	17,22	7,23	30,81	19,34	12,31
Totales:	5,28	26,02	15,83	5,92	29,29	17,8	12,44

Provincia	2023			2024			%Incremento 23 - 24
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	
Almería	6,22	28,92	17,08	6	28,23	16,6	-2,81
Cádiz	6,15	28,16	17,43	6,24	27,66	17,22	-1,20
Córdoba	7,66	37,51	22,88	7,81	37	22,71	-0,74
Granada	6,13	31,15	18,86	6,21	29,89	18,26	-3,18
Huelva	4,77	24,79	15,11	4,3	24,18	14,56	-3,64
Jaén	5,35	26,83	16,18	5,39	26,83	16,21	0,19
Málaga	6,01	30,62	18,63	5,71	30,23	18,29	-1,83
Sevilla	8,32	33,22	21,11	8,11	33,31	21,05	-0,28
Totales:	6,62	30,76	18,9	6,49	30,34	18,63	-1,43

Sin embargo, esta cuestión no ha sido considerada como prioritaria por los y las profesionales que respondieron al cuestionario ocupando el lugar 20 sobre un total de 25 problemas priorizados y solo el 38,6% de las personas participantes le otorgaron la máxima importancia.

En relación a este trastorno, en los grupos focales se mencionan problemas **de inequidad en el acceso** a recursos especializados (Unidad de Trastorno Conducta Alimentaria, UTCA) entre los distintos lugares de la geografía andaluza. En Andalucía, solo Granada y Málaga disponen de unidades específicas para este problema.

*“En hospitales comarcales por ejemplo ni se plantea enviar a una hospitalización parcial a Málaga o Granada. Los afrontan los Hospitales de Día con apoyos puntuales de las Unidad Hospitalización Salud Mental, pero sin poder acceder a **programas** específicos”. GF Salud Mental Infanto Adolescente.*

Igualmente, se reclama **mejor coordinación de la UTCA con otras unidades dentro del sistema sanitario** (por ejemplo, con endocrinología y con rehabilitación podría mejorar) y también con otros sectores considerando que se hace poca prevención o de forma inadecuada y que el trabajo intersectorial con educación no tiene el impacto necesario.

Patología Dual.

Algunos estudios¹⁸ han determinado que el **70 % de las personas atendidas por problemas de salud mental o adicciones tiene ambos problemas de forma simultánea**. Los resultados sugieren una concurrencia significativa de diagnósticos, baja intervención en Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) en la red de salud mental y alta prescripción de benzodiazepinas en ambas redes.

En la **Red de Salud Mental, el 68,9 % de las personas usuarias presentaban diagnóstico actual de Trastorno de Uso de Sustancias** (59 % excluyendo el tabaco).

En las USMC, se ha estimado entre un 40 y 48% la tasa de prevalencia de al menos un trastorno por

consumo de sustancias, siendo el alcohol y el cannabis las más consumidas¹⁹.

También desde la red de adicciones se aportan datos que corroboran esta situación. Así pues, están diagnosticadas 5.497 personas con comorbilidad psiquiátrica (4.222 hombres y 1.275 mujeres). Los datos indican que pese a haber muchas menos mujeres, el porcentaje de las que están afectadas por un problema de patología dual es mayor (14,04%) que el de hombres (10,37%).

De las personas activas en tratamiento en 2022 un 6,9% están en seguimiento en el programa de salud mental (6,3% hombres y 9,6% mujeres). Según la sustancia que motiva el tratamiento, las personas que más están en seguimiento en salud mental son las admitidas por hipnosedantes (8,7% y hasta el 11,6% en el caso de las mujeres)²⁰.

De las personas que estaban en tratamiento entre el 1 de enero de 2015 y el 15 de septiembre de 2020, se aprecia que un total de 19.448 presentan un diagnóstico de la CIE-10 compatible con patología dual, lo que representa aproximadamente un 20,1% del total de las personas en tratamiento. Además, más de la mitad de las personas con patología dual habían solicitado con anterioridad admisión a tratamiento (53,8%), mientras que el porcentaje fue del 47,6% entre los/as pacientes que no tenían diagnóstico de patología dual. Esto es, se observa una diferencia de 5 puntos porcentuales entre ambos grupos²¹.

De las personas en tratamiento en 2022, 1.985 presentaron TMG. Por rango de edad, la mayoría se concentran entre las edades comprendidas entre los 35 y los 54 y en relación al sexo, son hombres en su mayoría.

Se destaca que, en los Centros de Tratamiento Ambulatorios (CTA) se ha estimado una tasa de prevalencia de trastornos psicopatológicos situada en torno al 60%, siendo los más prevalentes los trastornos de ansiedad- depresión y los de la personalidad, alcanzando cifras del 65% de prevalencia en las Comunidades Terapéuticas.

También en **población joven** se dan situaciones de confluencia entre salud mental y adicciones. Un estudio realizado con 10.000 adolescentes encontró que **dos tercios de quienes desarrollaron trastornos por consumo de alcohol o sustancias, habían experimentado al menos un trastorno de salud mental** ²².

Los últimos datos disponibles indicaban que 8.313 jóvenes menores de 24 años estaban en tratamiento por problemas relacionados con el consumo de sustancias en nuestro país; un 17,8% del total de las admisiones²³ además según la OMS, un 50 % de las enfermedades mentales comienzan a los 14 años²⁴.

Así pues, la patología dual se presenta como un problema frecuente y complejo, por ello no sorprende que **fuese este el principal tema que los y las profesionales que respondieron al cuestionario identificaron como de máxima importancia** (aunque los casos complejos también pueden estar referidos a TMG, TLP u otras circunstancias...). Un 67,9% de los participantes le otorgaron la máxima puntuación.

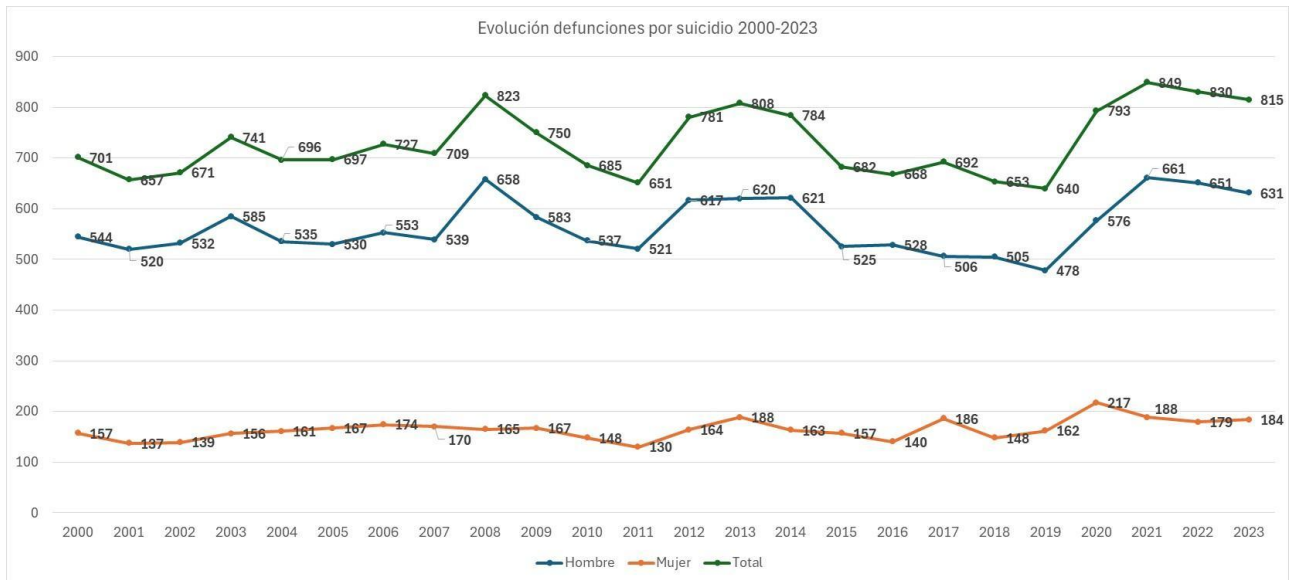
En la Jornada Participativa se mencionó por parte del grupo de profesionales la falta de dispositivos para la atención tanto a los Trastornos Límite de la Personalidad, Trastornos de la Conducta Alimentaria y Patología Dual.

Conducta suicida.

Los datos que se aportan sobre muerte por suicidio en España y Andalucía son los obtenidos a través del Instituto Nacional de Estadística (INE) del año 2023, estos revelan que en ese año fallecieron en España por suicidio 4.116 personas. **El número de muertes por esta causa entre hombres (3.044) es 2,84 veces superior al de mujeres (1.072)**^{25,26}.

En Andalucía, en 2023 se registraron 815 muertes por suicidio (631 hombres y 184 mujeres) según el

Gráfico 6. Evolución del número de suicidios en Andalucía. 2000-2023



Como podemos observar en la gráfica, 2.021 fue un año crítico en cuanto a las muertes por suicidio (840) en Andalucía, siendo el año con los datos más elevados, desde entonces podemos ver cómo se está dando un ligero descenso (815) poco a poco.

Con respecto a los intentos de suicidio, los datos de que se dispone son los de episodios atendidos en los Servicios de Urgencias Hospitalarias del SSPA. **Se observa un incremento de 126 casos en el año 2024 (5.500) en comparación con el año 2023 (5.374), lo que supone un 2,34% más según los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SAS).**

Tabla 6. Número de Tentativas de suicidio 2023-2024

Número de tentativas de suicidio	2023			2024		
	< 18 años	>= 18 años	TOTAL	< 18 años	>= 18 años	TOTAL
PROVINCIA / UGC						
ALMERÍA	35	300	335	30	277	307
CÁDIZ	13	281	294	21	267	288
CÓRDOBA	12	147	159	12	183	195
GRANADA	60	652	712	53	686	739
HUELVA	30	258	288	30	326	356
JAÉN	29	349	378	20	374	394
MÁLAGA	78	1.015	1.093	93	1.005	1.098
SEVILLA	136	1.979	2.115	144	1.979	2.123
Total general	393	4.981	5.374	403	5.097	5.500

Tal y como podemos ver en las gráficas siguientes, el sexo es una variable muy significativa, siendo las mujeres las que presentan más tentativas de suicidio en comparación con los hombres, tanto las menores, como las mayores de 18 años.

Gráfico 7. Número de personas de 18 años o más con tentativas de suicidio por cada 100.000 habitantes

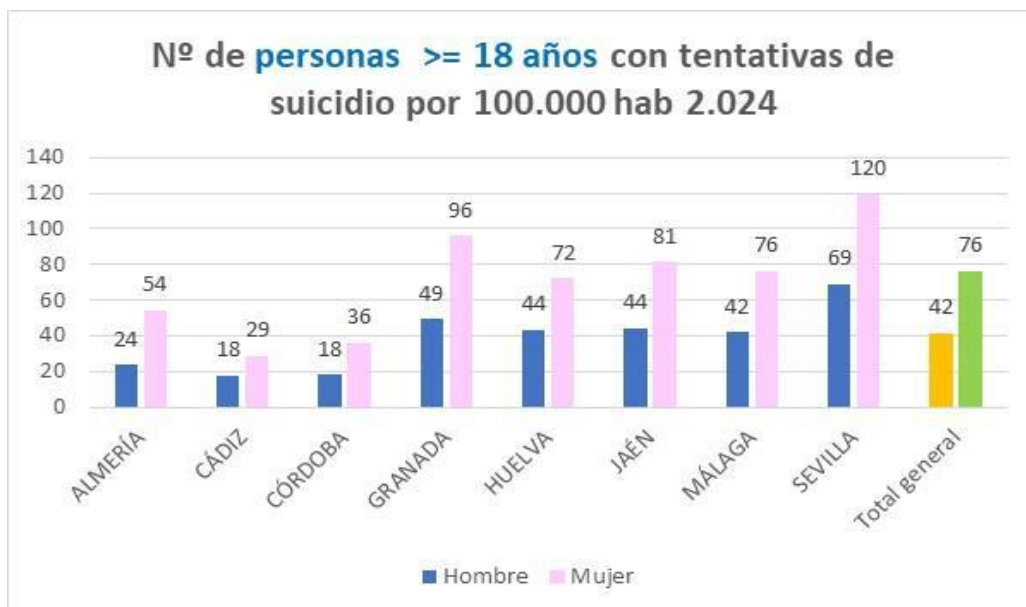
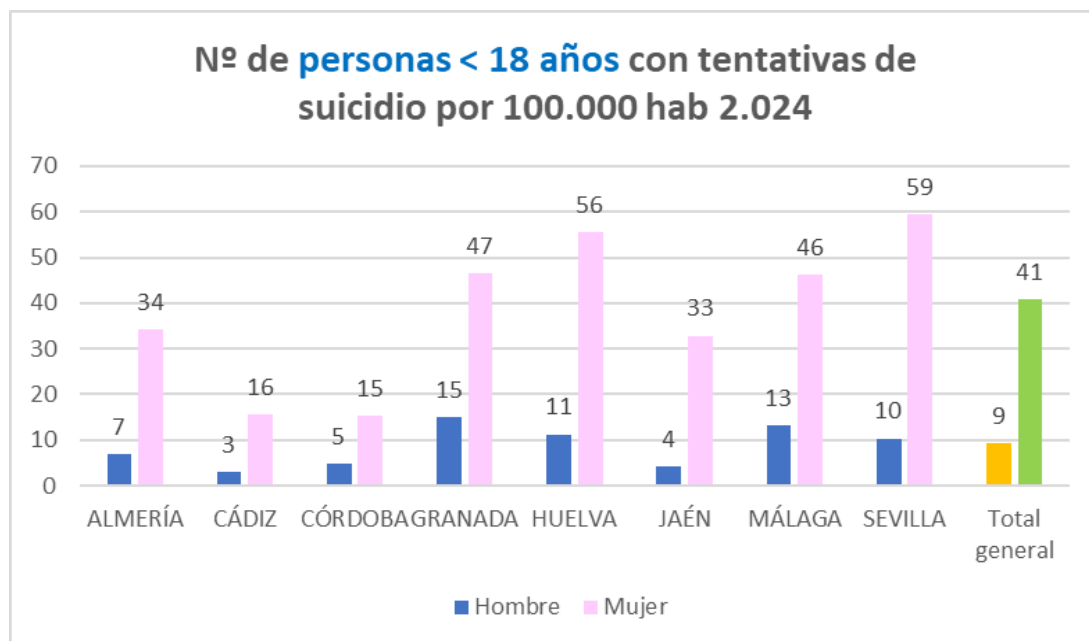


Gráfico 8. Número de personas menores de 18 años con tentativas de suicidio por cada 100.000 habitantes



La conducta suicida también fue un tema considerado prioritario por los y las profesionales que respondieron al cuestionario de manera que un 58% le otorgaron el nivel máximo de importancia y ocupa el sexto lugar en un ranking de 25 problemas valorados.

De manera más específica, los y las profesionales de salud mental, identificaron en los grupos focales la siguiente problemática referida este tema.

- Se constata que es un tema en el que existen **claras diferencias de género** que tendrían **que ser consideradas en la respuesta asistencial y de prevención**. Se identifica como un grave problema de salud pública con mucha presión social, que requieren un esfuerzo y tiempo de profesionales, para los que no hay recursos suficientes.
- En el abordaje de la conducta suicida, se atienden a personas y familias con **problemáticas sociales** a las que desde salud mental no se les puede dar respuesta siendo necesario **un abordaje intersectorial**. Es necesaria mayor colaboración.
- Las personas **referentes** en suicidio de UGCSM tienen la misma carga asistencial. Los **recursos** previstos para prevención de conducta suicida se utilizan para otra demanda asistencial o no han llegado a contratarse.

En la Jornada Participativa, desde el grupo de profesionales, **se señaló la importancia de potenciar la prevención de la conducta suicida más allá de la medicalización**.

[Atención a mayores \(Psicogeriatría\).](#)

Según el Instituto Nacional de Estadística, (INE) el porcentaje de población de 65 años y más, alcanzaría un máximo del 26,0% en torno al 2037²⁷. Algunas de estas personas están y estarán en residencias de mayores y en la actualidad no hay, en general, programas de apoyo a residencias de personas mayores, ni coordinación con los y las profesionales de dichas residencias.

Aunque esta cuestión no fue considerada como muy prioritaria por quienes respondieron el cuestionario (ocupa el puesto 22 de un total de 25 problemas priorizados), en los grupos focales que se abordó esta cuestión se identificaron los siguientes problemas, corroborados en gran parte en la Jornada Participativa:

- En unidades de hospitalización, las personas con **más de 70 años** están desplazando a las de edad mediana, con cada vez más ingresos y más prolongados. Por un lado, la población envejece y, por otro lado, son perfiles que no acogen familias o residencias. Y ni las unidades ni los y las profesionales en cuanto a su formación están preparados/as para esta población
- No hay una respuesta de **psicogeriatría** en situaciones de crisis cuando hay problemas conductuales en este perfil.
- No hay programas de apoyo a las **residencias** de personas mayores, por ejemplo, con atención domiciliaria en ese entorno. No hay coordinación ni con los y las profesionales sanitarios de estas residencias ni con los y las de Atención Primaria.
- Desde los servicios de **Neurología** se delega en salud mental habitualmente, y no existe coordinación con los servicios de Neurología.

Salud Mental Perinatal.

Esta cuestión ocupó el penúltimo lugar en el ranking de priorización de problemas que se conformó con la respuesta al cuestionario enviado a los y las profesionales.

Las personas participantes en el grupo de salud mental Infanto-adolescente señalaron que existe **déficit en la atención en salud mental perinatal**. En ciertas zonas algunos profesionales se han formado a nivel personal y han abordado este tema, pero no existe formación ni recursos homogéneos para esta atención en toda Andalucía.

Se destaca la **importancia de apoyar desde el embarazo para prevenir problemas**. En este sentido, los y las participantes en los grupos refirieron experiencias en algunas zonas donde están trabajando la atención a la salud mental perinatal de forma aislada.

Trastorno del Espectro Autista (TEA)

En relación a este diagnóstico, se pasa de una prevalencia, en Andalucía, de 30,5 casos por 10.000 hab./año en el año 2023 a 35,26 en el año 2024, lo que supone un incremento del 15,61%. En este caso, ocurre 4 veces más en los hombres que en las mujeres.

Para el seguimiento de las personas con TEA, hay que destacar la falta de un protocolo actualizado que defina las intervenciones oportunas durante todo el proceso. Precisamente los y las profesionales consultado/as a través del cuestionario consideran la cuestión de disponer de abordaje protocolizado de patologías más prevalentes como la cuestión número 19 sobre un total de 25 problemas priorizados, otorgando la mayor importancia el 39,2% de profesionales.

En la Jornada Participativa se señaló como un problema **la falta de interseccionalidad para atender tanto el TEA como otros casos complejos**.

Población vulnerable.

Desde los grupos de salud mental que abordaron el ámbito de la población adulta, mencionan que los **Equipos de Tratamiento Intensivo Comunitario (ETIC) es un recurso importante en esta área y se señala que existe desigualdad en relación con la cobertura de algunos servicios** que se han impulsado de forma reciente y que no tienen igual cobertura en todas las zonas.

Se considera también que faltan recursos **habitacionales** para grupos en situación de vulnerabilidad: por ejemplo, población sin hogar, población cuando sale de prisión, población que ingresa y reingresa en las Unidades de Hospitalización. Por ejemplo, la red de albergues municipales es más flexible a la hora de acoger a población sin hogar que los recursos residenciales de salud mental.

También en la Jornada Participativa se detalló que el abuso a menores los convierte en un colectivo vulnerable en problemas relacionados con la salud mental y adicciones.

La necesidad de ofrecer respuestas residenciales a los casos que lo precisen fue considerada como el tercer problema más importante por quienes respondieron el cuestionario, otorgándole un 68,5% de los y las participantes la máxima puntuación en importancia.

Esta cuestión también fue señalada en la Jornada Participativa donde además se **señaló la ausencia de una definición y de un abordaje de carácter integral para los grupos de personas vulnerables lo que impediría garantizar una atención de calidad**. Se insistió en la atención que se debe prestar a las personas con discapacidad, no porque se trate de una enfermedad, sino porque necesitan de una atención especializada.

Salud mental en el ámbito penitenciario

En relación a la población reclusa, y según los estudios epidemiológicos realizados en las prisiones españolas y andaluzas²⁸, hasta un 80% de las personas internas en centros penitenciarios han sufrido algún diagnóstico de patología mental a lo largo de la vida. Los trastornos de personalidad y la patología dual son enormemente prevalentes; la ansiedad y la depresión se dan en mucha mayor proporción; más del 50% de las personas internas consumen psicofármacos.

En los grupos focales, y desde el ámbito de la SMIJ se considera necesaria mayor **coordinación, por ejemplo, con Justicia Juvenil**

para atender adecuadamente a población adolescente que se encuentra internada en los Centros de Internamiento a Menores Infractores, (CIMI).

Las circunstancias del ámbito penitenciario fueron señaladas en varias ocasiones en la Jornada Participativa corroborando lo expuesto y añadiendo además la necesidad de **trabajar en prevención y buscar canales diferenciados de atención para menores infractores**.

Detección e intervención precoz: Promoción y prevención

Los y las profesionales que respondieron al cuestionario señalan la importancia de disponer de programas específicos para la detección e intervención precoz (un 57,4% lo consideraron muy importante) situándose esta cuestión en la franja media de problemas valorados.

Los y las profesionales que trabajan en salud mental señalaron a este respecto que:

- La promoción y la prevención no se pueden afrontar por la presión asistencial.
- Se reconoce **escasa coordinación en las intervenciones de prevención y promoción**. Desorganización y variabilidad en lo referido a este tipo de intervenciones.
- Necesidad de actuar en prevención en poblaciones que debutan, como **primeros episodios**, patología grave en adolescencia, prevención de suicidio....
- Sería necesario realizar un mayor esfuerzo en **atención temprana** y en actuación en primeros episodios de forma coordinada con Educación. Es necesaria la prevención en **centros educativos**
- Falta utilizar los **activos** en salud, los recursos que tenemos en la comunidad

Desde Salud Mental Infanto-Juvenil se señala que es difícil hacer promoción y prevención primaria por las mismas razones ya expuestas y señalan que sí se intenta hacer prevención secundaria o terciaria desde los servicios de la USMIA, pero **la prevención primaria debería hacerse en el primer nivel de atención.**

De manera general, se considera que es preciso **cuidar el entorno social de los niños, niñas y adolescentes**, muchos problemas emocionales y trastornos están relacionados con las carencias en el sostén social. También para población adulta se considera necesario atender a los **determinantes sociales** que tendrían que trabajarse dentro del trabajo intersectorial en un modelo holístico y dinámico, como se debería entender la salud mental.

Se señala la necesidad de que las actuaciones de **promoción y prevención estén también protocolizadas y se realicen de manera homogénea.** Como ejemplo se recoge lo previsto en el Protocolo para la Prevención del Suicidio²⁹.

Estigma vinculado a la salud mental

El estigma y la discriminación asociada es un tema que emergió en el discurso de los grupos en varias ocasiones como una limitación importante en relación a la atención integral a la salud que se presta y que impacta negativamente en la recuperación de las personas con problemas de salud mental. Se considera que el **estigma social está aún muy presente, también en profesionales de salud mental.** Por lo que se considera que faltan más campañas de sensibilización para reducirlo y también faltan herramientas para limitar el **autoestigma** que experimentan las propias personas con problemas de salud mental.

Se señala que el estigma, se multiplica en el caso de patología dual. La discriminación es múltiple y amplificada.

“Si los pacientes de salud mental son de segunda categoría, los de adicciones son de tercera categoría. Si además tienen problema de salud mental, tiene un alto factor de riesgo en su evolución”. Grupo SM Patología dual

Los y las profesionales que respondieron al cuestionario consideran un problema importante el estigma social vigente en relación a las personas con problemas de salud mental (un 47% lo considera un problema muy importante) pero aun así se sitúa en los últimos puestos de los problemas ordenados según el porcentaje de importancia máxima (en la posición 20 sobre un total de 25).

En la Jornada Participativa, la persistencia del **estigma** hacia las personas con problemas de salud mental y adicciones y sus familias, fue también uno de los principales problemas identificado, así como la **escasez de herramientas para eliminarlo.**

Coordinación con otros sectores.

Quienes respondieron al cuestionario identificaron que la coordinación con otros agentes implicados en el cuidado de la salud mental es una cuestión importante (el 43,5% le otorgó la máxima puntuación en importancia) situándose en el rango medio de todos los problemas priorizados (posición 14 sobre un total de 25 cuestiones priorizadas). La coordinación con el movimiento asociativo se consideraba como un ítem aparte y fue priorizada en menor medida que el ítem anterior ocupando la posición 23 sobre un total de 25 problemas priorizados.

En los grupos focales, y de manera general, se considera que faltan **itinerarios o planes de intervención** comunes en pacientes para las USMC y que además puedan conectar con recursos externos a la red de SM

señalando que incluso faltan unidades de interconsulta y enlace en los hospitales (a nivel administrativo, estructural y dotación de personal).

Se considera muy importante la coordinación con FAISEM y la ASSDA y se señala como un problema el hecho de que La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de Dependencia³⁰ cuenta con **un baremo que “nada tiene que ver con la salud mental”**.

“Habría que generar una excepcionalidad para salud mental o un apartado específico para evitar la tardanza en el acceso a recursos (cuando se llega después de 2-3 años, el paciente ya está deteriorado, hay que agilizarlo). Además, la valoración de dependencia suele ser de grado 1, pero quien accede a recursos residenciales debe estar en grado 2 o grado 3.” Grupo Salud Mental. Población Adulta.

También en algunos grupos surgió de manera específica la necesidad de conocer y trabajar de manera coordinada con los **servicios especializados en atención a mujeres víctimas violencia de género**.

La **inserción social y laboral** fue considerada la quinta cuestión en importancia por los y las profesionales que respondieron al cuestionario siendo señalada con la máxima puntuación por un 54,5% de las personas participantes.

Desde salud mental Infanto-juvenil se señala que no hay espacios para la necesaria e importante **coordinación con otros sectores** clave, para una atención de calidad a este grupo de población, por ejemplo, con Atención Primaria, con Educación, con Justicia Juvenil, con Servicios Sociales Comunitarios, etc. y se habla de la **necesidad de crear una Comisión Intersectorial Provincial Infantil** para abordar casos y tomar decisiones generales.

La coordinación con profesionales de distintas disciplinas y ámbitos fue también una necesidad muy destacada en la Jornada Participativa, señalándose la necesidad de un **mayor alcance de la atención psicosocial**.

También se mencionaron en este espacio las escasas referencias que en el análisis preliminar se hacen a la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de personas con Enfermedad Mental (FAISEM).

Investigación y formación.

La información recogida por el cuestionario permite ver como la necesidad de actualización y **formación** es un aspecto importante en el que los/as profesionales de salud mental otorgaron más de un 50% en todos los ítems para el valor de máxima importancia. Las dificultades que alcanzaron mayores porcentajes de importancia fueron las de la *“falta de tiempo”*, con un 68,2%, seguido de la *“necesidad de formación conjunta”*, con un 60,2%.

En relación a la **formación** y opinando sobre los **contenidos**, en los grupos focales las personas participantes expresan la necesidad de poder realizar cursos más específicos en el ámbito de la salud mental, enfocados en **prácticas clínicas, competencias profesionales y habilidades de intervención, de carácter multidisciplinar, duración prolongada y formato presencial**, incluyendo a profesionales de enfermería especializada, profesionales de trabajo social y residentes.

Se destaca la necesidad de un programa de **formación estructurado y accesible** para profesionales de salud mental y se destaca la necesidad de formación en **psicoterapia grupal** y en **desigualdades de género**. También se hace referencia a la importancia de tener formación sobre **psiquiatría y adicciones**,

para conocer ambos ámbitos, incluyendo la atención a personas con problemas de salud mental y de adicciones, así como aspectos específicos como la terapia sustitutiva durante las hospitalizaciones. Igualmente, se señala constata la falta de **formación sobre metodologías de investigación aplicadas a la práctica clínica, con perspectiva social**.

Además, se señala una **falta de formación en problemas de salud mental emergentes**, como el autismo en personas adultas, ansiedad, depresión o trastornos de la conducta alimentaria.

En la Jornada Participativa, se señalaron desde los distintos agentes las **necesidades formativas de los y las profesionales de ambas redes para poder estar actualizados**.

En relación a la **investigación**, los datos recabados por el cuestionario indican que para los/as profesionales de salud mental, al igual que en la formación, la más elevada puntuación, se alcanza también en el problema de la “falta de tiempo”, seguido de las dificultades asociadas a “financiación” y al “acceso a oportunidades de investigación”.

La información obtenida a través de los grupos focales es coincidente con esta valoración y la amplía. Así pues, desde salud mental, las personas participantes en los grupos focales coinciden en identificar una situación de **falta de reconocimiento, incentivación y dotación de recursos en el ámbito de la investigación**. Se considera que no se les da suficiente valor a las actividades de investigación en la evaluación de objetivos, bolsas de trabajo o procesos de promoción profesional. Asimismo, se constata una **falta de fomento de actividades de investigación en investigadores e investigadoras nóveles**.

Se observa una **mayor presencia de investigaciones clínicas**, entre ellas los ensayos clínicos e investigaciones sobre fármacos, en comparación con investigaciones sobre prevención, promoción de la salud, prácticas clínicas, evaluación de la propia práctica profesional, atención a la infancia y adolescencia y atención a trastornos leves adaptativos. Se señala la dificultad de conseguir financiación para este tipo de proyectos en las convocatorias públicas de concurrencia competitiva. Además, en la **Jornada Participativa** se señaló como el hecho de no disponer de **sistemas de información integrados** afecta a esta área, así como la necesidad de que las distintas **opciones terapéuticas por las que se opte, están basadas en la evidencia**.

Se resalta la importancia **de tener en cuenta en los procesos de investigación la parte más social y preventiva de la atención en salud mental**, el contexto social, el enfoque de recuperación y el rol de profesionales de trabajo social y enfermería. En este sentido, se recomienda incluir el movimiento asociativo, tanto de personas usuarias como de familiares, a los proyectos de investigación. Además, se constatan **dificultades en el proceso de traslación de los conocimientos a la práctica clínica, a profesionales de salud mental y personas usuarias**.

En la Jornada Participativa se hizo hincapié en la necesidad de establecer un sistema de evaluación continuo para cualquier iniciativa que se ponga en marcha (protocolos, programas, talleres...).

Adicciones.

Datos epidemiológicos: encuestas de consumo

Los datos epidemiológicos extraídos de la encuesta realizada a la población andaluza (Población Andaluza ante las Adicciones XVI) para el presente diagnóstico preliminar indican que el grupo más prevalente es la **población joven** y el perfil es el de **hombre adolescente (14-20 años), o joven (21-24 años)**.

Por grupos de edad, las personas de entre 21 y 24 años son el principal grupo consumidor de cannabis,

cocaína, éxtasis y anfetaminas. Los atracones de alcohol y las intoxicaciones étílicas son más frecuentes entre personas de edades aún más jóvenes (entre 14 y 20 años). En todas estas sustancias, los hombres son los principales consumidores. También en el patrón de policonsumo son los hombres jóvenes (de 16-34 años), quienes presentan mayor prevalencia³¹.

Tras el alcohol y el tabaco (80,5% y 51,7%, respectivamente, de consumo alguna vez en la vida), el cannabis es la tercera sustancia más consumida (22,3% la habría consumido alguna vez). Le siguen los analgésicos opioides, con un 17,6% (cuando el consumo se realiza bajo prescripción médica), los hipnóticos y somníferos (con prescripción), con un 8,2% y la cocaína en polvo (5,5%). El éxtasis/MDMA, los tranquilizantes sin prescripción, las anfetaminas y las setas mágicas mantienen prevalencias de consumo entre el 2,7% y el 1,9% (alguna vez en la vida).

Respecto a las adicciones sin sustancias un 21,2% de la población andaluza entre 12 y 64 años realiza un uso intensivo de Internet en días laborables y un 15,7% durante el fin de semana. Al analizar el uso de redes sociales se revela que entre las personas que las utilizan todos los días, un 4,5% tienen riesgo de adicción a las mismas (2,5% en 2021). Por último, es destacable el resultado del alto riesgo de adicción a videojuegos entre aquellas personas que juegan todos los días, el 17,3%, casi once puntos porcentuales más que en 2021 (6,8%). Un 20,5% de hombres (9,4% en 2021) y un 8,2% de mujeres (2,9% en la edición previa).

A partir del estudio ESTUDES 2023³², realizado a una muestra de 4.021 estudiantes de 90 centros de Enseñanzas Secundarias en Andalucía entre 14 y 18 años, se obtiene información sobre cuáles son las sustancias más consumidas en esta etapa de la adolescencia.

Se muestra como **el alcohol (73,6%), el tabaco (27,7%) y el cannabis (21,8%)** son las sustancias más consumidas entre los estudiantes a nivel nacional en los últimos doce meses.

En Andalucía la prevalencia del alcohol es de 77,9%, exponiendo que ese porcentaje de estudiantes han tomado bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, siendo este dato algo mayor que a nivel nacional (75,9%), y habiendo consumido durante los 30 días previos un 61,1% de los encuestados.

En cuanto al sexo, se encontró que en mujeres la prevalencia de consumo de alcohol es mayor que en hombres, al igual que la de consumo de tabaco, cigarrillos electrónicos y borracheras, sin embargo, los hombres muestran prevalencias más altas en consumo de cannabis y en binge drinking, fenómeno en el que, en los chicos se registra un ligero repunte después de 2021, y en las chicas la prevalencia de consumo de alcohol en atracón es la más baja desde que se inició la serie histórica de este estudio.

Tabla 7. Porcentajes de consumo para cada sustancia por sexo. ESTUDES 2023

	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Últimos 30 días.	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Tabaco	31%	36,7%	26,6%	29,8%	20,4%	21,9%
Bebidas alcohólicas	74,4%	81,7%	72,4%	79,9%	56,6%	62,9%
Borrachera	45,5%	53,9%	41,1%	47,3%	20,7%	22,4%
Binge Drinking	No hay datos disponibles		No hay datos disponibles		28,6%	27,8%
Botellón	No hay datos disponibles		38,1%	43%	No hay datos disponibles	
Consumo de Cannabis	24,7%	21,8%	20%	17,2%	No hay datos disponibles	

Cigarrillos electrónicos

59,7%

66,1%

52,9%

58%

No hay datos disponibles

Los hipnosedantes (tranquilizantes/somníferos) con o sin receta consolidan su tendencia y se mantienen como la cuarta droga de mayor prevalencia, observándose que el 19,6% de los estudiantes las han tomado alguna vez en la vida. Diferenciando por sexo se observan dos tendencias contrarias. Los hombres disminuyen el consumo de esta droga en ese periodo de tiempo (pasando de un 15,3% en 2021 a un 13,3% en 2023) y las mujeres aumentan el consumo de los hipnosedantes alguna vez en la vida (de un 24,1% en 2021 a un 26,1% en 2023).

Identificación de problemas

En este análisis se pone de manifiesto los problemas o las necesidades en el ámbito de las adicciones, fijando el punto de mira especialmente en las personas que, por diferentes circunstancias, se encuentran en situaciones más vulnerables.

Prevención.

Con relación al **ámbito de la prevención** se dispone, entre otras fuentes de estudios poblacionales de consumo: “La población andaluza ante las drogas”, de estudios de consumo en población escolar: “ESTUDES” y del SIPASDA que ofrece datos sobre el Indicador de Intervenciones Psicoeducativas.

El Indicador de Intervenciones Psicoeducativas, se define como el número de personas usuarias que son atendidas anualmente en los Centros de Tratamiento Ambulatorios, (CTA) de la Red de Adicciones por un consumo o realización de una conducta adictiva, (juego patológico u otras conductas) que comienza a resultar problemática para la persona, pero que aún no cumple los criterios de dependencia, valorándose adecuado llevar a cabo alguna intervención psicoeducativa para tratar de prevenir que se genere un problema de mayor gravedad.

En 2024 se han registrado 387 intervenciones psicoeducativas en los CTAs de la RPAA (51 menos que en 2023), 292 hombres (75,5%) y 95 mujeres (24,5%). La mayoría de las demandas eran consecuencia del consumo de cannabis (62,8%), seguidas de conductas comportamentales diferentes al juego patológico (19,6%) y por alcohol y tabaco (5,9% respectivamente).

Las intervenciones por cannabis son las más numerosas desde el inicio de este registro en el SIPASDA.

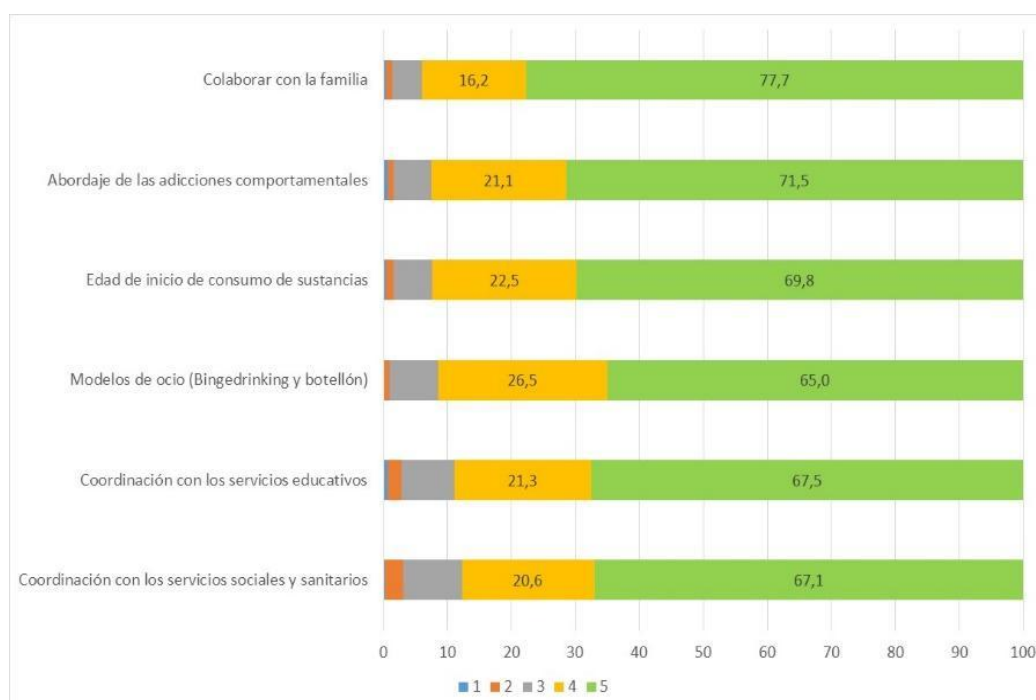
El porcentaje representado por las mujeres atendidas disminuye este año con respecto a las realizadas en 2023 por consumos de cannabis (del 51,2% al 48,4%) y alcohol (del 13,2% al 9,5%). Por el contrario, aumenta la proporción de mujeres en las intervenciones demandadas por conductas adictivas diferentes al juego patológico (del 17,1% al 24,2%).

En los hombres también disminuyen las intervenciones psicoeducativas por consumo de cannabis y por alcohol. En este caso las motivadas por adicciones sin sustancia aumentan respecto al año anterior.

Por otro lado, cabe señalar que las intervenciones psicoeducativas fundamentalmente, aunque no exclusivamente, se realizan con **personas jóvenes**. Así la media de edad se sitúa en 19 años y las mujeres presentan una edad media superior a la de los hombres en algo más de tres años (21,4 y 18,2 años respectivamente)³³.

En relación a esta cuestión, y cuando se les preguntó a los y las profesionales a través del cuestionario que ámbitos consideraban más importantes abordar con la población joven, resaltaron la **necesidad de trabajar con la familia (77,7%)** y el **abordaje de las adicciones comportamentales. (71,5%)**.

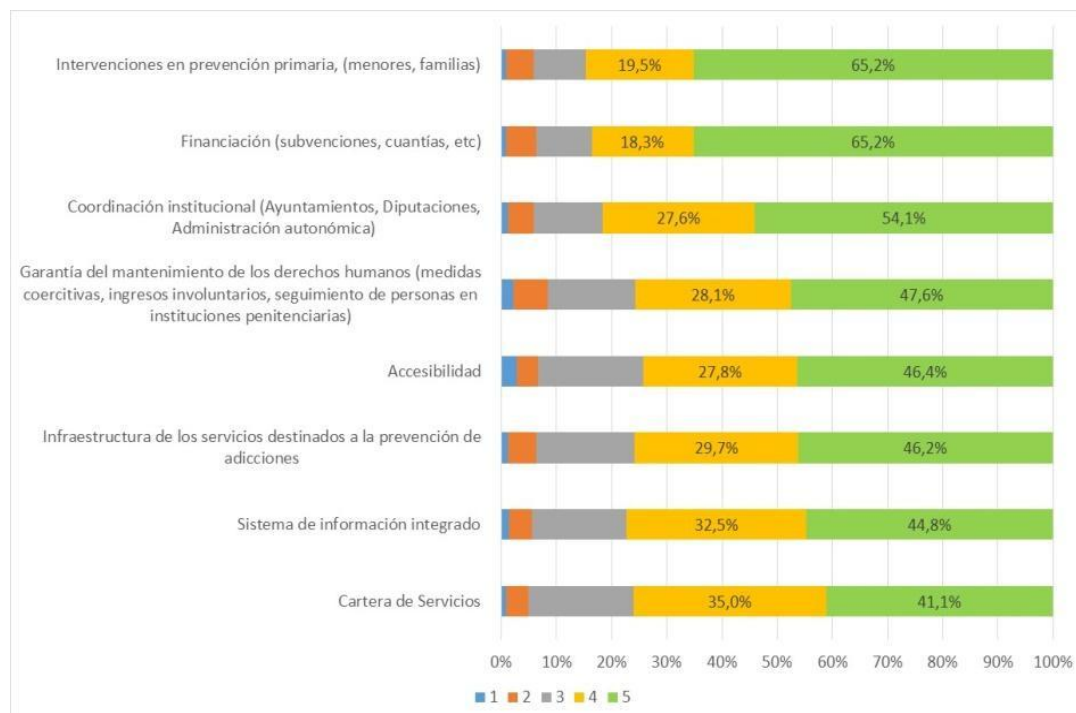
Gráfico 9. Porcentajes de categorías de respuesta con relación a los problemas de adicciones en población joven y adolescente



Continuando con las problemáticas expuestas en los datos epidemiológicos, los y las profesionales han considerado en tercer y cuarto puesto a la **edad de inicio del consumo de sustancias** (69,8%) y el modelo de ocio ligado al alcohol: **bingedrinking y botellón** (65%).

En cuanto a la valoración de problemas en relación a la prevención de adicciones casi todas las cuestiones planteadas son consideradas igual de importantes por los y las profesionales que respondieron al cuestionario, destacando ligeramente la necesidad de realizar **prevención primaria y trabajar con las familias, mejorar la dotación económica y agilizar la gestión de las subvenciones** para poder **trabajar y mejorar la coordinación institucional** entre los distintos actores implicados en este ámbito.

Gráfico 10. Porcentajes de categorías de respuesta en relación a los problemas de prevención de adicciones



El grupo focal que de manera específica abordó esta temática para adicciones, destacó de forma prioritaria el **problema relativo a la estructura de trabajo y organización** de prevención de adicciones como un tema fundamental que implica que existan múltiples actores trabajando, pero sin la organización y la coordinación que se necesitaría.

Como ejemplo para ilustrar esta circunstancia, se mencionó que **no hay una herramienta informática común a toda la red de prevención de adicciones**. En relación con este punto también se hizo notar la **necesidad de una definición formal** de qué se entiende por prevención, que pueda orientar las diferentes intervenciones y programas, y que incluya la **definición de funciones y competencias de los diferentes perfiles profesionales**. Este mayor grado de estructuración y definición se considera necesario para favorecer el registro y la evaluación de las intervenciones que se realizan. En esta misma línea, el grupo de profesionales que abordó específicamente la prevención mencionaba la necesidad de **trabajar con protocolos y guías basados en la evidencia y con perspectiva de género**.

Se señaló como una importante debilidad que afecta a la continuidad de las actuaciones en prevención, **la inestabilidad laboral de los y las profesionales que trabajan en este ámbito**.

Se destacó la necesidad de trabajar en **prevención ambiental** asumiendo también que sería una manera de prevenir problemas de salud mental y de favorecer el bienestar general de la población.

En relación a la coordinación con otras áreas, se subrayó la importancia (y la dificultad) de **trabajar con los centros educativos y con servicios sociales comunitarios**.

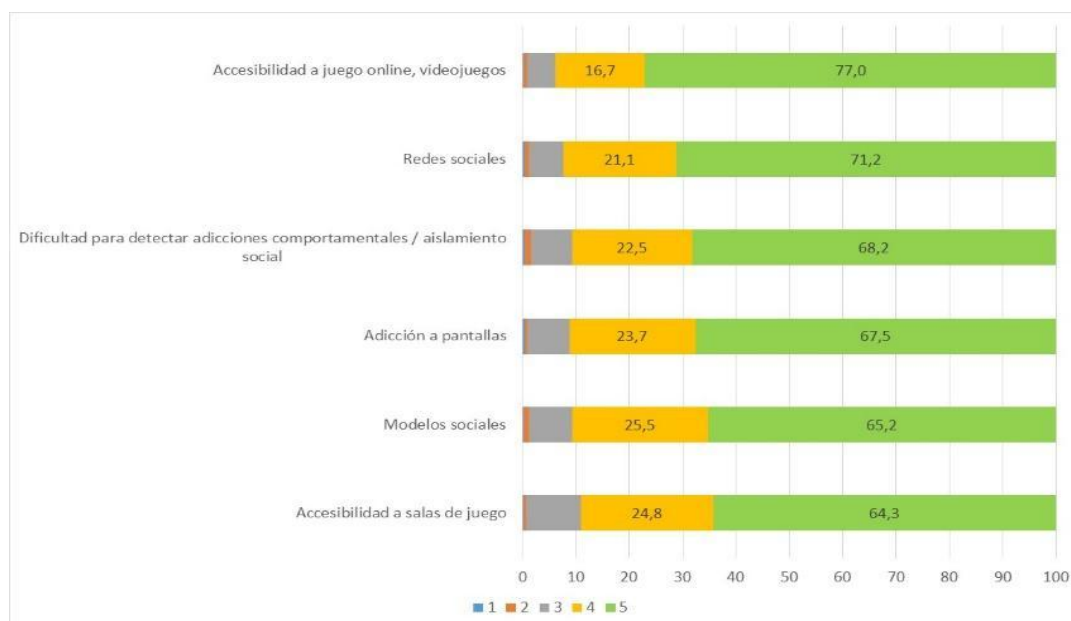
En cuanto a **las temáticas** sobre las que intervenir, se destacó la importancia **de trabajar en la prevención de adicciones comportamentales a edades tempranas** para prevenir el uso abusivo que después podría derivar en adicciones. En esta línea se mencionó la conveniencia de intervenir con las familias desde modelos de parentalidad positiva.

Más de un 90% de los y las profesionales que cumplimentaron el cuestionario en relación a las adicciones

comportamentales otorgaron una puntuación de 4 ó 5 a todos los problemas al respecto, siendo la **“Accesibilidad al juego online”**, el problema que mayor porcentaje (77%) ha puntuado con un 5, seguido de las **“redes sociales”**, que son consideradas como un problema “muy importante”, por un 71%.

Muchas cuestiones fueron expuestas y corroboradas por las aportaciones recogidas en la Jornada Participativa donde se señaló explícitamente que **“existen nuevos perfiles a los que no es posible atender con los recursos antiguos”**.

Gráfico 11. Porcentajes de categorías de respuesta en relación a los problemas de adicciones comportamentales



En el grupo focal también se consideró importante trabajar en el **consumo de ansiolíticos**, que son consumidos mayoritariamente por mujeres sin ser percibido como un problema al no haber conciencia de que es una droga. Se señaló que España es el principal consumidor de ansiolíticos y se expresó la preocupación de que se normalice el consumo en las familias y se transmitiera que el uso de estas sustancias sirve para afrontar situaciones de la vida cotidiana.

Tratamiento

Los datos procedentes del sistema de información de la Red de Adicciones indican que **durante el año 2024 se encontraban en tratamiento un total de 51.889 personas**. De éstas, el 96,8% recibían tratamiento exclusivamente en los Centros de Tratamiento Ambulatorio, mientras que el 3,2% restante lo recibían, además, en otros recursos especializados, principalmente en las Comunidades Terapéuticas.

Atendiendo a la sustancia principal que motiva la demanda del tratamiento, y considerando exclusivamente las adicciones que mayor porcentaje de tratamiento generan, **la cocaína es la sustancia que más personas activas origina (27,1%) seguida de la heroína y/o “rebuja” y el alcohol (25,9% y 23,2% respectivamente)**.

En menor medida, se encuentra la población de personas activas con adicción a cannabis (10,8%) y a juego patológico (4,5%)³⁴.

En el año 2024 se realizaron 18.553 **admisiones a tratamiento, de las cuales un 81% fueron hombres y un 19% mujeres**. Un 2,1% eran de menores de edad. El cannabis es la sustancia por la que más personas menores de edad son admitidas a tratamiento (79,4%), seguida de las adicciones comportamentales (6%).

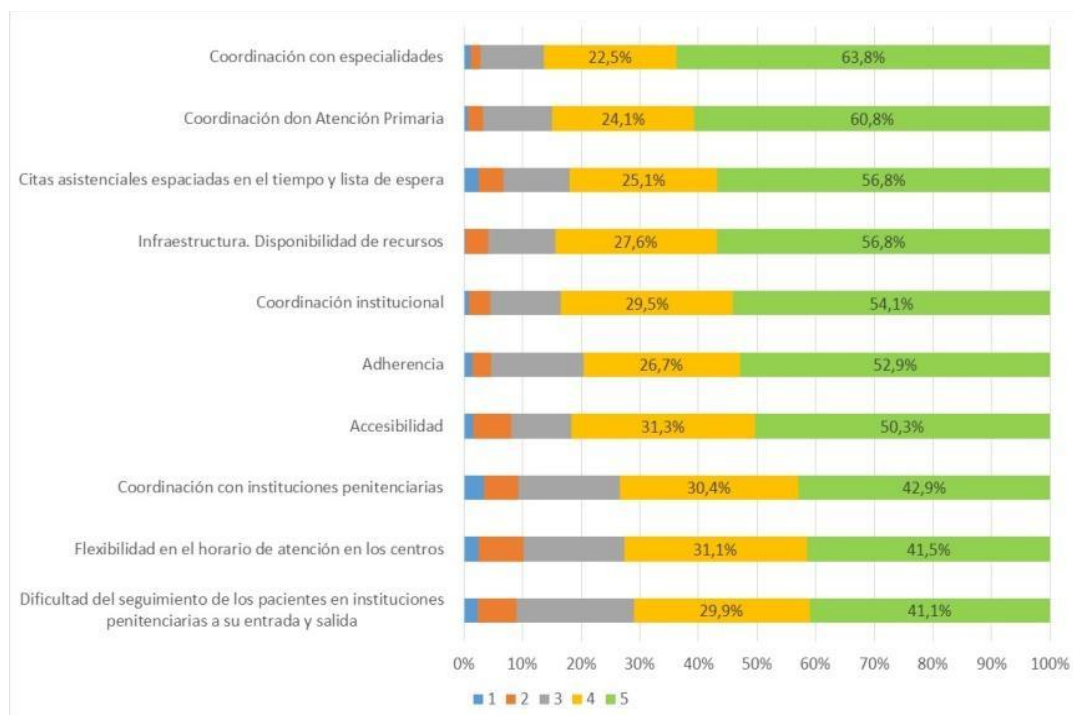
Durante el año 2024, el 43,7% de las personas admitidas a tratamiento nunca habían realizado tratamientos por adicciones previamente.

En cuanto al acceso por tipo de sustancia, la cocaína ocupa el primer lugar con un total de un 33,2% seguida del alcohol (27,4%). Por sexos, el mayor porcentaje de mujeres que acceden a tratamiento, un 34,7%, lo hacen por el consumo de alcohol. Para los hombres, la cocaína obtiene el porcentaje más alto, un 35,2% de los hombres son admitidos por esta sustancia.

Las medias de edad más elevadas las presentan las personas admitidas a tratamiento por alcohol (48 años), heroína y/o “rebujaó” (47,4 años) e hipnóticos y sedantes (45,2 años). Las más bajas por consumo abusivo o dependencia a cannabis y a MDMA (30,2 y 29,3 años respectivamente).

Cuando se recaba la opinión de los y las profesionales sobre el ámbito del tratamiento de las adicciones a través del cuestionario específicamente diseñado para ello, se obtiene la siguiente valoración de problemas donde destaca la necesidad de establecer una **buena coordinación con el sistema de salud**; tanto con especialidades como con Atención Primaria, dificultad que también se detectó en la Jornada Participativa. También se menciona como un problema importante en adicciones el hecho de que **las citas asistenciales están espaciadas en el tiempo y hay lista de espera**, lo que claramente está vinculado con el punto siguiente que **alude a las infraestructuras** y la disponibilidad de recursos. Los demás problemas se centran en cuestiones organizativas, situándose en las últimas posiciones las cuestiones relativas al trabajo en los entornos penitenciarios.

Gráfico 12. Porcentajes de respuesta de los problemas relacionados con el tratamiento de adicciones



Acceso a recursos de tratamiento.

Las personas usuarias de la Red de adicciones que fueron consultadas consideran **necesario la existencia de más profesionales**, de manera que una vez que se ha dado el primer paso, no **pasen meses** hasta que les atienda el o la profesional.

Se menciona que se podría **mejorar la ubicación** de los centros y **el horario** de atención para favorecer que las personas que trabajan puedan ser atendidas en horario de tarde.

También se considera que el **tiempo de espera para las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) es elevado**, así como el de ingreso en una **Comunidad Terapéutica** que suele ser de alrededor de dos meses.

Tipo de tratamiento

Tanto profesionales como personas usuarias, familiares y movimiento asociativo de la Red de adicciones comparten la visión de que la **medicalización es elevada y hay escaso trabajo psicoterapéutico**.

Este mismo grupo menciona la falta coordinación entre el personal de psiquiatría de salud mental y el de psicología de los Centros de Tratamiento Ambulatorios.

Se comenta que el empleo de **benzodiacepinas** como sustituto de otras drogas supone un problema añadido, especialmente en las mujeres. También con perspectiva de género se **menciona la necesidad de que los tratamientos y los recursos disponibles para mujeres sean sensibles a sus necesidades y circunstancias**.

Se destaca la importancia de la **integración social y laboral** como elementos importantes de la recuperación y la derivación y uso de **recursos comunitarios**.

Se señala que en el tiempo de tratamiento “es como si estuvieran en una burbuja”, de manera que sería necesario que se mantuviera el apoyo una vez que salen del centro.

El grupo de personas usuarias, familiares, voluntariado y movimiento asociativo destaca también la importancia de **personalizar los tratamientos y no mezclar perfiles de personas usuarias** en determinados tratamientos ambulatorios. Por eso se estima que es necesario establecer las necesidades de tratamiento de cada persona para poder dar una **respuesta lo más personalizada posible**.

Sobre las **adicciones comportamentales se comenta que no están asimiladas a las adicciones de sustancias**, no se abordan prácticamente en los centros públicos, sino que son tratadas fundamentalmente en centros privados y las personas usuarias y familiares reclaman tratamientos específicos para las adicciones sin sustancia. En esta misma línea, en la Jornada se detectó como una dificultad el abordaje de las nuevas adicciones comportamentales en jóvenes.

El grupo de personas usuarias, familiares, voluntariado y movimiento asociativo considera que **no se tiene en cuenta a la familia lo suficiente en los tratamientos** y que sería necesario ofrecerles formación sobre cómo actuar con una persona adicta y de otros temas de interés.

En la Jornada Participativa se añadió que **todos los recursos deben incluir el abordaje familiar, incluir la perspectiva de género y evitar la medicalización prolongada de menores**.

Continuidad en los tratamientos

El grupo de personas usuarias, familiares, voluntariado y movimiento asociativo comentan que las citas de los CTA están muy espaciadas, de manera que cuando una persona da el primer paso y acude a este servicio, **tardan en atenderle mucho por segunda vez** lo que limita su adherencia. Esta cuestión, también

fue resaltada en la Jornada Participativa.

“Te dicen que esperes y eso desmotiva”. GF Adicciones. Personas usuarias.

En los grupos realizados con profesionales se señala que las **carencias en coordinación y comunicación con el sistema sanitario afectan a la continuidad y seguimiento de los tratamientos, lo que acaba impactando en la adherencia a medio y largo plazo y dificultando el objetivo último** de conseguir la inserción sociolaboral de las personas usuarias de la Red de Adicciones.

Estas limitaciones en coordinación se traducen en que:

- Desde adicciones no se puede compartir la información clínica (ni de Atención Primaria ni de salud mental) de las personas atendidas en la Red de adicciones. Por ello, se incide en que no solo es necesario acceder a la información, también debe haber una sistema único e Historia Única compartida, donde cada profesional pueda anotar lo que realiza con la persona a la que atiende.
- El personal facultativo de adicciones no puede recetar por lo que tiene que hacer un informe para que se prescriba desde Atención Primaria y esta cita puede demorar hasta 15 días, lo que puede generar pérdida de pacientes y duplicidad de tratamientos.
- Los tiempos de espera para ser atendido/as por problemas de salud mental son muy largos (mínimo 6-7 meses) y esto afecta a la continuidad del tratamiento de las personas que desde adicciones se derivan.
- Falta de continuidad en la asistencia, no hay un/a médico/a que atienda a un/a paciente de manera continua, cuando en estos casos es fundamental el seguimiento para tener éxito.
- Muchos/as psiquiatras carecen de formación específica para el tratamiento de personas con problemas de adicciones, además en muchos casos los/as pacientes son tratado/as por médicos/as de medicina general, no por psiquiatras.

Se señala también que, tras la pandemia, algunos de los espacios de coordinación, como las **mesas de trabajo provinciales dejaron de funcionar** y aún no se han retomado, agravando aún más los ya mencionados problemas de coordinación.

Todas las dificultades mencionadas **se agudizan en los casos de colectivos más vulnerables** (personas con enfermedad mental, discapacidad intelectual, personas mayores etc.) para los que existen menos recursos. También en el caso de **las mujeres, que sufren de un mayor estigma y de una evidente falta de recursos específicos, lo que dificulta aún más su tratamiento y posterior inserción social y laboral**. Los largos tiempos de espera para la valoración de la discapacidad (de 1,5 a 2 años) también acaban afectando negativamente al proceso de recuperación de las personas con problemas de adicciones.

Digitalización

Sobre este punto en concreto se preguntó a los y las profesionales a través del cuestionario, y consideraron al igual que los/as profesionales de salud mental que el principal problema es el de la existencia de sistemas de información diferentes entre ambas redes, respaldado por un 70% de respuestas. En esta línea, en la Jornada Participativa se apunta como una de las necesidades primordiales, la interoperabilidad entre sistemas.

Incorporación social y laboral

Desde los grupos focales se subraya la necesidad de incorporar el enfoque psicosocial para lograr la inserción plena.

Las personas usuarias consideran de vital importancia contar con espacios donde ocupar el tiempo o realizar actividades ocupacionales. Se resalta muy positivamente la existencia de los Centros de Día de adicciones, que hubo en mayor número en el pasado, como un recurso muy útil para la recuperación e integración social.

“Cuando un grupo de personas iban al teatro convivían juntos, llevando un grupo empieza a perder el estigma y la vergüenza para conseguir relacionarte si no hubiese sido por esos centros no podría incorporarse en sociedad”.

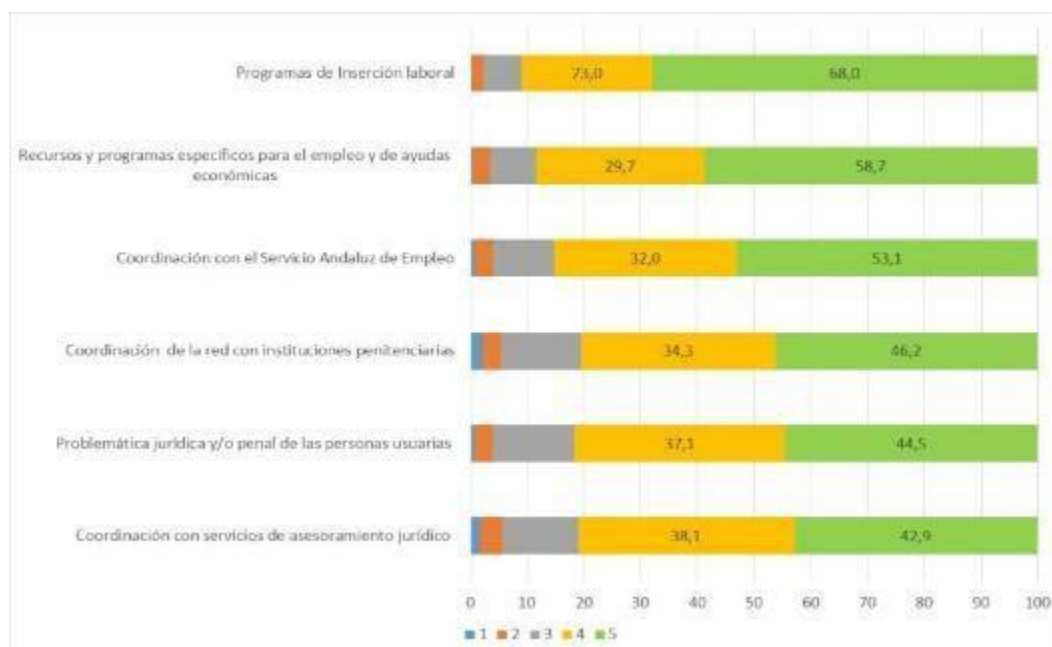
GF Adicciones. Personas usuarias

Se señala también como una debilidad del sistema que acaba impactando en la recuperación de las personas con adicciones, **la falta de formación y de competencias profesionales para abordar el tema de las adicciones por parte de profesionales de otros ámbitos**. En muchos casos existe un gran desconocimiento en los y las profesionales de otros ámbitos (salud, justicia...) sobre los efectos de las drogas.

Se valora positivamente poder ser **derivados desde el Centro Provincial de Drogodependencias (CPD) a recursos comunitarios** como gimnasios públicos.

Los y las profesionales que respondieron al cuestionario consideran la siguiente priorización de los problemas: **necesidad de invertir en programas de inserción laboral (68%)**, **recursos específicos con dotación económica (58,7%)** y **trabajar de manera coordinada con el Servicio Andaluz de Empleo (53,1%)**, quedando en segundo plano las cuestiones relativas al sistema penitenciario.

Gráfico 13. Porcentaje de respuesta en relación a los problemas socio laborales de las personas en tratamiento por adicción.



En los discursos recogidos a través de los grupos focales **la inserción social y laboral se considera clave en todo el proceso de recuperación**.

“La inserción laboral es necesaria ya que la persona se tiene que adaptar a un horario, ir despacio, siendo necesario ese incentivo que te haga creer en uno mismo”

GF Adicciones. Personas usuarias

Se plantea que el trabajo dignifica a la persona y le facilita un rol en la sociedad. Muchas personas usuarias comentan que si no se tiene trabajo es más fácil volver a recaer por lo que concluyen afirmando que el **trabajo es fundamental, se necesitan terapias ocupacionales remuneradas**, aunque se advierte de que el hecho de disponer de mucho dinero puede dificultar la recuperación y favorecer la recaída.

Se destaca la importancia de los programas de apoyo al empleo como el programa Arquímedes, una vez superado un cierto nivel de recuperación que ayuda a las personas a recuperarse.

En la Jornada Participativa se coincidió al señalar la importancia de los programas de inserción sociolaboral especialmente para las personas con problemas de salud mental y personas más vulnerables.

Actuaciones en instituciones penitenciarias

Se considera este espacio de **especial complejidad** al existir cierta intersección entre situaciones de problemas sociales, judiciales, de salud mental y de consumo de sustancias.

“En ocasiones se utiliza el sistema judicial para resolver un problema social como es la adicción, lo que provoca el efecto “bola de nieve”, casos de adicción que se judicializan por delitos de violencia familiar, resistencia a la autoridad, robos, etc. lo que conlleva el internamiento en prisión o psiquiátrico penitenciario.”

GF Adicciones. Tratamiento.

Por esta misma complejidad, **la coordinación entre salud y adicciones necesitaría ser mejorada**. En muchos casos no hay referente de adicciones en las prisiones. **Los casos de adicciones suelen ser tratados por un/a médico/a de medicina general, no los atienden psiquiatras** y por otro lado, se percibe **exceso de medicalización**.

En ocasiones, las personas que están en instituciones penitenciarias **carecen de tarjeta sanitaria** que les permita tener acceso a la sanidad pública de manera normalizada; esto dificulta el tratamiento adecuado y la continuidad en el mismo.

El tratamiento fuera de la prisión también se ve dificultado porque cuando salen de prisión suele **haber reticencias a ingresar en una comunidad terapéutica porque implica de nuevo pérdida de libertad** y si ingresan la estancia es insuficiente en la mayoría de los casos para conseguir una inserción efectiva.

A esta situación habría que añadir que, en opinión de quienes participaron en los diversos grupos, la Red de Adicciones está aún más descoordinada con las instituciones penitenciarias desde la pandemia.

Estigma vinculado a la adicción

El estigma social vinculado a la adicción está presente en todos los discursos recogidos y existe mucha conciencia del impacto de éste en los procesos de acceso a tratamientos y recuperación. Se hace mención especial **que en el caso de las mujeres el estigma es aún mayor** porque la situación de consumo no está “permitida” en los roles tradicionalmente asignados a la mujer y es fuertemente sancionada. Esta situación favorece el sentimiento de culpa, y el hecho de que **tengan que afrontar el tratamiento con**

menos apoyo social y mucha presión porque se espera que no fracasen en el tratamiento. Este estigma supone una barrera en el acceso de las mujeres a **los recursos** de adicciones y opten por acudir a Atención Primaria para pedir ayuda por sus problemas de adicción. Por todo ello se plantea **la necesidad de establecer campañas dirigidas a mujeres**, ya que el estigma social representa una dificultad añadida.

Otra cuestión que se plantea es la diferencia en la **estigmatización en función del tipo de sustancia**. Por ejemplo, la adicción al alcohol está menos estigmatizada que a la cocaína y la más estigmatizada sería la adicción a la heroína.

También se plantea como un gran detractor el **estigma de los propios profesionales sanitarios**, por ello, falta formación para profesionales que trabajan en centros sanitarios, tanto de especialidades como de Atención Primaria.

Quienes participaron en el grupo de personas usuarias, familiares, voluntariado y movimiento asociativo consideran que el estigma de ser “drogadicto” **dificulta en gran medida la integración social y laboral** afectando especialmente a personas más cercanas y familiares y limitando también **la integración social y laboral** de las personas con problemas de adicciones.

“Los trabajos de baja cualificación los puede hacer cualquiera y si tienes que escoger entre un adicto y otra persona, ¿a quién van a escoger?” .GF Adicciones. Personas usuarias”

Por todo esto, se considera que faltan campañas de sensibilización social contra el estigma y formación específica dirigida a profesionales.

Formación e investigación.

Desde Adicciones se señala la necesidad de formación y actualización constante **para poder dar respuesta a los nuevos escenarios en este ámbito**, especialmente a **las adicciones comportamentales**, y la conveniencia de que esta formación fuese en algunos casos compartida con salud mental y con otras administraciones. Se considera también que sería **necesaria mayor financiación** para formación. Esta opinión coincide totalmente con lo expresado a través del cuestionario a profesionales donde más de un 60% de profesionales de adicciones valoraron con un 5 todos los enunciados relacionados con la formación, destacando el 77.3% alcanzado para la *“formación conjunta entre profesionales de salud mental y adicciones”*, y el 72,9% que apostó por un 5 atendiendo al problema de la *“financiación”*.

En relación a la **investigación**, desde la Red de Adicciones se señala la dificultad para investigar por la falta de tiempo y recursos. Estos datos son coincidentes con la información recogida en el cuestionario dirigido a profesionales donde la *“financiación”*, se presenta como el problema al que un mayor porcentaje le otorga la puntuación máxima, con un 69.8% de respaldo, seguido de la *“práctica clínica basada en la evidencia”* con un 59.2% y la *“falta de tiempo”* con un 58.2%.

El grupo focal de patología dual, cuando abordó la temática de la formación, señaló el importante **desconocimiento mutuo** entre las redes de adicciones y salud mental en aspectos como servicios, centros, recursos o formas de trabajo y se identificaron las siguientes necesidades:

- Necesidad de **formación cruzada** de una red hacia la otra y viceversa y también formación conjunta.
- Necesidad de acordar y ofrecer formación sobre protocolos **de actuación** en ambas redes.
- Necesidad de plantear **formación para las familias** sobre el manejo del problema de sus familiares con problemas de adicciones.

Confluencia Salud Mental y Adicciones

La percepción de que es necesaria una mayor y mejor coordinación entre salud mental y adicciones es compartida por ambos ámbitos y desde las distintas perspectivas consultadas. Esta percepción fue totalmente corroborada en la Jornada Participativa coincidiendo con el análisis expuesto y resaltando además la necesidad de avanzar hacia una Historia Única Social y Sanitaria que contemple todas las áreas de atención contribuyendo así al **desarrollo de una necesaria visión holística**.

Desde la **Red de Adicciones se identifica esta situación como problemática en tanto que conlleva falta de continuidad en los tratamientos y afecta al seguimiento**. Se señala también **como una dificultad importante la falta de acceso a información clínica de las personas a las que atienden**.

Estas dificultades se traducen en:

- Los **tiempos de espera** de las personas usuarias de la red de adicciones, para ser atendidas por profesionales de salud mental, son muy largos (mínimo de 6 ó 7 meses).
- **Falta de continuidad en la asistencia en la red de salud mental**. No existe un/a profesional sanitario, en Salud Mental, que atienda a una persona de manera continuada, cuando en los temas de adicciones esta continuidad es fundamental para tener éxito terapéutico.
- **Falta de formación específica en adicciones** por parte de profesionales de otros ámbitos.
- Dificultad de **participación en un recurso de salud mental**, a veces las personas con problemas de salud mental y adicciones, niegan (u ocultan) la adicción para poder estar en los recursos de SM

Que entre los servicios de salud mental y adicciones no exista esa integración demandada por los y las profesionales, es una limitación detectada como muy importante de cara a la atención que se presta a las **personas con patología dual**. Se menciona que no existen espacios protocolizados para pacientes con consumo de tóxicos, que son muy numerosos especialmente en aquellos casos de primeros episodios psicóticos para los que se consideran necesarios abordajes específicos.

El grupo focal que trató específicamente la casuística de patología dual, señaló que, **el modelo de atención “en paralelo” o “secuencial”, basado en el “Protocolo de Actuación Conjunta” (2012), no funciona** porque:

- No existe tratamiento integral.
- No resuelve bien la coordinación entre ambas redes (salud mental y adicciones).
- No favorece una oferta terapéutica cohesionada e integrada.
- No se consigue una coordinación reglada entre ambas redes. Como no se consigue participar conjuntamente en comisiones (TMG), el instrumento más eficaz de coordinación para buscar encuentros de solución para los/as pacientes más graves con frecuencia es el teléfono.
- Cuando hay empeoramiento notorio de los/as pacientes en uno de los ámbitos (salud mental o adicciones) automáticamente se deriva a una de las redes y, hasta que no se estabiliza, se interrumpe la atención pautada en otra red.

Se considera que las **soluciones parciales no resuelven** el problema real, ya que se mantendría ese

modelo que ha demostrado no ser efectivo y que es necesaria una **línea de integración de las dos redes**, apostando por una integración funcional y estructural, programada y definitiva. Habría que aprovechar la formación de MIR, EIR y PIR para dicha integración o las experiencias de equipos sanitarios y de adicciones que comparten centro con buena coordinación. Se señala que existen experiencias de modelos “integrados” en otros países que se podrían importar.

En definitiva, los principales problemas en la atención a la patología dual en Andalucía tienen que ver con:

- La **carencia de una respuesta integral en una red de servicios integrada**, con profesionales con formación, funciones, espacios y sistemas de información comunes y que trabaje desde la promoción a la reducción de daños.
- La falta de **una autoridad común** que impulse las medidas de coordinación previas establecidas en la espera de esa integración.
- La falta de recursos específicos o de refuerzo en la atención comunitaria para atender **casos de mayor complejidad**.
- La necesidad de **trabajar con las familias y las personas afectadas** para participar en su propio proceso, fomentando el movimiento asociativo, la reivindicación, la lucha contra el especial estigma de estas personas y el apoyo mutuo.
- La necesidad de profundizar en el **análisis, las diferencias en la epidemiología**, demandas y respuestas que reciben **mujeres y hombres con patología dual**.

En el caso de atención a la **salud mental Infanto-Adolescente** se señala que, aun habiendo espacios de trabajo común (adicción a videojuegos, compras compulsivas, consumo de alcohol, autolesiones, etc.), **la coordinación de ambas redes no está estructurada**. Desde salud mental se deriva algún caso a los Centros de Tratamiento Ambulatorios (CTA) de Adicciones, a pesar de que éstos se centran mayoritariamente en población adulta, y también a “Proyecto Hombre” donde hay programas para abordar la violencia en la familia y proyectos de tipo intergeneracional.

Desde la perspectiva de la **Prevención en Adicciones** se señala que con salud mental **comparten “el mismo objeto de intervención”** y que en ambos ámbitos los factores de riesgo son similares entendiendo que, por ejemplo, la prevención universal que se dirige a los y las jóvenes en materia de suicidio no difiere de la que lleva a cabo desde adicciones.

Desde el lado de las **personas usuarias, familiares y movimiento asociativo** se corrobora esta visión expuesta por los y las profesionales señalando que:

- Existen muchas dificultades de coordinación con salud mental, ya que, a las personas, se les trata de manera parcelada, **atendiéndose por un lado el problema de adicciones y por otro el de salud mental y no de manera conjunta**.
- Las personas, cuando toman conciencia de tener un **problema adicional de salud mental, no obtienen respuesta de tratamiento**, incluso pese a haber estado ingresadas de manera aguda, no han recibido un diagnóstico ni seguimiento de su tratamiento.
- Se comenta la **dificultad para derivar a una persona desde la Red de Adicciones a salud mental ya que actualmente lo haría el/la profesional desde Atención Primaria, retrasando mucho el tratamiento**. También se podría mejorar esta dificultad con la existencia en los CPD de profesionales de psiquiatría que lleven a las personas en conjunto.

Los resultados obtenidos en la consulta mediante el cuestionario aportaron resultados en la misma dirección, las respuestas de profesionales siguen el mismo esquema de prioridad en ambas redes, destacando “comunicación entre profesionales”, seguido del “intercambio de información”. Sólo aparece una pequeña diferencia alternándose los dos temas menos considerados “sistemas de información” y “derivación de usuario/as”

Igualmente se acercan las posturas y coinciden con los resultados de los grupos focales en la consulta de confluencia acerca del diagnóstico y tratamiento conjunto otorgando el porcentaje más alto a la “Atención integrada (patología dual)”, con un 60,5% en profesionales de salud mental y un 80,5% en los de adicciones; en segundo lugar, en ambos colectivos aparece el “seguimiento de usuario/as conjunto”.

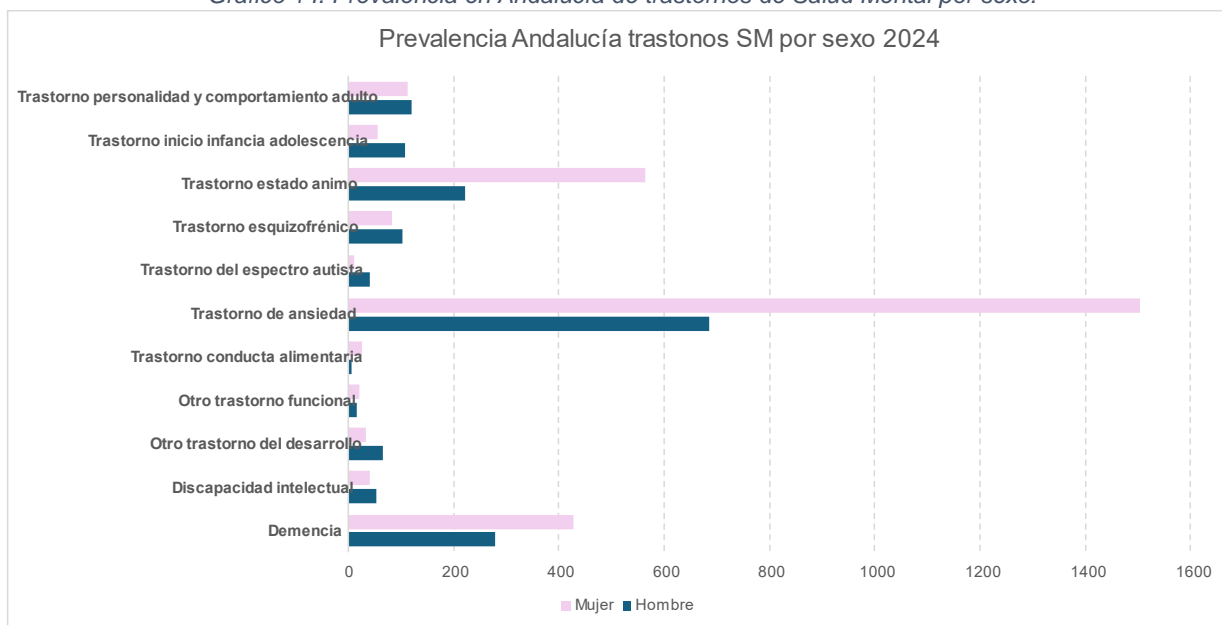
Perspectiva de género en las Redes de Salud Mental y Adicciones

Diagnóstico y tratamiento

En todos los grupos realizados existe consenso al señalar que, tanto en el ámbito de salud mental como en el ámbito de adicciones, **existen diferencias entre hombres y mujeres en lo que a diagnósticos, tratamientos y acceso a los recursos se refiere y que es necesario tenerlas en consideración para orientar y mejorar la atención.**

Los trastornos relacionados con la salud mental que tienen más prevalencia son los del estado de ánimo y los de ansiedad, cursando más en las mujeres (563,87 frente a 220,92 y 1.513,07 frente a 736,37 respectivamente).

Gráfico 14. Prevalencia en Andalucía de trastornos de Salud Mental por sexo.



Finalmente, como se observa a continuación, **también se detectan un mayor número de citas en las mujeres a partir de los 35 años³⁵.**

Gráfico 15. Citas por tramos de edad y sexo.



Desde ambos ámbitos se destaca **la prescripción y el consumo de psicofármacos a las mujeres** como una cuestión claramente mediatizada por el género y con importante impacto en sendas áreas.

“En AP debería haber más especialistas en psicología y salud mental que fuera capaz de atender la demanda de las mujeres” GF Adicciones. Prevención.

Y los datos corroboran esta percepción, como se expresó anteriormente el **mayor porcentaje de prescripciones en ansiolíticos y antidepresivos lo presentan las mujeres** (63,7% frente a 36,3% y 72,7% frente a 27,3% respectivamente).

También desde salud mental y adicciones se señala la importancia que **la violencia de género** tiene como variable explicativa y mediadora de muchas de las usuarias de ambas redes, además de la necesidad de contemplar esta circunstancia en la atención ofertada.

Según la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer³⁶ publicada en 2019, 1 de cada 2 mujeres (57,3%) residentes en España de 16 o más años han sufrido violencia a lo largo de sus vidas por ser mujeres. Este estudio revela que el 70% de las mujeres que han sufrido Violencia física, sexual, emocional o ha pasado miedo (VFSEM) de alguna pareja afirman que los episodios de violencia les han producido alguna consecuencia psicológica. Un 37,5% menciona haber sufrido ansiedad y el 33,9% depresión. Entre las que han sufrido violencia física o sexual, el 47,3% han sufrido ansiedad y el 45,4% depresión.

Además, se estima que un 80 % de las mujeres con TMG³⁷²⁸ que han tenido pareja en algún momento de su vida, han sufrido violencia de género. Esta problemática no está suficientemente presente en los servicios de salud, particularmente de Salud Mental, ni en las asociaciones que trabajan con personas con enfermedad mental. Por lo tanto, hay una baja tasa de detección de violencia de género en servicios de

salud mental. Son muchas las variables que intervienen en esta situación; miedo a que se descompense al tratar el tema, falta de formación, falta de tiempo, entre otros).

Varias de las personas participantes en los grupos focales identifican **una falta de acceso de mujeres víctimas de violencia de género y problemas de salud mental a los dispositivos de violencia de género**, como pisos de emergencias. Se observa que las viviendas de emergencia no admiten a mujeres con problemas de salud mental y/o adicciones mientras en el ámbito de los servicios de salud mental, hay una escasez de plazas disponibles, por lo que se quedan “en el limbo”.

En relación a las diferencias en el uso de recursos por parte de hombres y mujeres, se señaló que:

- El acceso a recursos de FAISEM es mayoritariamente de hombres siendo necesario analizar con más profundidad, y con enfoque de género, el por qué.
- Los hombres son también los principales usuarios de los servicios de la red de adicciones.

En cuanto a los perfiles y caracterización de las personas atendidas, se observan importantes diferencias entre los perfiles de hombres (perfil mayoritario) y mujeres. Por ejemplo, es más habitual para los hombres convivir en familia (propia o de origen) mientras que la ruptura con la familia de origen o el modelo monoparental es más frecuente en mujeres. En el aspecto laboral, las mujeres presentan situaciones laborales más precarias que los hombres, pese a disponer de mayor nivel de formación. También cabe mencionar que las mujeres presentan menos problemas judiciales o de ingreso en prisión que los hombres. En cuanto a las tasas de éxito y adherencia terapéutica en mujeres, son similares a las de los hombres, aunque se produce un mayor porcentaje de abandonos³⁸.

En esta misma línea, desde los distintos grupos focales realizados en materia de **Adicciones** se alude a la **dificultad para las mujeres de acudir a sus recursos, así como a la dificultad de los propios recursos a dar una respuesta diferenciada desde esta perspectiva**.

Desde la perspectiva de **Prevención en Adicciones** también se señala la **necesidad de trabajar con perspectiva de género** para poder dar respuesta a las distintas pautas de adicción observadas entre chicos y chicas, hombres y mujeres; tanto en adicciones con sustancia como en adicciones comportamentales enfatizando la importancia de conocer los entornos y las circunstancias de ambos sexos mediante investigaciones que complementen la información que ofrecen los datos epidemiológicos.

Se señala también como una importante variable mediadora en las adicciones en mujeres el fenómeno de la **violencia de género** en tanto que de la totalidad de las mujeres atendidas a nivel nacional en 2019 como víctimas de violencia de género, el 56% había sufrido maltrato en la pareja y un 32% violencia sexual. Además, en cuanto a su adicción, destacan por un consumo más tardío que los hombres: casi el 40% lleva más de 10 años consumiendo, siendo en su mayoría policonsumidoras, principalmente de cocaína y alcohol, aunque también predomina la adicción a los ansiolíticos/ somníferos, con o sin prescripción médica³⁹.

Igualmente, los datos de la última Macroencuesta de violencia contra la mujer señalan que las mujeres víctimas de violencia de género para afrontar los episodios de violencia a los que son sometidas, han consumido fundamentalmente hipnosedantes y alcohol⁴⁰.

Por **grupos de edad**, se alerta de la necesidad de aplicar **el enfoque de género en prevención de adicciones** y también en el tratamiento de jóvenes apuntando tendencias que se ven confirmadas por los datos de estudios poblacionales como los mayores consumos de alcohol en chicas que en chicos y en relación a las adicciones comportamentales, las chicas presentan más problemas con las redes sociales y

los chicos con los videojuegos.

Existe un amplio consenso entre los y las profesionales consultados al señalar la **necesidad de recibir formación en perspectiva de género que les permita mejorar su práctica profesional y que esto vaya acompañado de un rediseño de los servicios y programas.**

Otra importante diferencia de género que se señaló fue la relativa a la **conducta suicida** donde el riesgo de conducta suicida en mujeres es mayor que en hombres y también en chicas adolescentes que en chicos.

Por todo esto, desde salud mental se manifiesta que faltan **programas** específicos y efectivos para las mujeres y se estima necesario un abordaje diferenciado para la mujer que contemple el género como una variable mediadora. Se **enfatisa también la necesidad de trabajar en promoción y prevención** porque mejoraría mucho la atención a los problemas de salud mental de las mujeres. Se considera que los programas que incluyen estrategias grupales como los Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE), y grupos de afrontamiento a la ansiedad (GRAFA) están infrautilizados y cuando éstas llegan a los recursos de tercer nivel ya tienen un deterioro importante.

En la Jornada Participativa se señaló que el enfoque de género recogido para el análisis preliminar era aún limitado haciendo necesario un análisis más amplio y profundo desde esta perspectiva.

Igualmente, se apuntó la importancia de contemplar los **casos de trata y violencia sexual** como formas específicas de violencia contra las mujeres y manejar un concepto de violencia más amplio.

Estigma en la patología dual

Se necesitaría **desestigmatizar el acceso a los hombres y de las mujeres a la atención a la salud mental.** El sistema tiene una discriminación positiva, una **sobreprotección** a la mujer, pero también conlleva una estigmatización de la demanda de las mujeres. Es necesario un abordaje diferenciado de la salud mental de las mujeres.

Desde los servicios de atención **infanto-juvenil** se constata también que la expresión del malestar en niños y niñas es diferente. La exteriorización o expresión de este malestar suele ser más disruptiva en niños y por eso es más fácilmente identificable lo que se traduce en que las niñas demandan menos atención especializada. Y en el caso de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), la mayoría son chicas siendo menos común y más difícil de detectar en chicos.

Si se observa la demanda de tratamiento en la Red de Adicciones, las mujeres suponen un porcentaje muy reducido (18,7%), frente a los hombres posiblemente mediatizado por el estigma social asociado al consumo, sobre todo cuando contraviene los mandatos de género o además se añade un problema de salud mental. Esto puede motivar que su demanda de atención se dirija a redes no especializadas y menos estigmatizadas como los servicios de salud.

Se señala que las mujeres se encuentran con importantes barreras para acceder al tratamiento derivadas de su mayoría del estigma vinculado a ser una mujer con adicción y aún más si presenta además un problema de salud mental, lo que motiva que cuando llegan a un centro, su estado es mucho peor que el de los hombres. Además, en general las condiciones sociales de partida de las mujeres son más desfavorables (mayor carga y responsabilidad, habitualmente sin empleo, no pueden asistir regularmente a realizar su tratamiento y no pueden acceder a la formación para el empleo) y el estigma social que supone acudir a un centro de adicciones también es mayor para las mujeres.

Apenas existen recursos específicos para mujeres y los recursos mixtos están orientados a los hombres.

La información obtenida a través del cuestionario realizado a profesionales viene a corroborar que tanto desde salud mental como desde adicciones se percibe como el principal problema derivado del género la *“dificultad en mujeres con menores a cargo para el tratamiento residencial”*, la *“violencia de género”*, ocupa el segundo puesto en las opiniones de salud mental y el tercero entre los/as profesionales de adicciones, ya que este colectivo ha priorizado la *“estigmatización en mujeres con problemas de adicciones”*.

En definitiva, se señala que el estigma, se multiplica en el caso de la patología dual, la discriminación es múltiple y amplificada. En la Jornada Participativa el estigma que sufren las personas con problemas de Salud Mental y/o Adicciones fue también identificado como un problema a resolver.

Diversidad sexual y de género.

En el ámbito de la salud mental infanto-juvenil, los y las profesionales consultados también mencionaron que, las cuestiones relativas a la **identidad sexual** son importantes para este grupo de población y que sería necesario reflexionar sobre esta circunstancia y avanzar en formas de atención.

El estudio Transaludes⁴¹, realizado a nivel nacional, señala la existencia de problemas de salud mental (como depresión y ansiedad) debido a la discriminación estructural que sufre este colectivo, y que afecta incluso al acceso al sistema sanitario, siendo especialmente preocupantes los datos sobre ideación e intentos autolíticos en población tan joven.

En relación al consumo de sustancias, este mismo estudio señala que la heroína fue la droga con mayor prevalencia de consumo problemático entre sus consumidores, aunque fue la menos consumida. Por el contrario, el popper fue la sustancia con menor prevalencia de consumo problemático entre quienes la utilizaron. Aproximadamente una de cada cinco personas refirió haber consumido alguna sustancia en un contexto sexual, pero menos del 4% refirió haber participado en sesiones de chemsex. El consumo inyectado de sustancias fue anecdótico. Estos datos pueden ser útiles para diseñar programas de reducción de riesgos adaptados a las necesidades de la población trans.



Diagnóstico participativo: problemas, necesidades y retos

Agradecer, antes de nada, la participación definitoria del Tercer Sector (personas usuarias, familiares, asociaciones, personas expertas y profesionales de otros ámbitos...) por hacer posible y real este diagnóstico de base.

En este apartado se resumen los principales hallazgos de la fase del diagnóstico de situación elaborado a partir de fuentes de datos secundarias (encuestas, y datos de los sistemas de información de ambas redes) y primarias tales como grupos focales y un cuestionario on line a profesionales diseñados específicamente para esta finalidad. También se incluye el análisis de situación realizado en las jornadas participativas, un análisis DAFO y los resultados de la identificación de problemas necesidades y retos.

En la información recabada sobre salud mental en Andalucía se identifica la dificultad de atender a la creciente demanda de servicios como uno de los principales problemas. Los datos poblacionales de la ESSA según los cuales un 20% de las mujeres y un 10% de los hombres consideran su salud mental mala o regular y un 41% de la población dice haber experimentado un sentimiento de depresión en la última semana, parecen justificar este aumento de demanda en tanto que las personas acudirán a los servicios de salud buscando ayuda. Por tanto, es de prever que, en gran medida esta búsqueda de ayuda se inicie en Atención Primaria y es por ello que la **coordinación con Atención Primaria y el sistema de derivaciones** sea uno de los principales problemas identificados por los y las profesionales junto **con la necesidad de reforzar el enfoque y la intervención comunitaria.**

Del discurso de las personas consultadas se desprende que la creciente demanda está tensionando el sistema y saturando la capacidad que tiene para atender en los niveles dedicados a casos más

complejos. Y precisamente **la atención a casos complejos se revela como el principal problema** identificado por los y las profesionales que respondieron al cuestionario, mostrando una especial preocupación por las **pocas opciones de recursos residenciales disponibles**.

Así pues, desde la perspectiva de la **intervención y el tratamiento**, la red de **salud mental** identifica sus principales problemas y dificultades en torno a la **carencia de recursos (destacando la insuficiente dotación de personal por debajo de las ratios europeas)** en los distintos niveles de atención para dar respuesta a la **creciente demanda** y en **las dificultades de organización dentro de la propia Red de Salud Mental**. En este sentido, y como ya se ha comentado, destaca de manera especial la derivación entre niveles y las cuestiones ya mencionadas relativas a la atención y cobertura que se ofrece a las personas con TMG y Patología Dual. En esta línea se detecta la necesidad de una mayor dotación en la mayoría de perfiles profesionales (trabajo social, psicologías clínicas y psiquiatras especializados en población infanto-adolescente, educación social, enfermerías especialistas en SM y terapeutas ocupacionales).

Se destaca la importancia de **apostar por el modelo comunitario** de intervención y tratamiento que contempla la salud mental de una manera holística e integrada en el medio en el que habitan las personas.

Igualmente es importante que se considere **reducir la demora en las citas** y poder dar continuidad a los tratamientos, tanto en tiempo como en forma, facilitando que cada persona tenga continuidad en la atención con los mismos profesionales de referencia, de acuerdo con la evidencia disponible.

En relación a los **tratamientos**, desde distintas perspectivas se señala la necesidad de facilitar el acceso a **psicoterapia reglada basada en la evidencia** y reducir así las opciones farmacológicas. También se considera necesario aplicar mejoras desde la **perspectiva de la humanización en las unidades de hospitalización**, así como **mejorar los sistemas de información** de manera que se pueda favorecer al acceso a la información clínica, y compartirla con la Red de Adicciones y otras instituciones pertinentes. El análisis de los datos a nivel epidemiológico resulta imprescindible para la evaluación de las intervenciones de este Plan.

Otro elemento necesario para mejorar la atención sería facilitar una **cartera de servicios homogénea e igual de accesible para toda Andalucía**.

La perspectiva y análisis desde el ámbito de la **salud mental Infanto-Juvenil** no difiere en gran medida de la descrita para población adulta, aunque por su ámbito de actuación tiene requerimientos específicos tales como **la necesidad más notoria de trabajar con familiares, la de coordinación con el entorno educativo y la de disponer de espacios propios**, por citar algunos ejemplos.

Existe un amplio consenso en mencionar **la insuficiente y limitada coordinación existente entre ambas redes y el impacto negativo que esto tiene para el trabajo diario de los y las profesionales y sobre todo para las personas a las que atienden**.

En ambas redes existe la conciencia de compartir amplios espacios de actuación, más allá de la atención a personas con patología dual, que van **desde la prevención hasta las intervenciones y seguimiento**. Comparten la **importancia que se le concede al entorno social en su modelo de intervención y recuperación**. Por este motivo, también existe coincidencia en señalar la necesidad de mejorar la **coordinación con otros ámbitos y administraciones** tales como Servicios Sociales Comunitarios, Administración de Justicia, Empleo, etc.

A pesar de tener conciencia de la influencia de **los determinantes sociales en la salud** y de cómo variables tales como el nivel de renta, de estudios, etc. se relacionan con la aparición de problemas

de salud mental y/o de adicción, prima más el enfoque de **considerar estos factores en la intervención y no tanto en la prevención ocupando esta área un papel secundario en ambas redes**, especialmente en salud mental donde no está concebida como un área en sí misma. En adicciones, donde sí hay una línea de trabajo específica en prevención, se considera fundamental reforzar los recursos con los que cuentan y su estructura organizativa considerando que muchas de sus intervenciones (por ejemplo, las de carácter ambiental y universal) podrían tener también un impacto positivo en la salud mental de la población joven. Señalar en este sentido, al margen de la prevención, las adicciones están vinculadas al mal pronóstico en la evolución de la patología psicótica, ya que no solo facilita el primer brote, sino que también incrementa significativamente las posibilidades de recaídas, cronificación y hospitalizaciones frecuentes.

Precisamente el grupo de población joven es de especial relevancia en la red de adicciones, en tanto que los datos indican que las personas con edades comprendidas entre **21-24 años** pueden ser consideradas **de especial riesgo** para el consumo de sustancias y sus consecuencias negativas asociadas. También resultan preocupantes los datos relativos al uso de redes sociales, y de videojuegos y juegos online. En este sentido, mencionar que las **adicciones comportamentales** fueron identificadas como uno de los principales problemas por los y las profesionales de este ámbito.

No obstante, desde el área de tratamiento **en adicciones** se observa que las **demandas por tratamiento** en este momento, son mayoritariamente por consumo de sustancias siendo **las más numerosas por alcohol y por cocaína** y presentándose en aumento las motivadas por consumo de cannabis. Otro dato importante es que **4 de cada 5 personas que demandan tratamiento son hombres** corroborando así los discursos de los y las profesionales que señalan las dificultades de acceso que presentan las mujeres a tratamiento.

Desde este ámbito se considera como una importante debilidad la **falta de coordinación con salud mental** (desde las dificultades de **acceso a la información clínica** de las personas a las que atienden hasta la demora en las citas para que éstas sean vistas en los servicios de salud mental).

Desde la perspectiva de las personas usuarias de la Red de Adicciones los principales problemas están relacionados con la **demora existente entre la primera vez que acuden a Centro Tratamiento Ambulatorio y la segunda cita**, así como **dificultades de acceso a las Comunidades Terapéuticas** y subrayan la necesidad de **cuidar más todo el proceso de inserción social y laboral**, así como disponer de una **atención integral** a todo su proceso.

Un importante punto de coincidencia entre salud mental y adicciones se establece en torno a la **necesidad de incluir la perspectiva de género en las actuaciones** e intervenciones que se realicen. Los y las profesionales de ambas redes identifican cómo el género mediatiza las experiencias de adicciones y salud mental en lo que a diagnósticos, tratamientos y consumo de recursos se refiere y se reclama formación en esta materia, así como herramientas para poder ofrecer respuestas efectivas y adaptadas a cada persona. La mayor prescripción de psicofármacos a mujeres y las barreras que éstas tienen para acceder a los servicios de la Red de Adicciones se ponen en varias ocasiones como ejemplos claros de estas diferencias de género. De igual modo, los y las profesionales de ambas redes consideran problemas importantes las **dificultades que las mujeres con menores a su cargo tienen para acceder a recursos residenciales**, así como el impacto de la **violencia de género** en sus vidas y como ésta se relaciona con los problemas de salud mental y/o adicciones que tienen.

Igualmente, la existencia de **estigma** vinculado al hecho de tener un problema de salud mental y/o una adicción se mencionó en la mayoría de los grupos focales como un elemento que dificulta el

tratamiento y la recuperación y sobre el que es preciso intervenir.

El análisis que ambas redes hacen en relación a la **actividad investigadora** es similar en tanto que se identifican **barreras parecidas** para realizar investigación tales como la falta de tiempo, vinculada a la falta de recursos humanos, financiación y apoyo específico a quienes quieren realizarla y posibilidades más reducidas de obtener financiación para los proyectos con un componente más social y menos biomédico.

En relación a la **formación**, profesionales de ambas redes señalan como una debilidad el desconocimiento por parte de cada una de las redes del trabajo y funcionamiento de la otra, por lo que se reclaman **espacios de formación conjunta** destinados a paliar este déficit, así como formación específica para cada ámbito. En el ámbito de adicciones se enfatiza la formación en adicciones sin sustancia y en el ámbito de salud mental se considera necesaria formación en prácticas clínicas, competencias profesionales y habilidades de intervención, de carácter multidisciplinar, duración prolongada y formato presencial, así como en problemas de salud mental emergentes.

Se identifican como dificultades de cara a la coordinación de ambas redes las relativas a la **gestión de profesionales vinculados a distintas estructuras y administraciones** además de las que se derivan de la **necesidad de crear toda una arquitectura** (sistemas de información, protocolos, procesos asistenciales, etc.) que permita tal coordinación, al tiempo que se señalan las ventajas que esto supondría especialmente para las personas a las que desde ambas redes se atiende. Igualmente se señala como muy importante la **necesidad de estabilizar las plantillas y contar con dotaciones de profesionales suficientes en todos los ámbitos de atención**.

Otros problemas y necesidades identificados en la Jornada Participativa que amplían el análisis preliminar son los siguientes:

- Necesidad de incorporar al Plan la perspectiva de la interculturalidad.
- Necesidad de intervenciones para convertir los entornos laborales en espacios más saludables.
- Falta de un diagnóstico específico del ámbito educativo para dar respuesta a problemas de acoso y bullying entre otros.
- Necesidad de un análisis más completo de la situación de las personas jóvenes. Especialmente de aquellas que están institucionalizadas.
- Necesidad de reforzar el conocimiento y la coordinación entre servicios sanitarios, Fuerzas de Orden Público y Fiscalía, principalmente en situaciones de urgencia, para que el abordaje ante una situación de crisis sea adecuado.

A continuación, se presenta una síntesis del contenido del informe estructurado en relación a los problemas, necesidades y retos identificados.

Problemas

- Dificultad para implementar intervenciones de prevención y promoción de la salud mental y adicciones (especialmente en la población infantil y juvenil).

- Escaso nivel de implementación del programa de prevención de conductas suicidas de Andalucía.
- Abordaje deficitario en la detección temprana para evitar situaciones de riesgo y mejorar el pronóstico en el ámbito de la salud mental y las adicciones.
- Insuficiente atención en el ámbito de la humanización y en la defensa de los derechos de las personas usuarias con problemas de salud mental y adicciones.
- Escasa sensibilización social y persistencia del estigma hacia las personas con problemas de Salud Mental y Adicciones y sus familias.
- Insuficiente atención especializada y falta de recursos específicos para las personas que presentan problemas de salud mental y adicciones (Patología Dual).
- Atención insuficiente en el periodo perinatal en el ámbito de la Salud Mental y Adicciones.
- Atención insuficiente a personas mayores con problemas de Salud Mental y Adicciones.
- Atención deficitaria y descoordinada en el abordaje de personas con patologías complejas (patología dual, trastornos de la alimentación, trastornos límites de la personalidad...).
- Ausencia de competencias en materia de Salud por parte de las administraciones locales a las que están adscritos algunos recursos de la Red de Adicciones.
- Deficiencia en la dotación y optimización de los recursos humanos, asistenciales y alternativas residenciales.
- Alta demanda asistencial, generando demora en la atención.
- Limitadas alternativas psicoterapéuticas para las personas con problemas de salud mental y con patología dual.
- Limitadas alternativas terapéuticas para las personas con problemas de salud mental resistentes a tratamientos habituales.
- Escaso desarrollo de programas asistenciales a enfermedades mentales con una incidencia en aumento y alta comorbilidad con trastornos de uso de sustancias: Trastornos de la Conducta Alimentaria y Trastornos de Personalidad.
- Escasa coordinación entre la red de salud mental y la de adicciones, con otras administraciones, agentes y entidades relacionadas.
- Dificultad para la inclusión social y laboral de las personas con problemas de adicciones y/o Salud Mental.
- Dificultad en la accesibilidad a los dispositivos de Salud Mental y Adicciones por su ubicación y falta de flexibilidad horaria.
- Atención deficitaria a grupos de personas en estado de vulnerabilidad y riesgo de exclusión social (personas sin hogar, privadas de libertad).

- Atención deficitaria y descoordinada a mujeres con problemas de Salud Mental y/o de Adicciones víctimas de violencia de género.
- Deficiente dotación de recursos destinados a ofrecer una formación de calidad, adaptada a las necesidades de los diferentes perfiles profesionales de salud mental y adicciones, incluyendo formación conjunta y la formación sanitaria especializada (MIR, EIR y PIR).
- Insuficiente dotación de recursos destinados a la investigación, que permita innovar desde una perspectiva biopsicosocial.
- Existencia de una herramienta clínica (Historia Clínica de Salud Mental) que dificulta la obtención de la información necesaria para el seguimiento de las personas usuarias de Salud Mental y para la gestión.

Necesidades

- Necesidad de fomentar la promoción de la salud mental en todos los grupos etarios (principalmente en edades infantil y adolescencia).
- Mejora en la estructura de trabajo y organización en el área de la prevención de los problemas de salud mental y de las adicciones (muchos actores implicados y poco nivel de definición y organización).
- Necesidad de desarrollar programas y recursos asistenciales para el tratamiento integral e intensivo de las fases iniciales de los trastornos de salud mental.
- Necesidad de un abordaje específico con la población de 14-20 años y joven de 21-24, por ser las más prevalentes en el consumo de sustancias y/o adicciones comportamentales.
- Necesidad de implantar de manera equitativa el programa de conductas suicidas.
- Defensa de los derechos de los usuarios y sus familias (Necesidad 21).
- Necesidad de favorecer la participación e implicación de las personas usuarias y sus familias en el desarrollo de estrategias y políticas de salud mental y adicciones.
- Elaboración de guías y protocolos para abordar la prevención y la atención en Salud Mental y/o Adicciones basados en la evidencia científica.
- Revisión del contenido, vigencia y nivel de implantación del Proceso Asistencial integrado en salud mental.
- Elaboración de un Proceso Asistencial Integrado de atención a las conductas adictivas y a la salud mental.
- Elaboración de una cartera de Servicio en el ámbito de la Salud Mental y las Adicciones que homogenice las prestaciones y la atención.

- Necesidad de integrar el enfoque y la perspectiva de género en el diseño de las políticas e intervenciones en adicciones y salud mental.
- Necesidad de actualizar la normativa que regula el Programa de Salud Mental, adaptándolo a la nueva realidad del Servicio.
- Necesidad de una mayor participación y cooperación con las familias.
- Necesidad de destacar la influencia de los determinantes sociales y el malestar emocional que afecta a la salud mental y a las adicciones (principalmente a la población joven).
- Necesidad de promover la atención especializada de la demanda de las adicciones comportamentales.
- Atención integral y rehabilitación de personas con TMG.
- Necesidad de promover la atención especializada de la demanda de los problemas de Salud Mental y Adicciones de edad avanzada.
- Necesidad de promover la atención especializada de la demanda en los problemas en la etapa perinatal en Salud Mental y Adicciones.
- Desarrollo de una herramienta informática común para el Área de Prevención en adicciones que permita el seguimiento y la evaluación.
- Desarrollo de una historia clínica salud mental electrónica, que mejore la capacidad de extracción de datos para su utilización en análisis de actividad y toma de decisiones.
- Potenciar la accesibilidad a nuevas técnicas terapéuticas para el tratamiento de patologías resistentes.
- Necesidad de fomentar y reconocer la importancia de la divulgación, formación especializada e investigación en salud mental.

Retos

- Impulsar las políticas sanitarias especialmente enfocadas a las necesidades de la población infanto-adolescente con problemas de Salud Mental y/o Adicciones.
- Impulsar las políticas sanitarias especialmente enfocadas a las necesidades de la población mayor con problemas de Salud Mental y/o Adicciones.
- Defender los derechos de personas con problemas de Salud Mental y/o de adicciones.
- Conseguir recursos económicos propios y acordes a las necesidades planteadas en el ámbito de Salud Mental y/o Adicciones.

- Ofrecer una respuesta adecuada para los casos complejos que precisan atención asistencial y residencial en recursos específicos y especializados.
- Facilitar una atención integral a las personas con problemas de adicciones y salud mental.
- Adecuar la dotación de recursos humanos a las necesidades y demanda actual.
- Alcanzar una atención adaptada a las necesidades de la población que sea equitativa e integral (que incluya a todas las administraciones implicadas) a las personas con problemas de adicciones y salud mental.
- Lograr la integración de la Red de Adicciones en el Sistema Sanitario.
- Mejorar las condiciones de vida de las personas más vulnerables con problemas de salud mental y adicciones (situaciones de pobreza, exclusión social, desigualdad, personas del ámbito penitenciario).
- Disminuir la violencia de género en las mujeres con problemas de adicciones y/o salud mental.
- Disponer de un sistema de recogida de información actualizado y explotable.
- Digitalizar, informatizar e incluir las nuevas tecnologías a nivel asistencial, de investigación/innovación y formación en los ámbitos de salud mental y adicciones.
- Incorporar las nuevas tecnologías en la investigación e innovación, en los ámbitos de salud mental y adicciones.

Líneas, objetivos estratégicos y programas del PESMAA.



- OE01 Aumentar el bienestar emocional de la población andaluza.
- P.01.01 Programa ciudades ante las adicciones.
- P.01.02 Programa de promoción del bienestar emocional mediante la prevención de las adicciones en los ámbitos familiar y escolar.
- P.01.03 Programa de educación en valores y detección precoz a través del deporte.
- OE02 Mejorar la detección y atención precoz de las personas con problemas de adicciones y/o salud mental.
- P.02.01 Programa de prevención indicada de adicciones en personas adolescentes y jóvenes.
- P.02.02 Atención a la salud mental y adicciones en el periodo perinatal (embarazo, parto y un año posparto).
- P.02.CT01 Jornadas de sensibilización en materia de riesgos psicosociales en PYME.
- P.02.CT02 Formación básica sobre salud mental y adicciones con enfoque de género para personal técnico de juventud.
- P.02.CT03 Mejora de la inclusión social a través de Centros de escucha de salud mental.
- OE03 Mejorar la salud física de las personas con problemas de salud mental y adicciones.
- P.03.CT01 Mejora de la salud física a través del deporte.
- OE04 Disminuir las conductas suicidas y su impacto social.
- P.04.01 Programa de prevención de la conducta suicida en Andalucía.

- OE05 Fomentar un modelo comunitario y mejorar la coordinación Salud Mental, Adicciones y Atención Primaria (proceso asistencial de ansiedad, depresión y somatizaciones).
- P.05.01 Atención de Psicología Clínica en Centros de Atención Primaria (PCAP).
- P.05.02 Consolidación del modelo de atención comunitaria para problemas de salud mental y adicciones

- OE06 Ajustar los recursos y programas específicos a la demanda de atención de las personas menores de 18 años y jóvenes, con especial atención a las adicciones comportamentales.
- P.06.01 Atención a la población infanto-adolescente a través de la creación de Hospitales de Día (HD) integrados en las Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil.
- P.06.02 Atención específica a los menores de 18 años a través de equipos y espacios especializados de salud mental infanto-adolescente (IA) integrados en las Unidades de Salud Mental Comunitarias.
- P.06.03 Creación de unidades de hospitalización breve (UHB) de SM específicas para la población infanto-juvenil (IA).
- P.06.04 Programa específico de atención en Centros de Tratamiento Ambulatorio para personas con menos de 18 años.
- P.06.05 Atención a personas menores de 18 años con TEA y TDH.
- P.06.CT01 Coordinación de la atención a la salud mental y adicciones de la población menor infractora Atención a personas menores de 18 años con TEA y TDH.
- P.06.CT02 Atención residencial para personas jóvenes con trastorno mental grave.
- P.06.CT03 Creación de un dispositivo de atención residencial para personas con menos de 18 años con problemas de adicciones.
- P.06.CT04 Abordaje de las necesidades de salud mental y bienestar emocional de niños, niñas y adolescentes en el sistema de atención y protección en Andalucía.

- OE07 Mejorar la atención a las personas con trastorno grave de personalidad, personas con trastorno de la conducta alimentaria y personas con discapacidad intelectual.
- P.07.01 Atención a los trastornos de conducta alimentaria (TCA): desarrollo de red asistencial y protocolo de atención multidisciplinar por estadios.
- P.07.02 Programa de atención a las personas con trastornos de personalidad (TP).
- P.07.03 Programa para la atención a las personas con discapacidad intelectual.

P.07.CT01 Acciones para mejorar la inclusión social y la calidad de vida de las personas con discapacidad y problemas de salud mental y sus familias.

OE08 Conseguir que las personas con trastorno mental complejo y adicciones complicadas tengan una atención especializada y personalizada.

P.08.01 Desarrollo de una red de atención a la patología dual y apertura de una unidad de patología dual desde un modelo integrado.

P.08.02 Programa de Tratamiento Intensivo / Asertivo Comunitario ETIC.

P.08.03 Programa de hospitalización domiciliaria para personas con problemas de salud mental.

P.08.CT01 Trabajo colaborativo para una atención personalizada y efectiva.

P.08.CT02 Atención social especializada en el domicilio a personas con trastorno mental grave.

Línea

5

Humanización, garantía de derechos y participación social

OE09 Ofrecer una respuesta personalizada a las necesidades y expectativas de las personas con problemas de Salud Mental y Adicciones desde un enfoque de derechos.

P.09.01 Programa de participación activa y enfoque de derechos en las comunidades terapéuticas públicas.

P.09.02 Modelo de centro de día basado en actividades motivacionales para personas con problemas de adicciones y/o salud mental.

P.09.03 Programa para el uso de alternativas a las medidas coercitivas en dispositivos de salud mental (unidades de hospitalización de la red de salud mental)

P.09.04 Programa de planificación anticipada de decisiones en salud mental.

P.09.05 Oficina de atención a las personas con problemas de salud mental y sus familias.

OE10 Mejorar la inclusión social de las personas con problemas de salud mental y/o adicciones en colaboración con el tejido asociativo, mediante la reducción del estigma y la discriminación y fomentando la participación social.

P.10.01 Programa de concienciación y sensibilización en colaboración con el tejido asociativo para la reducción del estigma de personas con problemas de salud mental y/o adicciones mediante Comunidades de Aprendizaje.

P.10.02 Adaptación del Programa de viviendas de supervisión y reinserción para el desarrollo de un plan de individual de atención consensuado.

- P.10.03 Desarrollo de red de apoyo a la inclusión social y creación de recursos específicos de media estancia para la inclusión social de mujeres.
- P.10.04 Marco referencial de inclusión social y laboral de personas con problemas de adicciones.
- P.10.05 Programa de agentes de apoyo mutuo en salud mental y adicciones.
- P.10.CT01 Ayudas al alquiler a entidades del Tercer Sector que faciliten una solución habitacional a personas con problemas de salud mental y adicciones.
- OE11 [Mejorar el empleo de las personas con problemas de salud mental y/o adicciones.](#)
- P.11.CT01 Asesoramiento en materia de empleo público por los Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo.
- P.11.CT02. Atención en materia de orientación laboral y mejora de la empleabilidad para personas con problemas de salud mental, a través de la participación en la Red Orienta del Servicio Andaluz de Empleo

Línea	6	Interseccionalidad: Atención a personas con problemas de salud mental y/o adicciones en situación de especial vulnerabilidad
--------------	----------	---

- OE12 [Mejorar la atención especializada a las mujeres con problemas de adicciones y/o salud mental víctimas de violencia de género.](#)
- P.12.01 Atención a las mujeres víctimas de violencia de género en salud mental y en adicciones.
- P.12.CT01 Atención a mujeres con problemas de adicciones víctimas de violencia sexual.
- OE13 [Mejorar la atención a personas en situación de vulnerabilidad con problemas de salud mental y adicciones con especial atención a personas mayores \(en domicilios y en residencias\), personas en situación de sinhogarismo, personas en privación de libertad y personas migrantes.](#)
- P.13.01 Programa de atención a personas con problemas de salud mental internadas en instituciones penitenciarias.
- P.13.02 Programa de atención para personas mayores con problemas de adicciones y/o salud mental que viven en centros residenciales de FAISEM.
- P.13.03 Programa específico de atención integral a personas con problemas graves de salud mental, con o sin problemas de adicciones, en situación o riesgo de sinhogarismo.
- P.13.CT01 Atención integral a las personas en situación de dependencia con adicciones en Andalucía.
- P.13.CT02 Detección y atención de personas en situación de vulnerabilidad con problemas de salud mental y/o adicciones.

P.13.CT03 Detección precoz de problemas de adicciones en personas mayores en centros de participación activa y centros residenciales.

Áreas Transversales

T.01 Formación.

T.02 Investigación.

T.02 Sistemas de información.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el bienestar emocional *«es un estado de ánimo en el cual la persona se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, trabajar productivamente y contribuir a la comunidad»*.

La OMS define, por otro lado, la salud mental como *«un estado de bienestar en el cual cada persona desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad»*. El bienestar emocional y la salud mental, si bien componen dos categorías de análisis diferentes, pueden considerarse profundamente relacionadas la una en la otra, con espacios comunes e interrelaciones manifiestas. Lo que ocurre en una de ellas modifica y define de manera recíproca y determinante el estado de la otra. La salud mental es una importante dimensión del estado de salud, tanto porque las enfermedades mentales son uno de los mayores componentes de la carga global de enfermedad como por su carácter determinante del bienestar.

En España, el 12,74 % de la población de 15 y más años presenta sintomatología depresiva de distinta gravedad: el 8,46 % presenta sintomatología leve, el 2,51 % moderada, el 1,19 % moderadamente grave y el 0,58 % grave.

Por otro lado, la relación entre las emociones y las adicciones es compleja y multifacética. Las emociones pueden desencadenar el inicio de una adicción, influir en el ciclo de consumo y dificultar la recuperación.

Para abordar eficazmente las adicciones es crucial tratar las emociones subyacentes que impulsan el comportamiento adictivo. Esto puede implicar aprender estrategias de afrontamiento saludables para manejar el estrés, la ansiedad y otras emociones difíciles. Al desarrollar habilidades de manejo emocional, las personas pueden reducir la necesidad de recurrir a sustancias adictivas como una forma de alivio.

Se debe incidir sobre los estilos de vida y los determinantes del bienestar, asociados a la vulnerabilidad derivada de las adicciones y la salud mental y emocional, profundizando en aquello que está funcionando para facilitar la prevención del consumo de drogas y la potenciación de una salud emocional positiva.

Es objetivo de este Plan promover hábitos y conductas saludables mediante diferentes líneas de actuación enfocadas a la gestión y educación emocional, y reducir conductas que pueden evolucionar a una dependencia, una adicción o un problema de salud mental.

Según los datos aportados por MTI Farma (Módulo de Tratamiento de la Enfermedad relativo a Farmacia) en el año 2022 se ha constatado que a las mujeres se les prescriben psicofármacos en mayor medida que a los hombres, siendo en el caso de los antidepresivos casi tres veces más (26,7% para hombres y 73,3% para mujeres) y el doble en el caso de ansiolíticos (35% para hombres y 64,7% para mujeres).

OE01 Aumentar el bienestar emocional de la población andaluza



P.01.01 Programa ciudades ante las adicciones

Objetivo:

Planificar y coordinar todas las actuaciones que en materia de prevención de adicciones se desarrollen a nivel local.

Indicadores

1. Porcentaje de municipios adheridos al Programa con respecto al total de municipios de Andalucía.
2. Porcentaje de población beneficiaria de acciones preventivas en el marco del Programa con respecto al total de la población de Andalucía.

Descripción.

“Ciudades ante las Adicciones” tiene un carácter plenamente municipalista adaptado a las necesidades locales. Se trata de un programa de prevención comunitaria de las adicciones en el que se coordinan todas

las acciones que se desarrollen en un municipio por las y los agentes sociales de la comunidad que tienen un papel importante en la prevención de conductas adictivas.

Estas acciones se desarrollan en los distintos niveles de prevención que la comunidad científica acepta de forma mayoritaria (prevención universal, ambiental, selectiva e indicada), y abarcan los distintos contextos de intervención: ámbito educativo, sistema familiar, ámbito comunitario, ocio, ámbito laboral, medios de comunicación, conducción de vehículos y educación vial.

Acciones a desarrollar.

- Promoción del Programa entre las Corporaciones Locales.
- Elaboración de una “Guía para la Implementación de un Programa de Prevención Comunitaria de Adicciones” por parte de la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.
- Implementación en los municipios adheridos de un programa de prevención comunitaria en el marco de “Ciudades ante las Adicciones” que al menos debe contener.
 - Un diagnóstico de la situación real del fenómeno de las adicciones en su área de influencia.
 - Un mapeo de la estructura participativa de la comunidad local.
 - Implicación y participación de los distintos agentes sociales y de la administración local que intervienen en la comunidad desde los inicios del programa, para el impulso de las tareas a desarrollar y el establecimiento de prioridades, creando estructuras de coordinación.
 - Incorporación de la planificación en materia de prevención de adicciones a la planificación local (bien dentro de planes locales de salud, bien de forma autónoma, o bien en otros instrumentos municipales).
 - Definición de los tipos de actividades a desarrollar en los diferentes niveles de prevención y en los distintos contextos de actuación, que sean participativas, flexibles, motivadoras y coherentes con los objetivos predeterminados.
- Aplicación de instrumentos de evaluación que permitan, en su caso, reorientar actuaciones.

Población destinataria general.

Todas las personas que habitan en un municipio de Andalucía.

Población beneficiaria.

Aquellas personas que habitan en algún municipio de Andalucía en el que se haya implantado el Programa Ciudades ante las Adicciones.

Agentes Implicados.

- Coordinador/a Provincial Prevención de Adicciones.
- Asesorías Técnicas de Adicciones de las DDTT de Salud.
- Otro personal técnico de la administración local, así como de entidades y agentes sociales, profesionales del sistema sanitario, profesionales del sistema educativo, clubes deportivos, AMPAS, agentes de la autoridad, autoescuelas, comerciantes, medios de comunicación local, entidades relacionadas con el ocio y tiempo libre en el municipio, etc.

Temporalización: 2026-2029.

P.01.02 Programa de promoción del bienestar emocional mediante la prevención de las adicciones en los ámbitos familiar y escolar

Objetivos

- Aumentar y/o reforzar los recursos humanos para la intervención en el campo de la promoción del bienestar emocional y de la salud integral del alumnado, a través de la incorporación de profesionales específicos.
- Potenciar entre el profesorado, equipos directivos, equipos de orientación e inspección educativa la formación específica en alfabetización e indicadores en bienestar emocional y en salud mental que contribuya a la detección temprana de casos y a crear un ambiente escolar positivo y seguro, con especial atención a la figura del coordinador del bienestar y protección de la infancia y la adolescencia en los centros docentes.
- Impulsar la formación que contribuya a una intervención basada en el buen trato en la infancia y la adolescencia, y el respeto de los derechos fundamentales de niñas, niños y adolescentes.
- Facilitar el conocimiento del profesorado, equipos directivos, equipos de orientación e inspección educativa de los protocolos activos de derivación del alumnado en situación de riesgo a los servicios de atención primaria de salud mental.
- Promover la divulgación de buenas prácticas que sirvan para promocionar el bienestar emocional del alumnado y para realizar el seguimiento de casos de salud mental en el ámbito educativo.
- Difundir actuaciones para sensibilizar y prevenir sobre el abuso y el mal uso de las TIC en la infancia y adolescencia y las conductas adictivas con y sin sustancias.

- Elaborar y difundir materiales e instrumentos que contribuyan a la formación e información de la comunidad educativa sobre bienestar emocional y salud mental.
- Impulsar acciones dirigidas a fomentar y facilitar la colaboración de las familias en la vida del centro y desarrollar sentimiento de pertenencia.

Indicadores

- Aumento paulatino de la tasa de docentes con formación específica en bienestar emocional y protección de la infancia y adolescencia.
- Incremento de la tasa de miembros de la comunidad educativa con formación en prevención de conductas adictivas.
- Número de actuaciones difundidas para sensibilizar y prevenir sobre el abuso y el mal uso de las TIC en la infancia y adolescencia y las conductas adictivas, con y sin sustancias.
- Número de centros escolares en los que se implanta el Programa de Gestión Emocional para Adolescentes (GEA) y el Grupo de Bienestar Emocional en Adolescentes (GRUBEA)
- Número del alumnado de 12 a 18 años que presentan dificultades emocionales y relacionales que entran en el programa GRUBEA (escala GAD7)
- Número del alumnado de 12 a 18 años que han mejorado su Bienestar Emocional en Centros Educativos tras participar en el programa GRUBEA (tras reevaluar la escala GAD7)
- Porcentaje de centros escolares en los que se implanta el Programa de Prevención de Adicciones en adolescentes y jóvenes
- Número de acciones y programas de educación para un uso adecuado de las TRICO y la prevención del consumo de sustancias
- Número de docentes, personal de orientación, equipo de tutores y profesionales que intervienen en los centros en estrategias de promoción del bienestar emocional y detección de comportamientos de riesgo, que han realizado la formación asociada a los Programas.

Descripción.

A continuación, se presentan los programas relacionados con los objetivos.

PROGRAMA DE BIENESTAR EMOCIONAL EN EL ÁMBITO EDUCATIVO EN LOS CENTROS DOCENTES NO UNIVERSITARIOS.

Dichos objetivos, delineados en el Programa, abordan aspectos cruciales que impactan directamente en el entorno educativo, contribuyendo a crear un ambiente propicio para el desarrollo integral del alumnado. En primer lugar, al potenciar la formación específica en alfabetización e indicadores en bienestar emocional y salud mental entre el profesorado, equipos directivos, equipos de orientación e inspección educativa, se promueve la detección temprana de casos, lo cual ha resultado fundamental para abordar eventualidades que podrían afectar el rendimiento académico y el bienestar general de menores y adolescentes.

La creación de un ambiente escolar positivo y seguro, con especial énfasis en la figura del coordinador del bienestar, fortalece la cohesión y la salud emocional dentro de los centros docentes, generando un impacto positivo en los resultados académicos.

El impulso a la formación que aboga por una intervención basada en el buen trato en la infancia y adolescencia, así como el respeto de los derechos fundamentales de nuestro alumnado, se traduce en un cambio cultural en el ámbito educativo. Esto no solo mejora la calidad de las interacciones en el aula, sino que también crea un entorno propicio para el aprendizaje significativo y el desarrollo emocional saludable. Facilitar el conocimiento de los protocolos activos de derivación del alumnado en situación de riesgo a los servicios de atención primaria de salud mental se convierte en una herramienta estratégica para garantizar que los estudiantes reciban la atención adecuada cuando sea necesario. Este enfoque preventivo contribuye a mitigar problemas de salud mental que podrían influir negativamente en el rendimiento escolar.

La promoción de buenas prácticas para el bienestar emocional del alumnado y el seguimiento de casos de salud mental en el ámbito educativo refuerza la importancia de la atención integral a niños, niñas y adolescentes, considerando tanto sus necesidades académicas como su bienestar emocional. La divulgación de actuaciones para sensibilizar y prevenir el abuso y mal uso de las TIC, así como las conductas adictivas, aborda desafíos contemporáneos que pueden interferir con el proceso de aprendizaje.

Además, la elaboración y difusión de materiales e instrumentos que contribuyen a la formación e información de la comunidad educativa sobre bienestar emocional y salud mental, empodera a los educadores, padres y estudiantes con recursos valiosos para fomentar un entorno educativo saludable y equitativo.

Finalmente, al impulsar acciones dirigidas a fomentar la colaboración de las familias en la vida del centro y desarrollar un sentimiento de pertenencia se refuerza la idea de que el éxito académico está intrínsecamente ligado al apoyo y la participación activa de las familias. Esta colaboración fortalece la conexión entre la educación en el hogar y en la escuela, creando un ecosistema educativo coherente que contribuye positivamente a los resultados escolares y al bienestar de los estudiantes. En conjunto, las actuaciones llevadas a cabo en relación con la implementación de este Programa en la comunidad educativa andaluza han contribuido a construir un entorno educativo integral y enriquecedor que no solo mejora los resultados académicos, sino que también promueve el crecimiento personal y emocional de los estudiantes".

PROGRAMA GEA Y GRUBEA.

Un programa de Bienestar Emocional en el ámbito educativo busca promover el desarrollo personal y emocional de la comunidad educativa con el propósito de desarrollar habilidades de gestión emocional, mejorar la autoestima, desarrollar la empatía, construir relaciones interpersonales positivas, potenciar la asertividad y gestionar la dificultad de la vida diaria.

A continuación, se presentan dos programas elaborados y pilotados en 2024, en centros educativos de Andalucía, (Campo de Gibraltar y Aljarafe-Sevilla Norte) por profesionales del sistema educativo y sanitario público andaluz, generados desde la responsabilidad y el compromiso profesional, para dar respuesta a la necesidad de enseñar competencias emocionales en la adolescencia.

Estos dos programas se dirigen al alumnado de 12 a 18 años y se presenta bajo dos tipos de modelo de intervención:

INTERVENCIÓN PREVENTIVA UNIVERSAL, PROGRAMA GEA. (Programa de Gestión Emocional para Adolescentes), es un programa dirigido al alumnado de secundaria a través de la intervención de tutores y tutoras bajo el apoyo del Área de Función Tutorial y Asesoramiento sobre Convivencia y los Departamentos de Orientación.

Se lleva a cabo en ocho sesiones. Las 3 primeras sesiones se dedican a las competencias emocionales más básicas: la percepción, evaluación y expresión emocionales, incluyendo la conciencia de las emociones, y la comprensión emocional.

Las 2 siguientes sesiones (4 y 5) se enfocan en el conocimiento y desarrollo de la habilidad llamada facilitación emocional y su relación con los valores que tenemos como personas, mientras que las 3 últimas (de la 6 a la 8) se centran en la regulación emocional y estrategias de afrontamiento adaptativo, aplicando los aprendizajes previos en diferentes ámbitos y situaciones de la vida pasada, presente y futura.

Sesión 1. El detective emocional. Percepción emocional.

Sesión 2. El dado emocional. Facilitación emocional.

Sesión 3. Para qué sirven las emociones. Facilitación emocional.

Sesión 4. Tras la pista. Comprensión emocional.

Sesión 5. ¿Qué vemos hoy en la tele? Regulación emocional.

Sesión 6. Mi mando a distancia. Regulación emocional.

Sesión 7. Las emociones en la comunicación. Regulación emocional.

Sesión 8. ¿Para qué uso las emociones? Regulación emocional.

Las sesiones son de 1 hora de duración, se recomiendan sesiones semanales o quincenales, y adaptadas al horario de tutoría.

INTERVENCION PREVENTIVA SELECTIVA, PROGRAMA GRUBEA, (Grupo de Bienestar Emocional en Adolescentes), dirigido al alumnado que presenta dificultades emocionales y relacionales debido a un déficit de herramientas e instrumentos para manejar los problemas del momento evolutivo que están viviendo. Pivota sobre intervenciones específicas lideradas por personal de Enfermería Referente de Centros Educativos, con el apoyo de los Departamentos de Orientación y el seguimiento del Programa de Psicología Clínica en Atención Primaria y Comunitaria.

Es un trabajo experiencial grupal en 6 sesiones utilizando dinámicas que permitan la libre expresión de sentimientos, emociones, y vivencias. El contenido de las sesiones es.

Sesión 1.- Apoyo social y Humanidad Compartida.

Sesión 2.- Comunicación y Habilidades Sociales.

Sesión 3,- Autoconocimiento y Autoestima.

Sesión 4.- Pensamiento y Percepción.

Sesión 5.- Frustración, Estrés y Relajación.

Sesión 6.- Resolución de conflictos y cierre.

Las sesiones grupales se desarrollaron durante el tiempo de una clase lectiva, aproximadamente 60 minutos, se intentará que no coincida siempre en el horario de la misma asignatura (se puede establecer un día fijo para el desarrollo de la sesión, pero se irá cambiando la hora).

Las sesiones tienen una periodicidad entre 7 y 10 días.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES EN ADOLESCENTES Y JÓVENES.

El programa ha sido desarrollado por el área de prevención de la Unidad de Adicciones del IPBS de la Diputación de Córdoba y persigue la detección e intervención precoz de conductas de riesgo relacionadas con las adicciones. Está dirigido a menores y jóvenes entre 12 y de 19 años que están teniendo conductas de riesgo relacionadas con sustancias tóxicas (alcohol, tabaco y otras drogas) como aquellas relacionadas con el abuso de las pantallas (móvil, redes sociales, videojuegos) y juegos de azar. El programa aborda los problemas derivados de dichas conductas que influyen en el bienestar emocional y social de las personas adolescentes y de sus familias.

Este programa identifica las diferentes necesidades y riesgos específicos para chicos, chicas y adolescentes transexuales y con identidades no binarias.

Al igual que sucede con los factores contextuales sociales y culturales, la inclusión de la perspectiva de género es clave en el éxito de las estrategias, programas e intervenciones en materia de prevención de

adicciones, ya que existen patrones de consumo distintos según la socialización diferencial (motivaciones y hábitos del consumo, sustancias elegidas y formas de acceso a las mismas, motivaciones en el uso de las TRICO). Por esta razón, se hará una revisión del programa para garantizar que sea accesible para adolescentes y jóvenes (mujeres, hombres y personas con identidades de género no binarias). También se garantizará que las intervenciones estén libres de sesgos de género, eviten reproducir estereotipos de género tradicionales y discriminatorios, y se trabajen desde la interseccionalidad de género. En cuanto a la evaluación, tanto de proceso como de impacto, deberá ofrecer resultados atendiendo al enfoque de género.

El programa brindará.

- Asesoramiento e intervención personalizada: Se brinda atención individual y grupal a adolescentes y jóvenes en materia de adicciones, abordando tanto la prevención como la intervención temprana. Área de Prevención del Centro de Adicciones (CA).
- Actividades de ocio saludable: Se organizan actividades que fomentan un uso positivo del tiempo libre, promoviendo alternativas al consumo de sustancias y al uso inadecuado de tecnologías. Área de Prevención (CA).
- Apoyo a familias: Se ofrece asesoramiento, información y formación a familias para que puedan apoyar a sus hijos u otros familiares en la prevención y manejo de adicciones. Área de Prevención (CA).
- Formación a profesionales: Se realizan sesiones formativas específicas sobre adicciones dirigidas a profesionales que trabajan con adolescentes y jóvenes, fortaleciendo su capacidad para abordar estas problemáticas.

Tendrá un componente de Prevención Selectiva y otro de Prevención Indicada.

PREVENCIÓN INDICADA EN CENTROS EDUCATIVOS.

Las distintas fases del programa son.

1. Acogida y valoración.
2. Elaboración del plan individualizado de intervención con la participación de los chicos y chicas adolescentes que están en programa y sus familias.
3. Desarrollo de la intervención.
4. Seguimiento del plan individualizado de intervención.
5. Evaluación y resultados obtenidos informando tanto a las personas adolescentes y jóvenes como a las familias de dichos resultados.

PREVENCIÓN SELECTIVA EN CENTROS EDUCATIVOS.

Pretende desarrollar competencias y habilidades en los y las jóvenes que les permitan afrontar situaciones de riesgo, mejorar su autoestima y fortalecer su capacidad de toma de decisiones saludables.

Contenidos grupales con las personas menores.

- Módulo de habilidades sociales: comunicación asertiva, las relaciones interpersonales, familiares, manejo de problemas y conflictos.
- Módulo de habilidades emocionales: empatía, manejo de emociones y sentimientos.
- Módulo de habilidades cognitivas: identificación y gestión de emociones, autoconocimiento, toma de decisiones, pensamiento creativo, pensamiento crítico.
- Módulo de prevención de conductas de riesgo: consumo de sustancias, violencia, acoso escolar.
- Proyecto grupal: diseño y realización de una actividad comunitaria.
- Contenidos para la intervención con familias.
- Comunicación efectiva: Aprender a comunicarse de manera abierta, honesta y respetuosa con los hijos e hijas, creando un ambiente de confianza.
- Escucha activa: Desarrollar la capacidad de escuchar atentamente a los hijos e hijas, mostrando interés y empatía.
- Disciplina positiva: Definir límites claros y coherentes, y aplicar consecuencias consistentes para el comportamiento inapropiado.
- Tipos de sustancias y conductas adictivas: Información clara y precisa sobre las diferentes sustancias (alcohol, tabaco y sus nuevas formas de fumar, drogas ilegales) y conductas adictivas (juego, tecnología, redes sociales) y sus efectos.
- Factores de riesgo y señales de alerta: Identificar los factores que aumentan la vulnerabilidad de los y las jóvenes a las adicciones y reconocer las señales tempranas de consumo o comportamiento problemático.
- Consecuencias de las adicciones: Comprender los efectos físicos, psicológicos y sociales de las adicciones a corto y largo plazo.
- Fomentar actividades familiares positivas y fortalecer los lazos afectivos.

Acciones a desarrollar.

- Formación específica dirigida al profesorado que asume funciones de coordinación de bienestar y protección de la infancia y adolescencia, así como a los equipos directivos y profesionales de la orientación educativa.
- Formación dirigida al profesorado sobre autocuidado emocional y bienestar docente, lo cual debe repercutir positivamente en sus prácticas educativas y en el desarrollo de los estudiantes.

- Formación específica a las familias, centrada en el cuidado de la salud mental y la incidencia del uso de las Tecnologías de la Relación, Información y Comunicación.
- Participación de profesionales, organizaciones y colectivos del sector, con el perfil adecuado y especializado en el campo de la salud mental y el bienestar emocional, destinado a la formación de docentes, atención y formación dirigida a las familias e intervención en los centros docentes que demanden el servicio.
- Elaboración y difusión de una guía de acompañamiento educativo en situaciones de duelo para Educación Infantil, Educación Primaria y Educación Secundaria.
- Desarrollo y seguimiento del Programa ADA (Alumnado Ayudante Digital Andalucía) para incentivar la figura del alumnado ayudante en sus distintas facetas.
- Campañas de sensibilización publicitarias e informativas destinadas a la comunidad educativa, al alumnado y a la población en general, para la sensibilización sobre los problemas derivados de la salud mental en los menores.
- Publicación de un Protocolo de actuación en los centros educativos andaluces sostenidos con fondos públicos para la prevención del riesgo ante conductas suicidas o autolesiones del alumnado.
- Realización de encuentros a nivel provincial y regional de buenas prácticas de salud mental en el ámbito educativo.
- Presentación de los programas a los centros escolares.
- Formación en ambos programas (GEA y GRUBEA).
- Implantación, seguimiento y evaluación de los programas. Elaboración de un plan individualizado de intervención con la participación del alumnado.
- Identificar y, en los casos pertinentes, derivar al alumnado a otro recurso de atención.
- Asesoramiento a las familias.
- Talleres grupales con menores en riesgo.
- Talleres y Sesiones de trabajo con Familiares de personas en el programa.
- Formación a profesionales para la detección precoz e intervención breve: profesionales de educación (orientación escolar) y Atención Primaria (Personal de Enfermería/o Referente de Centros Educativos, ERCE).

Población destinataria general.

Los destinatarios del Programa incluyen al alumnado de centros docentes públicos y concertados, los equipos directivos y docentes, los profesionales de la orientación educativa y la comunidad educativa en general.

Población beneficiaria.

Personas con edad comprendida entre los 12 a 19 años y la Comunidad educativa que participan a través del programa.

Agentes Implicados.

- Dirección General de Cuidados, Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones de la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.
- Dirección General Participación e Inclusión Educativa.
- Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional. (Personal Consejería, Delegaciones Territoriales de Desarrollo Educativo y Formación Profesional y de Universidad, Investigación e Innovación, de centros educativos de primaria y secundaria de Andalucía).
- Profesionales de la Subdelegación del Gobierno.
- Profesionales de la Red de Adicciones de Andalucía.
- Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional. (Personal Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional y Delegaciones Territoriales de Desarrollo Educativo y Formación Profesional y de Universidad, Investigación e Innovación y Profesorado de centros educativos de primaria y secundaria de Andalucía).
- Equipos Técnicos Provinciales de Orientación.

Temporalización: 2026-2029.

P.01.03 Programa de educación en valores y detección precoz a través del deporte

Objetivos

- Implementar programas de formación y detección precoz en materia de adicciones y salud mental entre el personal técnico deportivo en el total de las 8 provincias andaluzas antes del 2027, garantizando una cobertura de al menos un 10% de este personal.
- Identificar las poblaciones vulnerables de mayor fragilidad que presentan factores de riesgo a través de procedimientos de detección y su posterior coordinación con agentes

comunitarios de los diferentes sistemas.

- Ofrecer a las familias de los y las jóvenes vulnerables detectados, un espacio para la reflexión, análisis y formación en habilidades sobre la importancia de educar en valores, así como la coordinación continua entre agentes implicados en el abordaje de poblaciones vulnerables.
- Mejorar el acompañamiento de estas personas y sus familias en programas específicos de ámbito comunitario donde estén coordinados el sistema sanitario, el sistema social y el tercer sector.
- Implementar acciones de sensibilización dirigidas a profesionales del deporte sobre el papel que adquieren en la prevención de conductas adictivas y / o conductas relacionadas con la salud mental de jóvenes deportistas.
- Promover redes provinciales de entrenadoras y entrenadores, personal técnico deportivo, que impulsen acciones y seminarios de reflexión, así como un espacio para compartir materiales pedagógicos y buenas prácticas.

Indicadores

- Porcentaje de profesionales del área de deportes formados en materia de adicciones y salud mental.
- Número de programas de Educación en Valores incluidos en la programación anual de los entrenamientos.
- Porcentaje de personas con conductas de riesgo que reciben seguimiento coordinado entre diferentes sistemas (Salud, Servicios Sociales, Deporte, Educación).
- Porcentaje de deportistas en tratamiento especializado tras la detección de conductas de riesgo.
- Porcentaje de intervenciones especializadas en programas comunitarios específicos en esta materia.
- Número de acuerdos, derivaciones, protocolos firmados, actuaciones de seguimiento del programa entre instituciones y agentes sociales implicados.
- Número de redes provinciales creadas.

Descripción.

El programa de educación en valores y detección precoz a través de la práctica deportiva en Andalucía es un programa que utiliza una metodología de implementación progresiva que va generando un cambio en el modelo deportivo identificado en las Administraciones Locales.

Para ello se establecen las siguientes fases.

FASE 1.- Presentación del programa y formación inicial.

1.1.- Presentación del programa a personas responsables deportivas de cada municipio/ provincia que haya solicitado participación.

1.2.- Establecimiento de un cronograma para impartir talleres de formación al personal técnico- deportivo.

FASE 2.- Puesta en marcha de las estrategias por parte de los entrenadores y las entrenadoras y personal técnico deportivo. Seminarios de formación a familias. Formación continua.

FASE 3.- Evaluación de resultados. Elaboración de informes. Visibilización de Buenas Prácticas.

En la metodología de intervención se destaca un modelo de acción-investigación participativa. Esto conlleva la necesidad de realizar un breve análisis DAFO del contexto municipal de intervención.

Acciones a desarrollar.

- Difusión del programa y captación de municipios.
- Formación del personal Técnico Municipal del Área de Deportes. La formación consta de cuatro módulos diferenciados:
 - Módulo 1: El personal técnico de deporte como agente social preventivo. (Liderazgo emocional positivo en el técnico de deporte, estrategias facilitadoras de la comunicación, ...).
 - Módulo 2: Educación en valores a través del deporte. (El papel del personal monitor en los entrenamientos, estrategias preventivas en el contexto de los entrenamientos...).
 - Módulo 3: Consumo de sustancias / Juego de apuestas deportivas on line en adolescentes-jóvenes. (Papel preventivo del personal monitor deportivo en la detección precoz).
 - Módulo 4.- Prevención de los trastornos de conductas alimentarias en el deporte (TCA), vigorexia y dismorfia corporal en el deporte.
- Constitución de una Comisión Técnica para seguimiento de casos vulnerables y establecimiento de protocolo de derivación a prevención indicada.
- Formación complementaria a familias (opcional).

- Seguimiento y acompañamiento al personal técnico deportivo municipal en la aplicación del programa de intervención.

Población destinataria general.

Población destinataria directa de la acción formativa: Gestores y gestoras deportivos, dinamizadoras y dinamizadores deportivos, personal monitor de las escuelas deportivas, personal técnico deportivo de clubes.

Población destinataria indirecta: Menores /jóvenes deportistas, población deportista vulnerable con indicadores de riesgo y su ámbito familiar y/o referentes.

Población beneficiaria.

Personas menores / jóvenes deportistas.

Agentes Implicados.

Profesionales del Área de deportes (personal entrenador, dinamizadores deportivos, personal gestor y/o político, alumnado, personal directivo ...), profesionales del área o servicio de prevención social, personal de los centros de salud mental de referencia, personal de los centros de tratamiento de adicciones de referencia, tercer sector y/u otros agentes sociales.

Temporalización: 2026-2029.

OE02

Mejorar la detección y atención precoz de las personas con problemas de adicciones y/o salud mental

La detección precoz y la atención en edades tempranas de los problemas relacionados con la salud mental es fundamental ya que aproximadamente la mitad de los problemas relacionados con la salud mental aparecen por primera vez antes de los 14 años, y más del 70% de todos los trastornos mentales se manifiestan antes de los 18 años.

La adolescencia es una etapa clave en el desarrollo biopsicosocial de las personas. La posibilidad de la detección y abordaje precoz del Trastorno Mental Grave (TMG) y la identificación de Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR), podría disminuir el impacto de la enfermedad en el desarrollo psicosocial de las personas adolescentes.

Las enfermedades mentales durante la infancia y la adolescencia conducen a tasas más altas de enfermedad mental en la edad adulta, incluyendo trastornos del espectro ansioso-depresivo, afectivos, psicóticos y de personalidad, el abuso de sustancias, y la conducta suicida.

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

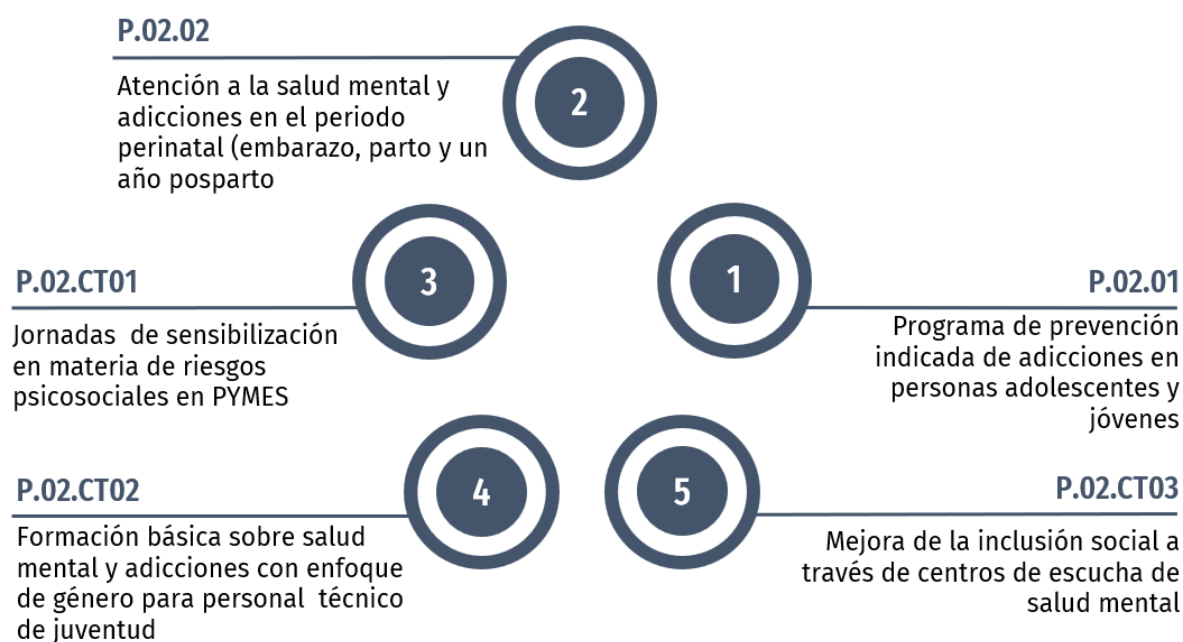
Los trastornos psicóticos debutan durante la adolescencia y la juventud, lo que se ha relacionado con un aumento de la duración de psicosis sin tratar, y peor pronóstico clínico y funcional. La evolución del trastorno en estas fases de psicosis incipiente y la demora en su tratamiento puede derivar en la denominada "toxicidad psicológica" una alteración en las circunstancias vitales, como fracaso escolar y laboral, autoagresiones, cambios en las relaciones interpersonales y conflictos intrafamiliares, entre otros.

La detección precoz es especialmente importante en el tratamiento de las adicciones ya que permite reducir el daño producido por las mismas y prevenir trastornos severos de consumo y de adicciones comportamentales, así como mejorar la eficacia de las intervenciones terapéuticas.

La identificación en una etapa temprana de la adicción podría generar mayor atención sobre los riesgos asociados con la etapa inicial del trastorno y ayudar a organizar las políticas y los recursos de cuidado de la salud de intervención preventiva y temprana.

En definitiva, es crucial diseñar las estrategias que permitan la detección precoz, reorganizando los servicios asistenciales y estableciendo una red de coordinación interniveles e intersectorial.

OE02 Mejorar la detección y atención precoz de las personas con problemas de adicciones y/o salud mental



P.02.01 Programa de prevención indicada de adicciones en personas adolescentes y jóvenes

Objetivos

- Implementar sistemas de detección temprana para identificar a adolescentes y jóvenes en riesgo de desarrollar adicciones mediante la realización de evaluaciones periódicas en entornos educativos, sanitarios y comunitarios.
- Aumentar el número de adolescentes y jóvenes y familias con esta problemática derivados al programa

Indicadores

- Número de evaluaciones realizadas en entornos educativos, sanitarios y comunitarios (desagregado por sexo y año) mediante la siguiente batería diagnóstica:
- ADITEC: Evaluación y detección en adolescentes y jóvenes de posibles problemas de adicción a las tecnologías
- SENA: Sistema de evaluación de problemas emocionales y de conducta en niños y adolescentes.
- CUIQ: Cuestionario de intención sobre uso del cannabis.
- Número de historias abiertas a adolescentes y jóvenes (de 12 a 19 años) en el Programa (desagregado por sexo y año).
- Número de familias que solicitan información y asesoramiento en torno a problemas derivados de conductas adictivas de sus hijos e hijas.
- Número de familias que participan en el programa sobre el total de las que solicitan información.
- Número de altas terapéuticas y de abandonos de personas en programa (desagregado por sexo y año).

Descripción.

El programa ha sido desarrollado, hasta ahora, por el área de prevención de la Unidad de Adicciones del IPBS de la Diputación de Córdoba y persigue la detección e intervención precoz de conductas de riesgo relacionadas con las adicciones.

Está dirigido a personas menores y jóvenes, entre 12 y de 19 años, que están teniendo conductas de riesgo relacionadas con sustancias tóxicas (alcohol, tabaco y otras drogas) como aquellas relacionadas con el abuso de las pantallas (móvil, redes sociales, videojuegos) y juegos de azar. El programa aborda los problemas derivados de dichas conductas que influyen en el bienestar emocional y social de las personas adolescentes y de sus familias.

Este programa identifica las diferentes necesidades y riesgos específicos para chicos, chicas y adolescentes transexuales y con identidades no binarias.

Al igual que sucede con los factores contextuales sociales y culturales, la inclusión de la perspectiva de género es clave en el éxito de las estrategias, programas e intervenciones en materia de prevención de adicciones, ya que existen patrones de consumo distintos según la socialización diferencial (motivaciones y hábitos del consumo, sustancias elegidas y formas de acceso a las mismas, motivaciones en el uso de las TRICO). Por esta razón, se hará una revisión del programa para garantizar que sea accesible para adolescentes y jóvenes mujeres, hombres y con identidades de género no binarias. También se garantizará que las intervenciones estén libres de sesgos de género, eviten reproducir estereotipos de género tradicionales y discriminatorios, y se trabajen desde la interseccionalidad de género. En cuanto a la evaluación, tanto de proceso como de impacto, deberá ofrecer resultados atendiendo al enfoque de género.

Las distintas fases del programa son.

- Acogida y valoración.
- Elaboración del plan individualizado de intervención con la participación de los chicos y chicas adolescentes que están en programa y sus familias.
- Desarrollo de las intervenciones tanto individuales como grupales.
- Seguimiento del plan individualizado de intervención.

Evaluación y resultados obtenidos informando tanto a las personas adolescentes y jóvenes como a las familias de dichos resultados.

Acciones a desarrollar.

- Difusión del programa en centros escolares, atención primaria, atención especializada (pediatría), salud mental, Servicios Sociales Comunitarios, Justicia Juvenil, Sistema de Protección de Menores, Subdelegación del Gobierno.

- Coordinación con los recursos anteriores para el seguimiento de las personas adolescentes y jóvenes atendidas.
- Intervenciones individuales psicoeducativas de cada persona adolescente y joven atendida y de su familia, llevadas a cabo por el equipo psicoeducativo del programa.
- Asesoramiento a familias que demandan información sobre conductas problemáticas de los hijos/as.
- Creación de grupos conducidos por el equipo psicoeducativo para reforzar la intervención individual y los déficits detectados.
- Creación de grupos de familias conducidos por el equipo psicoeducativo para reforzar sus habilidades y herramientas parentales.

Población destinataria general.

Personas con edad comprendida entre los 12 a 19 años y sus familias.

Población beneficiaria.

Personas con edad comprendida entre los 12 a 19 años y sus familias que participan en el programa.

Agentes Implicados.

- Dirección General de Cuidados, Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.
- Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional. (Personal Consejería, Delegaciones Territoriales de Desarrollo Educativo y Formación Profesional y de Universidad, Investigación e Innovación y Profesorado de centros educativos de primaria y secundaria de Andalucía).
- Profesionales de la Subdelegación del Gobierno.
- Profesionales de la Red de Adicciones de Andalucía.
- Profesionales de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Profesionales de atención primaria y de atención especializada (pediatría).
- Profesionales del Sistema de Protección de Menores.
- Profesionales del Sistema de Justicia Juvenil.
- Profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios.
- Profesionales de los equipos de tratamiento familiar.

Temporalización: 2026-2029.

P.02.02 Atención a la salud mental y adicciones en el periodo perinatal (embarazo, parto y un año posparto)

Objetivo:

Mejorar la detección y la atención a mujeres, y sus parejas, con problemas de salud mental y adicciones durante el periodo perinatal.

Indicadores

- Porcentaje de intentos de suicidio en periodo perinatal sobre el total de suicidios consumados en periodo perinatal.
- Porcentaje de mujeres que reciben atención al duelo perinatal.

Descripción.

El embarazo, parto y el primer año posparto (denominado periodo perinatal) es un período de transición evolutiva que implica intensos cambios fisiológicos, cognitivos y sociales que pueden desencadenar síntomas psicopatológicos o descompensar trastornos psiquiátricos previos. Se estima que una de cada cinco mujeres experimenta un trastorno mental durante el periodo perinatal. Además, se estima que hasta el 40% de las mujeres pueden consumir alcohol y el 5% cannabis durante el embarazo. Los problemas de salud mental y adicciones en el periodo perinatal tienen un impacto negativo en la salud de la mujer y del bebé, como prematuridad y retraso en el desarrollo.

El consumo de alcohol durante el embarazo tiene consecuencias negativas para el correcto desarrollo de la gestación. El alcohol es un agente teratogénico y puede causar daño permanente en el feto, ya que atraviesa con gran rapidez la placenta dejándolo expuesto a las mismas concentraciones de alcohol o incluso superiores que las de la gestante. La exposición fetal a drogas puede producir cambios permanentes en las estructuras y funciones cerebrales. El alcohol también afecta a la salud de la gestante, ya que es un agente carcinógeno implicado en al menos siete tipos de cáncer, incluido los más incidentes y prevalentes en mujeres: cáncer colorrectal y cáncer de mama, siendo este último además el que causa mayor mortalidad en mujeres.

El consumo de alcohol también puede afectar negativamente a la lactancia materna, desconociéndose qué nivel de consumo materno de alcohol tiene un riesgo cero o es seguro para el lactante. Por último, el puerperio es un momento crítico en el que puede producirse una recaída en el consumo en las gestantes en las que se hubiera detectado un patrón de consumo de riesgo o un trastorno por consumo de alcohol previo al embarazo.

Es crucial prestar atención al riesgo de suicidio durante la etapa perinatal. En las últimas dos décadas, el suicidio ha seguido siendo una de las principales causas de muerte materna. A diferencia de la tendencia general de la tasa de suicidios en mujeres, que ha mostrado una disminución, el índice de suicidios durante el embarazo y en los primeros seis meses después del parto se ha mantenido estable.

Se estima que las pérdidas/muertes perinatales (≥ 22 semanas), podría ascender a 5 por cada mil nacidos. El duelo perinatal es un proceso emocional extremadamente complejo que requiere atención especializada tanto para apoyar a la madre y a su pareja, como para prevenir posibles complicaciones psicopatológicas.

El programa se dirige a mujeres y sus parejas durante el periodo perinatal (en nuestra comunidad autónoma el número de partos fue de 62.054 en el año 2022) e incluye la prevención, formación de profesionales, tratamiento y creación de programas específicos en la red asistencial. Entre estos programas destacan las unidades funcionales madre/bebé, en las cuales se proporciona atención integral a mujeres con un trastorno perinatal grave.

Las actuaciones dentro este programa se llevarán a cabo por profesionales del SAS. Los trastornos mentales y las adicciones durante la etapa perinatal requieren una atención especializada que aborde múltiples niveles de intervención.

Es fundamental establecer una red de colaboración/formación entre los distintos servicios y planes que participan en la atención a la mujer y su bebé, como por ejemplo la atención al embarazo, parto y puerperio en Andalucía, capacitando especialmente a las matronas y matrones en el manejo de los aspectos de salud mental y en el conocimiento de la red de atención especializada en salud mental garantizando universalidad, accesibilidad y equidad en la asistencia.

Además, es indispensable contar con profesionales especializados en salud mental y adicciones en la etapa perinatal, incluyendo el abordaje de la salud mental perinatal en la cartera de servicios de psicología de atención primaria y en los servicios de enlace hospitalarios, desarrollando alternativas a la hospitalización tradicional que favorezcan el vínculo madre/hijo o hija.

La planificación y coordinación de distintos servicios y coordinación interniveles es crucial para garantizar una atención integral. Una estrategia completa en salud mental y adicciones perinatal debe abarcar todos los niveles de servicio, asegurando que los recursos especializados no solo brinden asistencia clínica, sino que también incluyan la promoción de la salud mental perinatal y la prevención de trastornos.

Acciones a desarrollar.

- Desarrollo del programa de atención a la salud mental y adicciones en el periodo perinatal, a través del incremento de profesionales.
- Formación en salud mental y adicciones específicas en la etapa perinatal para profesionales sanitarios.
- Desarrollo de flujos de trabajo para la integración de la atención de salud mental y adicciones en obstetricia.
- Identificación y facilitación de herramientas para el examen de salud mental y adicciones, que estarán disponibles en cada entorno clínico donde pueden presentarse mujeres usuarias de los servicios de obstetricia.
- Implementación de pruebas de detección de depresión, ansiedad y enfermedades relacionadas con la ansiedad, así como consumo de sustancias (fundamentalmente alcohol), dos veces durante el embarazo y al menos una vez en el periodo posparto.
- Desarrollo de un Protocolo / Circuito de intervención para la atención a dicha población una vez detectada la patología.
- Programa formativo psicoeducativo: Material psicoeducativo sobre salud mental y adicciones perinatal para su inclusión en los cursos de preparación para el nacimiento y crianza.

Población destinataria general.

Mujeres, con trastornos de salud mental (SM) y/o adicciones, y sus parejas, en el periodo perinatal (embarazo, parto y un año posparto).

Población beneficiaria.

Mujeres, con trastornos de SM y/o adicciones, y sus parejas en el periodo perinatal (embarazo, parto y un año posparto) que se incorporen al Programa.

Agentes Implicados.

- Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias. Dirección General de Cuidados, Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones. IAI.
- Servicio Andaluz de Salud, Consorcio Sanitario Público del Aljarafe.
- Escuela Andaluza de Salud Pública.

Temporalización: 2026-2029.

El incremento de profesionales se desarrollará en un segundo escenario que se contempla en tres fases, al final de las cuales quedaría establecido el objetivo del Programa, alcanzándose en el año 2029: 7

profesionales de la psiquiatra y 7 profesionales de la enfermería especialista de salud mental, condicionado en todo caso a la disponibilidad presupuestaria de cada ejercicio.

P.02.CT01 Jornadas de sensibilización en materia de riesgos psicosociales en PYMES

Objetivos

- Sensibilizar sobre los riesgos psicosociales (estrés laboral/ fatiga laboral por carga excesiva de trabajo, largas jornadas y rotaciones, falta de control sobre el trabajo, así como en la toma de decisiones, interferencia entre trabajo y familia, relaciones negativas y acoso laboral) y sobre la salud mental y conductas adictivas, dando valor al desarrollo de mecanismos y acciones que protejan la seguridad y salud de las personas trabajadoras en su integridad.
- Informar a las PYMES de las herramientas existentes para llevar a cabo las evaluaciones de riesgo psicosociales. Utilizando métodos que apunten al origen de los problemas, es decir, a las características de la organización del trabajo, condiciones de trabajo, comunicación ineficaz, demandas contradictorias, presiones en cuanto al tiempo, etc. y no basándose en el diagnóstico médico de la salud mental y/o adicciones.
- Promocionar en las empresas que se lleven a cabo la identificación, evaluación y prevención de estos riesgos, para facilitar el manejo de la salud emocional y la prevención de enfermedades mentales y las adicciones

Indicadores

- Número de PYMES que participan en las jornadas técnicas y talleres en cada provincia.
- Número de personas trabajadoras por provincia y sexo asistentes, que se benefician de las jornadas técnicas y talleres

Descripción.

Al igual que se han realizado otras campañas de sensibilización con otros riesgos en el ámbito laboral, se trata de hacer ver a las PYMES de Andalucía la importancia de los riesgos psicosociales y la salud mental de sus empleados y empleadas, incluidas las conductas adictivas, de forma que prioricen la identificación, evaluación y prevención de estos riesgos, ya que esto influye directamente en la productividad, el bienestar del personal y el rendimiento general de la empresa. Para ello se realizarán jornadas técnicas y talleres de información y sensibilización sobre los riesgos psicosociales y sus consecuencias por parte de los Centros de Prevención de Riesgos Laborales de cada provincia.

Acciones a desarrollar.

- Jornadas técnicas y talleres de información, formación y sensibilización en riesgos psicosociales en las diferentes provincias andaluzas.
- Dípticos informativos sobre los riesgos psicosociales, que suelen explicar qué son, cuáles son los más comunes, cómo prevenirlos y qué medidas tomar si ocurren.

Población destinataria general.

Todas las personas trabajadoras de PYMES de Andalucía.

Población beneficiaria.

Todas las personas trabajadoras de PYMES de Andalucía que puedan verse impactadas favorablemente por las acciones que se realicen en las jornadas técnicas y talleres.

Agente Implicado: Dirección General de Trabajo, Seguridad y Salud Laboral.

Temporalización: 2026-2027.

P.02.CT02 Formación básica sobre salud mental y adicciones con enfoque de género para personal técnico de juventud

Objetivos

Mejorar la atención ofrecida por el personal técnico de juventud de la red andaluza de centros de información juvenil de Andalucía (CIJA) y del Instituto Andaluz de la Juventud (IAJ) a través de información básica e instrumentos que les ayuden a:

- Entender la enfermedad mental y/o las adicciones en el ámbito de la información juvenil, teniendo en cuenta la perspectiva de género.
- Identificar situaciones de riesgo en relación a la salud mental y/o las adicciones de las personas jóvenes con las que desarrollan su intervención profesional, teniendo en cuenta la perspectiva de género.
- Conocer los recursos existentes en el ámbito de la salud mental y de la Red Pública de Adicciones en Andalucía.
- Aprender técnicas básicas de apoyo para gestionar situaciones de riesgo en relación a la

salud mental y/o las adicciones de las personas jóvenes con las que desarrollan su intervención profesional.

Indicadores

- Porcentaje del personal técnico de juventud asistente a la formación que se sienta más capacitado para detectar y afrontar problemas de salud mental en su ámbito profesional (encuesta de satisfacción).
- Porcentaje del personal técnico de juventud asistente a la formación que se sienta más capacitado para detectar y afrontar problemas de adicciones en su ámbito profesional (encuesta de satisfacción).
- Valoración de la idoneidad de la actividad por las personas participantes (encuesta de satisfacción).

Descripción.

Los datos epidemiológicos extraídos de la encuesta realizada a la población andaluza sobre consumo (Población Andaluza ante las Adicciones XVI) indican que el grupo más prevalente es la población adolescente (14-20 años) y joven (21-24 años).

Según el último informe elaborado por UNICEF España y la Universidad de Sevilla a partir de las opiniones de los jóvenes, el 41% de los y las adolescentes en España (4 de cada 10) manifiesta haber tenido o creer haber tenido un problema de salud mental en los últimos doce meses. Sin embargo, refleja que de ese 41%, más de 1 de cada 3 adolescentes no ha hablado con nadie sobre esos problemas y más de la mitad no ha pedido ayuda. Destaca también que merece especial atención el uso generalizado que hacen los adolescentes y jóvenes de las redes sociales.

El sexo es una variable muy significativa a tener en cuenta tanto en los problemas de salud mental como en las adicciones, siendo las mujeres las que presentan más tentativas de suicidio en comparación con los hombres, tanto las menores, como las mayores de 18 años. Por otra parte según el último informe del estudio ESTUDES sobre el uso de Drogas en Enseñanza Secundaria 2023 para Andalucía, atendiendo al consumo de alcohol en función del sexo, se encuentra diferencia significativa entre la prevalencia registrada entre los chicos y las chicas, siendo ellas quienes consumen más alcohol y la proporción de chicas que se ha emborrachado en los últimos 30 días es mayor que el porcentaje contemplado en el segmento masculino, pasando de un 20,7% en hombres hasta un 22,4% en mujeres. En relación al tabaco en el tramo temporal de los últimos 30 días, la extensión del consumo también es mayor entre las chicas.

Por todo ello es fundamental promover desde todos los ámbitos acciones que contribuyan a mejorar el bienestar mental de las y los jóvenes y detectar de forma temprana cualquier problema de salud mental o de adicciones.

En esta línea se va a realizar formación específica en materia de salud mental y adicciones con enfoque de género al personal técnico de juventud de Andalucía, con el objetivo de que adquieran las competencias necesarias para detectar problemas de salud mental y/o adicciones en la población juvenil con la que se interviene y poder derivar de forma efectiva a los recursos sociosanitarios disponibles.

Acciones a desarrollar.

- Webinars de formación sobre salud mental para personal técnico de juventud de Andalucía.
- Webinars de formación sobre adicciones para personal técnico de juventud de Andalucía.

Personas destinatarias.

Personal técnico de juventud de los CIJS y el propio personal del IAJ que atiende a jóvenes.

Formato: Online (streaming).

Duración: 20 horas.

Población destinataria general.

Personal Técnico de los Centros de Información Juvenil de Andalucía y del instituto Andaluz de Juventud.

Población beneficiaria.

Personal Técnico de los Centros de Información Juvenil de Andalucía y del instituto Andaluz de Juventud que realizan la Formación.

Agentes Implicados.

- Instituto Andaluz de la Juventud (Servicios Centrales y Direcciones Provinciales).
- Red de Centros de Información Juvenil de Andalucía (452).
- Profesionales de la Red de Salud Mental y de la Red de Adicciones de Andalucía.
- Escuela Andaluza de Salud Pública.

Temporalización: 2026-2027.

P.02.CT03 Mejora de la inclusión social a través de Centros de escucha de salud mental

Objetivo: Ayudar a personas con dificultades emocionales o sociales a que se sientan acompañadas, escuchadas y seguras de compartir sus problemas, en un entorno comunitario para evitar así que

muchas de estas dificultades vayan en aumento y necesiten posteriormente una atención especializada en salud mental y adicciones

Indicador: Número de personas que participan en los centros de escucha para la mejora de la salud mental, por provincia, sexo y tramo de edad de 16 a 30 años.

Descripción.

El alcance de este programa es la puesta en marcha de centros de escucha para la mejora de la salud mental en cada una de las provincias andaluzas. Como denominación genérica, utilizaremos el término ESPACIO ABIERTO: Centro de escucha en salud mental.

Aunque esta experiencia es nueva en España, en diferentes países de nuestro entorno existen recursos similares, denominados “Casas de respiro”, dónde se trabaja entre otras cuestiones la prevención del suicidio en personas jóvenes. Asimismo, desde hace diez años en Almería se lleva a cabo un programa denominado Inclúyete (www.incluyete.blog), entre FAISEM y la Universidad de Almería donde se comparten diferentes actividades artísticas y deportivas entre estudiantes, personas con experiencias propias en salud mental y ciudadanía interesada. Fruto de esta colaboración se puso en marcha en 2024 el primer centro de estas características en Almería. El método de trabajo se basa en el denominado marco de Diálogo Abierto, un enfoque que surgió en Finlandia y que en estos momentos la OMS recomienda implementar a nivel mundial por ser muy respetuoso con los derechos de todas las personas.

En este Programa se va a incorporar el enfoque de género con el objetivo fomentar el empoderamiento de las mujeres que participan en el Programa y asegurando que las diferentes necesidades queden cubiertas, ya que desde el sistema sanitario, habitualmente no se tienen en cuenta todos los factores que afectan a la salud emocional y mental de las mujeres, sin embargo la literatura científica nos muestra que los problemas de malestar emocional y salud mental afectan más a las mujeres que a los hombres y que éstas tienen peor salud mental que los hombres.

Los datos desagregados por sexo muestran realidades distintas para hombres y mujeres: 9 de cada 100 mujeres tienen ansiedad crónica, más de la mitad de las personas que sufren depresión y ansiedad son mujeres, los intentos de suicidio se dan 3 veces más en mujeres que hombres y de cada 10 personas que toman antidepresivos, 8 son mujeres. Ante esta realidad, en el tratamiento a las mujeres se recurre fundamentalmente a un abordaje psicofarmacológico para solucionar el sufrimiento emocional, recibiendo mayores prescripciones de ansiolíticos y antidepresivos que los hombres.

Descripción del programa.

- Se trata de un espacio, donde cualquier persona, que sienta la necesidad de compartir su experiencia y desee estar acompañada en este proceso, se puede acercar sin cita previa, ni ningún diagnóstico psicopatológico reconocido. Por tanto, es un dispositivo de apoyo social que pretende

ayudar a personas con dificultades emocionales o sociales a que se sientan acogidas, escuchadas y seguras de compartir sus problemas, en un entorno comunitario. Este tipo de recursos facilita la expresión emocional y puede ser preventivo, en el sentido de evitar que muchas de estas dificultades vayan en aumento y necesiten posteriormente una atención especializada en salud mental. A las personas asistentes a este recurso se les invita también a que puedan ir acompañadas por miembros de su red social o familiar que puedan ayudar en el proceso.

- Este dispositivo deberá tener un horario de funcionamiento, como mínimo, de 17-22 horas de lunes a domingo (con la posibilidad de añadir actividades en horarios complementarios, y siempre orientado al uso de espacios comunitarios y de la ciudad). Durante ese horario las personas pueden estar el tiempo que lo deseen. Junto con una sala de reuniones, donde pueden compartir con el equipo sus preocupaciones o dificultades, hay varios espacios en los que se puede estar hablando con otras personas, realizando talleres, participando en juegos de mesa, escuchando música o simplemente haciendo lo que cada cual desee.
- A este espacio de escucha puede acceder cualquier persona, aunque está orientado más para personas entre 16 y 30 años. No se necesitará derivación expresa de la red de salud mental o adicciones, ni grado de dependencia o porcentaje de discapacidad.
- Junto a los y las profesionales de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM), habrá un grupo de personas voluntarias, estudiantes, personas con experiencia propia en salud mental, profesionales y colaboradoras.
- Elementos claves de este programa son el establecimiento de grupos inclusivos con jóvenes, el apoyo mutuo entre pares y la perspectiva de igualdad, la sensibilización social en salud mental en espacios habituales de las personas jóvenes y la participación, desde un enfoque de derechos, de las personas participantes (independientemente de si tienen experiencia propia en salud mental o no).

El carácter innovador de este programa justifica la realización de un proyecto de investigación sobre el impacto de su puesta en marcha, desde la hipótesis de que en muchos casos la escucha y el acompañamiento en este tipo de programas es suficiente para resolver situaciones de crisis personal, lo que puede resultar suficiente para evitar el ingreso en las unidades hospitalarias de salud mental, un recurso más costoso y que en muchos casos las personas viven con sentimientos de culpa, de un modo estigmatizante o incluso traumático. Estas son las referencias del centro puesto en marcha en Almería en 2024, dónde en un año han sido acogidas 50 personas, con una asistencia media de 15 personas al día y sólo un ingreso de corta duración en una Unidad de Salud Mental de un Hospital General, en un año.

Acciones a desarrollar.

- Determinación de los espacios físicos dentro de la red de centros de día y centros sociales de FAISEM.

- Selección de los profesionales de FAISEM.
- Contactos y vinculación al programa de personas con experiencia propia en salud mental, voluntariado, grupos de estudiantes, asociaciones, entidades locales y servicios de salud mental.-.
- Definición de los proyectos y actividades por cada centro de escucha en salud mental, a nivel provincial.
- Puesta en marcha de los centros de escucha.
- Formación en Diálogo Abierto a los participantes en la experiencia.
- Definición de los canales de coordinación con los servicios públicos de salud mental.
- Difusión y comunicación de la experiencia (redes sociales, página web propia, etc.).
- Difusión en los centros educativos de la puesta en marcha del centro de escucha.
- Diseño del proyecto de investigación con la Universidad de Almería.
- Desarrollo del proyecto de investigación: Análisis de resultados y elaboración de informes finales.
- Identificación de casos que requieran derivación a otros servicios de atención.

Población destinataria general.

Personas con problemas de salud mental y /o malestar emocional.

Población beneficiaria.

Personal Técnico de los Centros de Información Juvenil de Andalucía y del propio IAJ.

Personas con problemas de salud mental y malestar emocional y tramo de edad entre 16 a 30 años, que han accedido al Programa.

Agentes Implicados.

- Grupos de personas con experiencia propia en salud mental.
- Agentes de apoyo mutuo y voluntariado.
- Grupos de estudiantes.
- Universidad.
- Movimiento asociativo.
- Entidades locales.
- Servicios de salud mental.

- FAISEM.

Temporalización: 2026-2029.

El incremento de profesionales se desarrollará en un segundo escenario que se contempla en tres fases, al final de las cuales quedaría establecido el objetivo del Programa, alcanzándose en el año 2029 la apertura de 7 centros de escucha (Sevilla, Jaén, Huelva, Granada, Córdoba, Cádiz y Málaga).

OE03

Mejorar la salud física de las personas con problemas de salud mental y adicciones

Las personas con un trastorno mental grave constituyen una población en situación de especial vulnerabilidad, al tener asociadas tasas de prevalencia más altas de problemas somáticos, mayores tasas de mortalidad para determinadas patologías y una esperanza de vida menor que la población general. Aparte de las actuaciones sanitarias de prevención, detección, intervención y monitorización de las patologías, es de suma importancia promover estilos de vida más saludables en estas personas.

Los elementos que contribuyen a favorecer este tipo de trastornos físicos asociados son múltiples. Los estilos de vida no saludables, influenciados por factores relacionados con la propia enfermedad, incorporan factores de riesgo para la salud.

Todo esto aconseja desplegar acciones de promoción de la salud en personas con trastorno mental grave (TMG) y articular mecanismos de coordinación y cooperación entre diferentes agentes y organismos, que permitan desarrollar las medidas educativas, terapéuticas y preventivas de manera integral.

Preocuparse por la salud física de las personas con TMG supone tener una especial sensibilidad, una visión más completa de los problemas, una actitud que trasciende lo exclusivamente mental, y una práctica que permite abordar la promoción de estilos de vida saludables y la prevención y control de las patologías somáticas, que incrementan la discapacidad y la mortalidad prematura en esta población.

En este sentido, debemos procurar que las personas con trastornos mentales tengan un acceso a programas y actividades de promoción de la salud en igualdad de condiciones que el resto de la población, poniendo especial énfasis en la perspectiva de género.

OE03 Mejorar la salud física de las personas con problemas de salud mental y adicciones

P.03.CT01

Mejora de la salud física a través del deporte



P.03.CT01 Mejora de la salud física a través del deporte

Objetivo: Mejorar la salud física de las personas con trastorno mental grave y problemas de adicciones a través de la puesta en marcha de un proyecto anual de actividad física y deporte en Andalucía.

Indicadores

- Porcentaje de personas que se vinculan a los proyectos de actividad física y deporte (por provincia, sexo y tramo de edad de 18 a 65 años) sobre el total de las personas atendidas en los servicios públicos de salud mental y de la Red pública de atención a las adicciones en Andalucía.
- Porcentaje de personas que mejoran sus indicadores metabólicos tras participar en un programa de educación física, respecto al indicador metabólico medido antes del inicio de la actividad

Descripción.

El alcance de este programa es la puesta en marcha de proyectos de actividad física y deporte dirigidos a personas con trastorno mental grave, y/o adicciones en cada una de las provincias andaluzas, durante el periodo de 2026-2029. Como denominación genérica se le llamará PROYECTO REcovery (deporte, salud mental y adicciones).

Hoy en día, el sedentarismo es una característica muy común en la población con trastorno mental grave y/o problemas de adicciones (en adelante, TMG y A), lo que impacta negativamente en la salud física y mental.

Esta actividad física reducida, junto con otros elementos como el tipo de dieta, consumo de tabaco y otras sustancias tóxicas o los efectos secundarios de los psicofármacos y el consumo de sustancia psicoactivas,

pueden contribuir a la aparición de diversas enfermedades y que la esperanza y calidad de vida se acorte significativamente.

La enfermedad mental severa se asocia con un riesgo muy elevado de padecer adicciones y la prevalencia de trastornos mentales entre las personas con problemas de adicciones es muy alta.

Las personas con esquizofrenia presentan una comorbilidad con enfermedades "médicas" que supera el 50%, siendo la prevalencia del denominado "síndrome metabólico" muy elevado, lo que supone, entre otros efectos, un aumento entre dos y cuatro veces del riesgo de padecer problemas coronarios y diabetes. Además, la enfermedad mental severa se asocia con un riesgo muy elevado de padecer adicciones.

De ahí, como destaca el Consenso sobre la Salud Física de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica, la necesidad de mejorar las intervenciones sobre los factores comportamentales modificables, entre los que se encuentra la actividad física. Sin embargo, la probabilidad de realización de ejercicio en estas personas es de la mitad en comparación con la población general.

Por otro lado, las personas con problemas de salud mental y/o adicciones, además de realizar menos actividad física, informan de muy poca confianza en su capacidad de ejercicio y muestran bajos niveles de apoyo social para la realización del mismo.

Igualmente, tras un ingreso hospitalario (donde se vive en un estado de inactividad física total), es característico un estado de abulia y anhedonia que limita la relación grupal y el interés personal por la práctica de la actividad física. Por otro lado, está demostrado que el ejercicio físico regular no sólo afecta a la salud física, sino también al estado emocional y al bienestar personal.

Respecto a las personas con adicciones en el tratamiento de abuso de sustancias se trata de cambiar comportamientos bastante arraigados, lo que implicara realizar ciertas modificaciones en su estilo de vida. Por tanto, una modificación del estilo de vida como método complementario para el cese o la prevención en el consumo de sustancias se podría basar en la introducción del ejercicio físico en la rutina diaria de la persona (Read y Brown, 2003).

Desde el punto de vista del comportamiento, la actividad física puede servir como un sustituto saludable para el comportamiento no saludable, es decir, el consumo de sustancias (Pate et al., 1996; Ward et al., 2003). Además, también puede reducir el uso de sustancias a través de vías psicológicas (Craft y Perna, 2004), incluyendo la mejora de la autoeficacia, la autoestima, la impulsividad, el bienestar emocional y las relaciones sociales y familiares (Broocks et al., 1998), los cuales se consideran aspectos necesarios que proporcionan las herramientas necesarias para resistir el deseo del consumo de drogas (Simonton et al., 2018). Por otro lado, desde el punto de vista neurobiológico, la actividad física y el consumo de sustancias activan vías de recompensa similares en el cerebro (O'Brien et al., 2011), modulando el sistema serotoninérgico y dopaminérgico (Zhang y Yuan, 2019).

Además, un problema habitual es el alto número de abandonos de las y los participantes. Este es un problema habitual en las intervenciones en la esquizofrenia y también en los programas que pretenden fomentar hábitos deportivos. Por eso, se requiere implementar medidas que contribuyan a un mantenimiento de hábitos saludables en ambientes lo más normalizados posibles.

A pesar de los importantes beneficios que puede conllevar el deporte, no existen, sin embargo, muchos proyectos en este ámbito ni estudios que hayan evaluado su efecto en población con TMG y problemas de adicciones. De hecho, uno de los principios de la Declaración de Málaga sobre Deporte y Salud Mental, impulsada por FAISEM y promovida por nueve países bajo los auspicios del proyecto Insport de la Unión Europea, es promover la investigación en este campo, promover la participación de las personas con experiencia propia y utilizar espacios comunitarios para la práctica deportiva, acorde con ese derecho de ciudadanía.

Por tanto, llevar y mantener una vida sana ayuda a paliar el estigma asociado a la enfermedad mental, al convertirse los y las pacientes en protagonistas de su propia salud, promoviendo la recuperación y consecuentemente la inclusión social. (Intervenciones de promoción y protección de la salud general dirigidas a personas con trastorno mental grave. SAS 2012).

En esta línea, FAISEM desarrolla un programa de deportes desde 2005, a través de una Comisión Andaluza de Deportes Y Salud Mental (integrada por profesionales y personas usuarias de cada una de las provincias), en el que participan no menos de 2.000 personas al año y que se configura en la organización de eventos deportivos en al menos tres niveles.

- La práctica deportiva se realiza con regularidad en los centros de día y centros sociales.
- La organización de eventos deportivos a nivel autonómico, nacional y europeo.
- Y la realización de encuentros técnicos formativos y/o divulgativos.

Una iniciativa importante son los estudios de investigación realizados por FAISEM junto a la Universidad de Almería y el Centro Andaluz de Medicina del Deporte (Efectos físicos y sociales de un programa de actividad física en personas con trastorno mental grave y Reducción del gasto sanitario en personas con trastorno mental grave a través de la actividad física).

El programa de educación en valores a través del deporte incorpora las siguientes medidas.

- La conexión con los servicios públicos de salud mental y adicciones, en la prescripción de actividad física para proyectos provinciales de carácter anual.
- El predominio de actividades de carácter inclusivo, en el ámbito local y con la cooperación de entidades y profesionales del deporte.
- La vinculación de mujeres con experiencia propia en salud mental en la participación y organización de eventos deportivos. En este aspecto hay que destacar que un equipo femenino de FAISEM fue el primero en participar en un torneo disputado en Italia en 2023.

- El uso de instalaciones deportivas, públicas y privadas.
- La realización de encuentros y competiciones deportivas con la implicación en la gestión y desarrollo de las personas usuarias deportistas.
- La difusión de estas iniciativas como estrategias de sensibilización y lucha contra el estigma.
- La realización de proyectos de investigación.
- Y la incorporación de la red de adicciones en la Comisión de Deportes a nivel regional.

Estos elementos serán la base de las acciones a desarrollar.

La actividad deportiva se encuentra íntimamente salpicada por estereotipos de género y la *brecha de género en el deporte es un reto complejo que requiere diferentes soluciones, por lo tanto, los proyectos a desarrollar incorporarán de forma transversal el enfoque de género.*

Acciones a desarrollar.

- Estudios provinciales sobre las preferencias de práctica deportiva de las potenciales personas usuarias de los proyectos y actividades, a nivel provincial.
- Selección de los profesionales de FAISEM.
- Contactos y vinculación de grupos de personas con experiencia propia en salud mental y adicciones, con el voluntariado, Universidades y grupos de estudiantes, entidades locales, clubes deportivos y ámbito federativo, instalaciones deportivas con la Consejería de Cultura y Deporte.
- Definición de los canales de coordinación con los servicios públicos de salud mental.
- Puesta en marcha de los proyectos provinciales.
- Diseño y desarrollo del proyecto de investigación con la Universidad de Almería.

Población destinataria general.

Personas con problemas de salud mental y/o de adicciones atendidas en la red de FAISEM.

Población beneficiaria.

Personas con problemas de salud mental y/o de adicciones entre 18 a 65 años que han participado en el PROYECTO REcovery (deporte, salud mental y Adicciones) atendidos en FAISEM.

Agentes Implicados.

- FAISEM.
- Grupos de personas con experiencia propia en salud mental y/o adicciones.

- Voluntariado.
- Grupos de estudiantes.
- Universidad.
- Movimiento asociativo.
- Entidades locales.
- Servicios de salud mental.
- Federaciones y clubes deportivos.
- Instalaciones deportivas.
- Consejería de Turismo y Andalucía Exterior.
- Universidad de Almería.
- Centro Andaluz de Medicina del Deporte.

Temporalización: 2026-2029.

OE04

Disminuir las conductas suicidas y su impacto social

El suicidio es la primera causa de muerte no natural en nuestro país por encima incluso de los accidentes de tráfico.

De acuerdo con los datos oficiales publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2023), durante el año 2023 se registraron en España 4.116 defunciones por suicidio, con una distribución por sexo significativamente asimétrica: 3.044 casos correspondieron a hombres (74,0%) frente a 1.072 mujeres (26,0%). A escala autonómica, el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA) reportó 815 defunciones por esta causa en el mismo período. La distribución andaluza replica la tendencia nacional, aunque con una brecha de género aún más acentuada: el 77,0% de los casos afectó a hombres (628) frente a un 23,0% de mujeres (187).

En cuanto a las tentativas de suicidio, los datos disponibles corresponden a episodios atendidos en los Servicios de Urgencias Hospitalarias del SSPA. Se observa un incremento de 126 casos en el año 2024 (5.500) respecto al año anterior (5.374), lo que supone un aumento del 2.34%.

Se estima que entre el 65% y el 95% de las personas que mueren por suicidio sufren un problema de salud mental diagnosticable en el momento de su muerte.

El consumo de sustancias es un factor favorecedor de las conductas suicidas y el tiempo de uso aumenta la probabilidad de presentar estas conductas. El suicidio es la principal causa de muerte en persona con problemas de consumo de sustancias.

Las personas diagnosticadas de patología dual presentan mayor riesgo de suicidio que las que tienen sólo un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental.

El impacto del suicidio va más allá de la persona que pierde la vida, deja una cicatriz emocional permanente en quienes pierden una persona querida y tiene consecuencias devastadoras en la sociedad en su conjunto desde múltiples perspectivas, incluyendo desde el bienestar social y emocional hasta aspectos económicos. Se trata de un problema de salud pública frecuente y devastador, pero la conducta suicida se puede predecir y, por tanto, también se puede prevenir.

OE04 Disminuir las conductas suicidas y su impacto social

P.04.01

Programa de prevención de la conducta suicida en Andalucía



P.04.01 Programa de prevención de la conducta suicida en Andalucía

Objetivo: Reducir la incidencia del suicidio en la comunidad a través de un enfoque integral que combina estrategias de sensibilización, detección, intervención, seguimiento y posvección. Este programa busca abordar el suicidio como un problema social que requiere una mirada de salud pública, (esfuerzo conjunto entre instituciones y la ciudadanía) promoviendo la coordinación intersectorial para optimizar los recursos disponibles y mejorar la calidad de vida de las personas en riesgo.

Los **objetivos específicos** del programa son:

1. Reducir al menos el 10% la tasa de intentos de suicidio en Andalucía para 2026 y un 15% los reintentos de suicidio.
2. Garantizar que al menos el 90% de las personas con conducta suicida reciban seguimiento dentro de los primeros 30 días tras el intento.
3. Garantizar que el 100% de personas con ingreso por conducta suicida en la unidad hospitalaria de salud mental (UHSM) tengan continuidad asistencial en la unidad de salud mental comunitaria

(USMC).

4. Mejorar el seguimiento y la asistencia especializada de estas personas y sus familias en programas específicos de ámbito comunitario o unidades de alta intensidad.
5. Implementar programas de posvención (conjunto de acciones y apoyos dirigidos a las personas que han perdido a un ser querido por suicidio) en el 100% de las provincias andaluzas antes de 2026.
6. Sensibilizar a la población andaluza sobre la conducta suicida como un problema social, mejorando su alfabetización para contribuir a desafiar mitos, prejuicios y actitudes estigmatizantes asociadas al suicidio y a las personas que presentan conductas suicidas (sobrevivientes y supervivientes).
7. Identificar poblaciones vulnerables, de mayor fragilidad y riesgo de suicidio con el fin de mejorar su asistencia sanitaria, social y comunitaria a través de procedimientos de detección proactiva de riesgo y su coordinación con agentes implicados.
8. Mejorar la coordinación entre agentes sociales e instituciones implicadas en la prevención del suicidio en Andalucía.
9. Incrementar la detección de personas en riesgo de suicidio en distintos niveles de atención sanitaria y social.
10. Fomentar la formación e investigación sobre la conducta suicida en Andalucía.
11. Mejorar la comunicación en medios a través de la formación y capacitación de sus profesionales en comunicación responsable, rigurosa y ética del suicidio.
12. Implementar el código suicidio "CONTSUIC" en todas las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud para garantizar una respuesta rápida y efectiva ante casos detectados.
13. Aliar las estrategias y acciones del programa andaluz de prevención del suicidio con las líneas estratégicas del Plan de Acción de Prevención del Suicidio del Ministerio de Sanidad (2025-2027).

Indicadores

- Reducción de intentos y reintentos de suicidio: Porcentaje de disminución en intentos y reintentos de suicidio registrados en servicios sanitarios para 2026.
- Seguimiento post-intento: Porcentaje de personas con conducta suicida que reciben seguimiento dentro de los primeros 30 días tras el intento.
- Seguimiento programas específicos de atención conducta suicida: Porcentaje de personas con conducta suicida que reciben intervenciones especializadas en programas comunitarios

específicos.

- Seguimiento post-ingreso: Porcentaje de personas ingresadas en UHSM con conducta suicida que reciben seguimiento en USMC de referencia.
- Cobertura de programas de posvención: Número de provincias con programas de posvención operativos antes de 2026.
- Alfabetización en suicidio: N.º de campañas de sensibilización realizadas y % de población alcanzada con mensajes educativos sobre la conducta suicida.
- Detección de poblaciones vulnerables: Porcentaje de aumento en la identificación de personas en riesgo mediante cribado en entornos sanitarios y sociales.
- Coordinación interinstitucional: Número de acuerdos y protocolos firmados entre instituciones y agentes sociales implicados en la prevención del suicidio.
- Incremento en la detección de casos: Porcentaje de incremento en la detección y derivación de personas en riesgo en atención sanitaria y social.
- Mejora en la asistencia y seguimiento: Porcentaje de pacientes en tratamiento especializado tras la detección de riesgo suicida.
- Formación e investigación: Número de estudios sobre conducta suicida realizados y número de profesionales formados en prevención del suicidio.
- Poner en marcha un estudio de vigilancia epidemiológica de la mortalidad por suicidio en la Comunidad Autónoma de Andalucía.
- Comunicación responsable en medios: Número de profesionales de comunicación capacitados y porcentaje de medios adheridos a prácticas éticas sobre el suicidio.
- Implementación de "CONTSUIC": Porcentaje de Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental con "CONTSUIC" implementado y operativo.
- Alineación con el Plan Nacional: Porcentaje de acciones del programa andaluz de prevención del suicidio que se ajustan a las líneas estratégicas del Plan de Acción de Prevención del Suicidio del Ministerio de Sanidad (2025-2027).

Descripción.

El suicidio es una de las principales causas de muerte evitable y representa un desafío prioritario en salud pública a nivel global. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 700.000 personas mueren por suicidio cada año, y por cada muerte, se estima que al menos 20 personas intentan suicidarse. En España, la tasa de suicidio en 2023 se situó en 8.5 muertes por 100.000 habitantes, con aproximadamente 80.000 intentos de suicidio atendidos anualmente. En Andalucía, la tasa de suicidio supera la media

nacional, alcanzando 9.4 muertes por 100.000 habitantes, con una tasa de 11.2 en hombres y 3.3 en mujeres. Esta situación requiere una respuesta urgente y adecuada, basada en la evidencia científica, que aborde tanto los factores de riesgo como los factores de protección del suicidio.

La prevención del suicidio en Andalucía debe ser entendida como un desafío complejo, que exige un enfoque integral y multidisciplinario. El suicidio es influenciado por diversos factores, tales como la edad, el género, el entorno social y las condiciones de salud mental, y se manifiesta de manera distinta en función de las características demográficas y socioculturales de cada comunidad. En este sentido, Andalucía, por su diversidad geográfica y socioeconómica, presenta desafíos particulares como la dispersión rural, que dificulta el acceso a servicios de salud mental adecuados y oportunos.

En este contexto, la intervención debe ir más allá de un enfoque clínico individual y promover una estrategia comunitaria de sensibilización y educación sobre prevención del suicidio. Es fundamental que los profesionales de la salud, la educación y las instituciones públicas trabajen de manera colaborativa para reducir el estigma asociado a los trastornos mentales y facilitar el acceso a los recursos de apoyo. La implementación de programas de formación y sensibilización en todos los niveles, desde las escuelas hasta las instituciones sanitarias, contribuirá a la identificación temprana de signos de riesgo y permitirá ofrecer respuestas más oportunas y efectivas.

Además, la creación de redes de apoyo en la comunidad, junto con políticas públicas de apoyo psicosocial, será clave para reducir las tasas de suicidio en la región. Estas redes deben promover la cohesión social y brindar recursos de acompañamiento y apoyo psicológico a quienes atraviesan momentos de crisis, facilitando su acceso a tratamientos y reduciendo las barreras relacionadas con la atención a la salud mental.

En resumen, la prevención del suicidio en Andalucía debe ser una prioridad en salud pública, y para ello es necesario adoptar una estrategia integral y basada en la evidencia científica que aborde los factores de riesgo, promueva la sensibilización social, favorezca el acceso a servicios de salud mental y fomente la creación de redes de apoyo comunitario. Solo mediante un enfoque colaborativo y multidisciplinario podremos reducir las tasas de suicidio y ofrecer respuestas adecuadas a las personas que más lo necesitan.

Este programa se estructura en siete áreas de actuación con un total de 35 actividades específicas que se fundamentan en modelos teóricos y enfoques científicos ampliamente validados.

- Coordinación y organización: Creación de una Red Andaluza de Prevención del Suicidio y un grupo motor del programa, basado en modelos de gobernanza intersectorial y redes comunitarias de salud.
- Vigilancia epidemiológica e investigación: Creación de un sistema de registro de conductas suicidas y mapeo de suicidios en Andalucía, fundamentado en estudios epidemiológicos y análisis de tendencias suicidas.

- Restricción de medios letales: Control del acceso a lugares y medios con alta incidencia de suicidio, basado en investigaciones que demuestran que la reducción de acceso a medios letales disminuye la tasa de suicidios.
- Formación y sensibilización: Capacitación de profesionales sanitarios, educativos y sociales en la detección e intervención temprana, siguiendo modelos de prevención basados en la teoría del aprendizaje y psicoeducación.
- Atención a la población infanto-adolescente: Creación de protocolos específicos para menores y sensibilización de familias y docentes, apoyado en estudios sobre desarrollo emocional y prevención temprana.
- Atención a personas en situación de vulnerabilidad: Desarrollo de medidas específicas para colectivos de riesgo, incluyendo personas mayores, víctimas de violencia, población sin hogar y personas con enfermedades crónicas, basado en el modelo de determinantes sociales de la salud.
- Detección, intervención y seguimiento: Implementación del "Código Suicidio", refuerzo de los dispositivos de urgencias psiquiátricas y seguimiento intensivo, respaldado por estudios sobre efectividad en la continuidad asistencial.

Los enfoques teóricos que sustentan este programa se basan en modelos psicológicos explicativos de segunda generación, teoría interpersonal (Joiner), teoría volitivo-integral (O'Connor) y teoría de tres pasos (Klonsky & May). Asimismo, las estrategias se alinean con las recomendaciones de la OMS (Guía Life-Live) y el Plan de Acción de Prevención del Suicidio (Ministerio de Sanidad).

Acciones a desarrollar.

- Constitución de un Grupo motor de desarrollo del Programa.
- Creación de la Red Andaluza de Prevención del Suicidio.
- Implantación de un sistema de información (registro y explotación de datos) sobre conducta suicida (desagregada por provincia, edad y sexo).
- Protocolizar la atención a las personas/familias supervivientes de casos de suicidios.
- Impulso de la investigación sobre conducta suicida en Andalucía.
- Identificar y trabajar con las personas, y sus familias, en situación de vulnerabilidad, haciéndoles partícipes en su proceso evolutivo.
- Activación del Código Suicidio Hospitalario en todos los servicios de Urgencia de Andalucía para identificar y realizar seguimiento a las personas de riesgo.
- Realización de campañas de sensibilización sobre conductas suicidas.

- Establecimiento de una red de Formación Continuada para profesionales y/o agentes activos.

Población destinataria general.

Población general.

Población beneficiaria.

- Personas en riesgo de conducta suicida identificadas en el sistema sanitario y social.
- Personas con intentos y/o re-intentos de suicidio atendidas en SSPA.
- Personas tras ingreso hospitalario por conducta suicida de riesgo.
- Personas en riesgo de suicidio con diagnóstico Trastorno Mental Grave.
- Personas mayores, especialmente aquellas en situación de soledad no deseada o con enfermedades crónicas.
- Personas con enfermedades de salud mental y física, incluyendo trastornos graves, crónicos e incapacitantes.
- Supervivientes de intentos de suicidio y sus familias.
- Víctimas de violencia, abusos, acosos y maltrato (especialmente en edades tempranas del desarrollo).
- Colectivos en riesgo de exclusión social, incluyendo minorías étnicas, personas en situación de pobreza y personas sin hogar.
- Mujeres víctimas de violencia de género.
- Comunidad educativa y laboral en programas de prevención.

Agentes Implicados.

Todos aquellos agentes que figuran en las acciones descritas en el programa andaluz de prevención del suicidio.

- Consejerías de la Junta de Andalucía.
- Profesionales sanitarios y no sanitarios del SSPA.
- Colegios Profesionales y Universidades.
- Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses provinciales.
- Fuerzas de Seguridad y Orden Público.

- Medios de comunicación.
- Movimiento asociativo y Tercer Sector.
- Corporaciones Locales.
- Escuela Andaluza de Salud Pública.

Temporalización: 2026-2029.

Línea	2	Intervención comunitaria en salud mental y adicciones
--------------	----------	--

OE05	Fomentar un modelo comunitario y mejorar la coordinación Salud Mental, Adicciones y Atención Primaria (proceso asistencial de ansiedad, depresión y somatizaciones)
-------------	--

El objetivo de consolidar un modelo de atención comunitaria para personas con problemas de salud mental y adicciones responde a una necesidad urgente, donde la excesiva demanda asistencial, la fragmentación de servicios, el exceso de medicalización y la falta de colaboración con el tercer sector han demostrado ser poco eficientes para abordar de manera integral los problemas de salud mental y adicciones, especialmente aquellos de alta prevalencia y de intensidad leve o moderada.

Una atención comunitaria coordinada permite, asimismo, la identificación precoz de casos potencialmente graves y mejora la accesibilidad a intervenciones más específicas para las redes de salud mental y adicciones, al desarrollar circuitos que priorizan el acceso y adelantan la intervención eficaz.

Dicha consolidación del modelo de atención comunitaria para problemas de salud mental y adicciones irá dirigido principalmente a la atención centrada en la persona, otorgándole todo el protagonismo, facilitando la comprensión de lo que le sucede, potenciando los recursos propios para superar la crisis o la enfermedad, normalizando las emociones y enseñando estrategias de afrontamiento para aliviar las respuestas de estrés ante situaciones vitales, en coordinación y colaboración con todos los sectores implicados (Atención Primaria, Salud Mental, Adicciones y Asociaciones) y evitando la medicalización o psicologización innecesarias.

OE05 Fomentar un modelo comunitario y mejorar la coordinación Salud Mental, Adicciones y Atención Primaria (proceso asistencial de ansiedad, depresión y somatizaciones)

P.05.01

Atención de Psicología Clínica en Centros de Atención Primaria (PCAP)



P.05.02

Consolidación del modelo de atención comunitaria para problemas de salud mental y adicciones

P.05.01 Atención de Psicología Clínica en Centros de Atención Primaria (PCAP)

Objetivos

- Impulsar la diferenciación por parte de los profesionales de atención primaria y comunitaria (APyC) de los problemas de pérdida de bienestar emocional relacionados con el ciclo evolutivo y los eventos estresantes de los generados por trastornos mentales leves y moderados.
- Potenciar la despatologización del malestar y el incremento del bienestar de las personas a través de la implantación del modelo de indicación de no tratamiento.
- Disminuir el plazo empleado en la detección de personas en situación de riesgo o con sintomatología propia de trastornos mentales leves, moderados y graves.
- Reducir el tiempo que transcurre entre la detección de síntomas y la intervención sobre los mismos por parte de los profesionales de atención primaria y salud mental

Indicadores

- Grado de satisfacción de las personas atendidas a través de una encuesta de satisfacción.
- Grado de satisfacción de profesionales de atención primaria.
- Informe anual sobre implantación del modelo de indicación de no tratamiento.

Descripción.

En el año 2021 la Dirección General de Cuidados, Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones de la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias decidió impulsar el Programa de Psicología Clínica en Atención Primaria y Comunitaria (PC en APyC) como una iniciativa piloto que promoviera una atención a la salud mental más integral, eficiente y centrada en la activación de las propias capacidades de las personas para el desarrollo de una vida saludable en nuestro sistema sanitario.

Dicha propuesta, a su vez, parte del análisis realizado por un grupo de profesionales de Salud Mental (SM) y APyC en el Informe con Propuestas de Mejora realizado en 2019 en el contexto del Proceso Asistencial Integrado de Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (PAI ADS). En el Informe se aludía a.

- La escasa implantación del PAI ADS y de los espacios de colaboración después de casi 20 años.
- Pobre desarrollo de intervenciones de baja intensidad en APyC.
- Colapso que supone para la red de SM atender las derivaciones de casos leves y moderados (que restan recursos a los casos más graves).
- La necesidad de reforzar la atención a las personas en ese primer nivel, evitando las intervenciones farmacológicas como primera opción de tratamiento, así como la cronificación de los trastornos mentales.

En este marco se propuso el Programa que presentamos, en aras de reforzar la inclusión de los aspectos psicológicos y sociales en la comprensión de los problemas de salud y en la intervención sobre los mismos.

Para ello se decidió aumentar la plantilla de SM con 52 profesionales de PC entre 2021 y 2022. Se adscribieron a Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC) de las distintas Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental (UGCSM) para pilotar el Programa de PC en APyC en 52 centros de salud (CS). Se propuso en el pilotaje la presencia de un profesional de PC en APyC por centro de salud (CS), con una ratio cercana a 1 profesional por cada 20.000 personas.

Para dar respuesta a los objetivos propuestos, los profesionales de PC en APyC desarrollaban actividades correspondientes a estos espacios diferenciados.

ESPACIO COLABORATIVO (20 % DEL TIEMPO).

ESPACIO DE COORDINACIÓN APYC-SM (15 % DEL TIEMPO).

ESPACIO ASISTENCIAL (50 % DEL TIEMPO).

ESPACIO DE PROMOCIÓN/ PREVENCIÓN (15 % DEL TIEMPO).

Tras el desarrollo del pilotaje entre 2021 y 2024 y la obtención de resultados muy positivos, se decide extender el Programa de PC en APyC a todos los CS de Andalucía, paulatinamente.

Se debe contemplar la influencia del género en los trastornos mentales leves y moderados que aborda este programa. Son las mujeres las que presentan una mayor prevalencia en los trastornos relacionados con ansiedad y depresión. Como consecuencia del rol de cuidadoras que ejercen, tienen más dificultades para acceder a programas alternativos de atención y es por ello que su consumo de benzodiazepinas y antidepresivos es mayor. Por otro lado, la disponibilidad por parte de las mujeres de espacios de mayor calidad de cara a la resolución de sus problemas emocionales y trastornos mentales de la órbita ansioso-depresiva podría facilitar la detección y abordaje de situaciones de violencia de género.

En el bienestar de cada persona influyen muchos factores individuales, colectivos, ambientales, sociales..., por lo que el seguimiento se centrará en la persona, facilitando cualquier intervención que proceda y haciéndola participe de su proceso de recuperación o mejora.

Acciones a desarrollar.

- Refuerzo de profesionales de psicología clínica en los centros de salud de atención primaria, en los cuatro años de vigencia del PESMAA, desarrollo de la teleconsulta como herramienta de comunicación y coordinación entre profesionales de APyC, profesionales de PC del Programa y profesionales de las USMC.
- Contactos reglados entre los PC del Programa, profesionales de APyC y profesionales de SM para formación en aspectos de detección, evaluación e intervención en el contexto de APyC.
- Contactos reglados entre responsables de los CS, las USMC y las unidades de gestión clínicas (UGC) de SM para concretar acuerdos en la organización y priorización de la atención a las personas usuarias.
- Implantación generalizada de grupos psicoterapéuticos de orientación transdiagnóstica dirigidos a personas adultas y menores y apoyo a la puesta en marcha de otras intervenciones grupales: grupos socioeducativos (GRUSE), grupos de afrontamiento de ansiedad (GRAFA), apoyo mutuo, regulación y bienestar emocional.
- Implantación generalizada de consultorías con los profesionales de APyC para la puesta en marcha de intervenciones grupales de baja intensidad y realización conjunta de intervenciones grupales.

- Espacios colaborativos relacionados con servicios sociales, educación, atención a la mujer, protección de menores y justicia juvenil y movimientos asociativos.
- Impulso de la colaboración con la red de adicciones de cara a la atención a personas con comorbilidad.
- Implantación de los protocolos de trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastorno del espectro autista (TEA), prevención de suicidio, justicia juvenil y protección de menores en los aspectos que correspondan.
- Apoyar la implantación del proceso asistencial integrado (PA Ansiedad, Depresión, Somatizaciones (ADS) mediante la mejora de los espacios de colaboración entre la red específica de salud mental, los centros de APyC y la red de adicciones.

Población destinataria general.

Población andaluza con problemas de salud mental atendida en los Centros de Atención Primaria.

Población beneficiaria.

Población andaluza con problemas de salud mental atendida por los y las profesionales de psicología clínica incorporados en los Centros de Atención Primaria.

Agentes Implicados.

- SAS: Profesionales de AP y profesionales de SM.
- Otras entidades implicadas: Educación, Servicios Sociales, Centros de Atención a Adicciones, Justicia, Asociaciones, Atención a la Mujer, Otros.
- Escuela Andaluza de Salud Pública.

Temporalización: 2026-2029.

El incremento de los recursos destinados a apoyar las intervenciones de APyC y del espacio cooperativo con APyC (Programa de Psicología Clínica en APyC) se desarrollará en un segundo escenario que se contempla en tres fases, al final de las cuales quedaría establecido el objetivo del Programa, alcanzándose en el año 2029, 117 profesionales de la psicología clínica, condicionado en todo caso a la disponibilidad presupuestaria de cada ejercicio.

P.05.02 Consolidación del modelo de atención comunitaria para problemas de salud mental y adicciones

Objetivos

- Mejorar el espacio de colaboración entre Atención Primaria, Salud Mental y Adicciones,

para garantizar una atención sanitaria basada en la continuidad asistencial, en la mejor evidencia científica disponible y en los principios del paradigma de la recuperación y potenciación de las áreas sanas de la persona.

- Consolidar el modelo de intervención por pasos.
- Controlar los factores de riesgo y la comorbilidad de enfermedades infecciosas, metabólicas y cardiovasculares en personas con trastorno mental grave y/o adicciones.
- Fomentar la colaboración y cooperación con entidades del tercer sector.

Indicadores

- Espacios de colaboración y coordinación entre SM, adicciones y AP (SÍ/NO)
- Modelo de intervención por pasos (SÍ/NO)
- Porcentaje de personas a las que se le realiza control de los factores de riesgo y comorbilidad de enfermedades orgánicas.
- Participación del tercer sector (SÍ/NO).

Descripción.

El programa de "consolidación del modelo de atención comunitaria para problemas de salud mental y adicciones" responde a una necesidad urgente, donde la excesiva demanda asistencial, la fragmentación de servicios, el exceso de medicalización y la falta de colaboración con el tercer sector han demostrado ser poco eficientes para abordar de manera integral los problemas de salud mental y adicciones, especialmente aquellos de alta prevalencia y de intensidad leve o moderada.

Analizando la demanda asistencial actual, se constata que casi el 70% suele corresponder a situaciones vivenciales y a crisis vitales, que generan una respuesta emocional normalizada y que no precisan atención sanitaria especializada y continuada. No obstante, habría que dar respuesta a la demanda con intervenciones basadas en el modelo de potenciación que posibiliten a las personas una serie de recursos de afrontamiento de las situaciones de estrés.

La base de las actuaciones de este programa se situaría en el trabajo precoz en los factores de riesgo (mejora de la identificación a través de la gestión emocional) y el desarrollo de factores protectores (creación y generalización de estrategias de afrontamiento).

Cabe destacar como factor de riesgo los problemas de salud, por lo que la población atendida por atención primaria resulta especialmente vulnerable a nivel emocional a lo largo de sus procesos (enfermedades cardiovasculares, procesos oncológicos, problemas digestivos, dolor etc....).

Dicha interacción se intensifica en colectivos como la población geriátrica, donde confluyen factores somáticos y sociales y en el género femenino la prevalencia de los cuadros englobados en el espectro adaptativo supera al masculino ampliamente.

Una atención comunitaria coordinada permite, asimismo, la identificación precoz de casos potencialmente graves y mejora la accesibilidad a intervenciones más específicas en salud mental al desarrollar circuitos que priorizan el acceso y adelantan la intervención eficaz. Así se refleja en el actual Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad 2025-2028, una de cuyas líneas estratégicas busca mejorar la atención a través del enfoque centrado en la persona y en la reorganización de los recursos que permitan una colaboración y una comunicación efectiva entre los profesionales de ambos niveles.

Por otro lado, garantiza el cuidado de la salud física de las personas con trastorno mental grave que habitualmente se mantienen invisibles para la red asistencial externa a salud mental e integra los aspectos relacionados con el consumo de sustancias donde se da mayor gravedad sintomatológica, peor adherencia terapéutica y mayor tasa de recaídas, siendo preciso mejorar la comunicación y coordinación entre las unidades de salud mental comunitarias (USMCs) y adicciones. La comorbilidad física en las personas con problemas de salud mental es frecuentemente infradiagnosticada e infratratada. Factores como el estigma y las barreras sistémicas en el acceso a la atención sanitaria contribuyen a la reticencia de las personas a buscar atención sanitaria. Además, no reciben respuestas adecuadas cuando presentan problemas de salud física debido a que se les posiciona en el cajón estanco de la salud mental, impidiendo abordar a la persona desde una perspectiva integral.

La “Consolidación del modelo de atención comunitaria para problemas de salud mental y adicciones” irá dirigido principalmente a la atención centrada en la persona, otorgándole todo el protagonismo, facilitando la comprensión de lo que le sucede, potenciando los recursos propios para superar la crisis o la enfermedad, normalizando las emociones, adquiriendo estrategias de afrontamiento para aliviar las respuestas de estrés ante situaciones vitales, en coordinación y colaboración con todos los sectores implicados (Atención Primaria, Salud Mental, Adicciones y Asociaciones) y evitando la medicalización o psicologización innecesarias. Así mismo, pretende dar respuesta a las demandas asistenciales en función del modelo de intervención por pasos, avanzando desde las intervenciones psicosociales de menor intensidad (como guías de autoayuda, o grupos psicoeducativos) a intervenciones más específicas y de alta intensidad y/o tratamientos farmacológicos, prestando especial interés a las necesidades asistenciales de la población de adultos mayores y mujeres.

Acciones a desarrollar.

- Capacitación de las redes de asistencia con conocimiento mutuo y establecimiento de circuitos consensuados y explícitos.
- Fomento de la teleconsulta como un espacio de colaboración y toma de decisiones entre atención primaria, salud mental y adicciones.
- Actualización, del PAI ADS.
- Implantación del Modelo de Intervención por pasos, fomentando las intervenciones no farmacológicas de baja intensidad. Los pasos a seguir serían: Intervención de NO tratamiento y uso de guías de autoayuda, grupos GRUSE y grupos GRAFA, grupos psicoeducativos basados en el

modelo transdiagnóstico (Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales o Cuida tus Emociones) dirigidos por Psicología Clínica en Atención Primaria y/o Psicología Clínica de las USMCs, teleconsulta, terapia individual y/o grupos psicoterapéuticos específicos en función de las distintas patologías y farmacoterapia.

- Diseño e implantación de programas de prevención universal (Proyecto GEA) y selectiva (Programa GRUBEA) de los trastornos emocionales en adolescentes en el ámbito escolar.
- Desarrollo de intervenciones conjuntas con otros PAI (Oncología, Cardiología, Cuidados paliativos, Diabetes, Enfermedades Inflamatorias Intestinales, Enfermedades Renales), que garanticen la existencia de programas de apoyo psicológico y el conocimiento de la estructura de atención por pasos en salud mental.
- Desarrollo de la cartera de servicios de psicología en atención primaria en función de los focos detectados que pueden variar en función de las características epidemiológicas de la población atendida. Por ejemplo, Grupos de actividad física.
- Programa de Psicogeriatría en las USMCs de Andalucía (teleconsulta, agenda específica, coordinación con residencias de personas mayores, medidas para el abordaje de la soledad no deseada, etc.).
- Fomento del voluntariado y la colaboración con el entorno asociativo de enfermedades crónicas, las escuelas de pacientes, los Grupos de apoyo Mutuo, etc.
- Desarrollo de herramientas de detección precoz y de cuidado físico para visibilizar a las personas con Trastorno Mental Grave.
- Elaboración de protocolos para el tratamiento de la patología dual con los centros de tratamiento de adicciones.
- Desarrollo de programas psicoeducativos y preventivos de salud física en personas en riesgo o fases tempranas de enfermedad mental grave y/o adicciones.
- Programas de intervención farmacológica y/o no farmacológica para manejo de la obesidad y reducción de peso; HTA; dislipidemia; control glucémico / riesgo de DM; y enfermedades infecciosas en TMG y/o adicciones.
- Programas de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para consumo de tabaco y/o consumo de sustancias (alcohol) en personas con trastorno mental grave y/o adicciones.
- Protocolos epidemiológicos de factores de riesgo y de incidencia de enfermedad cardiovascular.
- Elaboración de un Plan Individual de Tratamiento que contemple las medidas adoptadas para el riesgo.

- Actualización, difusión e implementación del “Protocolo de actuación conjunta entre Unidades de Salud Mental Comunitaria y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Adicciones”. En este protocolo se definirán claramente las intervenciones a desarrollar por las USMCs, por adicciones y en el espacio colaborativo.
- Creación de espacios conjuntos con centros de adicciones con identificación de personas con patología dual en tratamiento por ambas redes.
- Formación: destacando aquellas dirigidas a identificación precoz incluyendo adicciones comportamentales, formación en NO tratamiento e intervenciones no farmacológicas de baja intensidad, abordaje del uso de sustancias adictivas de forma integrada.

Población destinataria general.

Población andaluza con problemas de salud mental y/o adicciones.

Población beneficiaria.

Población andaluza con problemas de salud mental y/o adicciones que son atendidas a través de la implantación del programa.

Agentes Implicados.

- Red de Adicciones.
- Servicio Andaluz de Salud (Atención Primaria). Red de Salud Mental.
- Movimiento Asociativo de ambas redes.
- Servicios Sociales.
- Educación.

Temporalización: 2026-2027.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que las y los adolescentes están en riesgo de salud mental, pues la depresión y la ansiedad en jóvenes han aumentado de manera alarmante en la última década.

En un artículo publicado recientemente por la OMS: “la crisis silenciosa: adolescentes en riesgo de salud mental”, se pone de manifiesto que 1 de cada 7 personas de entre 10 y 19 años (el 14%) padece algún trastorno mental. La depresión, la ansiedad y los trastornos del comportamiento se encuentran entre las principales causas de enfermedad y discapacidad en la adolescencia. El suicidio es la tercera causa de defunción en las personas de 15 a 29 años a nivel mundial, siendo en España la primera causa de muerte en jóvenes y adolescentes entre 12 y 29 años.

En este mismo estudio se advierte que muchas conductas de riesgo, como el consumo de sustancias o las prácticas sexuales no seguras se inician también en la adolescencia y pueden ser mecanismos que se usan para hacer frente al malestar emocional, pudiendo afectar muy negativamente al bienestar físico y mental. Los jóvenes tienen más tendencia a adoptar hábitos nocivos de consumo de sustancias que pueden perdurar a lo largo de la vida. La prevalencia del consumo de alcohol entre las personas de entre 15 y 19 años es elevada en todo el mundo (25%), con muy pocas diferencias entre sexos. El consumo de tabaco y de cannabis son también problemas en estas edades. La prevalencia mundial del consumo de cannabis entre los y las adolescentes en 2022 fue superior a la de los adultos, con un 5,5% frente a un 4,4%, respectivamente.

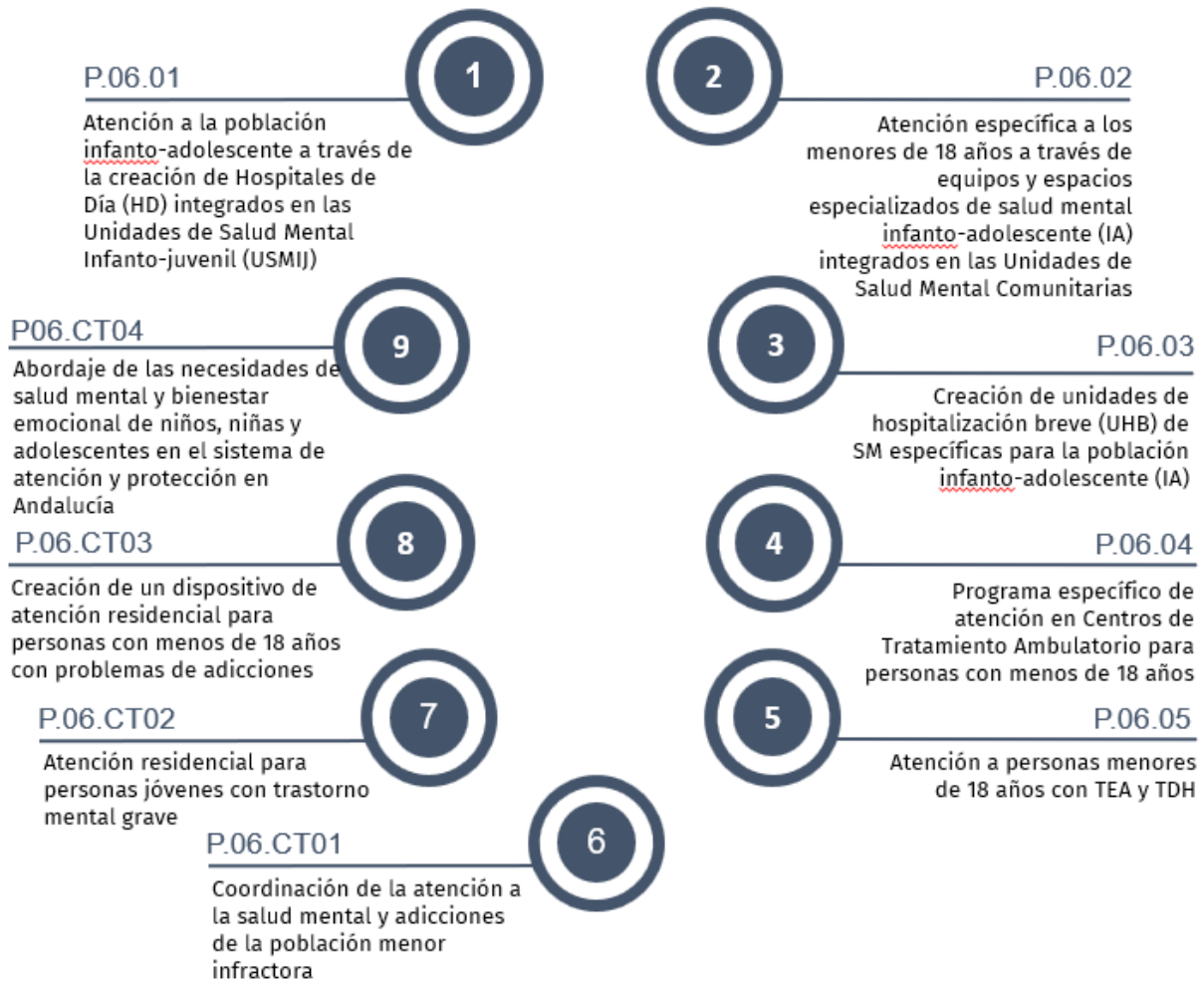
Las conductas adictivas generalmente no se presentan solas, lo habitual es que los jóvenes con problemas de alcohol o cannabis tengan, además, síntomas de otros problemas de salud mental. Además, el abuso de alcohol y cannabis se presenta habitualmente asociados a síntomas depresivos y de ansiedad.

En relación con el uso de redes sociales y de videojuegos y juegos online, se observa que los niveles de riesgo se sitúan en edades muy jóvenes, entre los 13 y los 20 años. Existe además un patrón diferenciador por género en la vulnerabilidad hacia estas adicciones, siendo más probable el desarrollo de un uso problemático de las redes sociales entre las mujeres jóvenes, mientras que el riesgo de desarrollo de adicción a los videojuegos es mayor entre los hombres jóvenes.

En esta línea la literatura científica ha mostrado, consistentemente, que patrones de consumo y adicciones comportamentales más severos a edades más tempranas son un fuerte predictor del desarrollo de trastornos mentales.

Los tratamientos psicológicos para las conductas adictivas en la infancia y la juventud adolecen de un abordaje específico. El consumo de sustancias interfiere con el tratamiento de los trastornos de salud mental, y empeora el pronóstico a largo plazo, por lo que sería primordial ante esta situación, la mejora de la atención tanto para la prevención como para el tratamiento de estos problemas ajustando los recursos a la demanda de estas personas.

OE06 Ajustar los recursos y programas específicos a la demanda de atención de las personas menores de 18 años y jóvenes, con especial atención a las adicciones comportamentales



P.06.01 Atención a la población infanto-adolescente a través de la creación de Hospitales de Día (HD) integrados en las Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil (USMIA)

Objetivos

- Mejorar la atención a las personas menores de 18 años afectadas por trastornos mentales a través de la oferta asistencial en Hospitales de Día integrados en cada una de las USMIA de

Andalucía, formados por equipos interdisciplinarios.

- Reducir el número de menores hospitalizados en unidades de estancias breves (UHB).

Indicadores

- Reducción de la estancia media de los menores atendidos en las UHB para población infanto-adolescente.
- Establecimiento de los criterios mínimos para definir el Hospital de Día integrado en la USMI-J.

Descripción.

Las USMIA estarán compuestas por tres programas diferenciados: Consultas externas, hospitalización de día o parcial (HD) y hospitalización completa.

Las consultas externas atenderán mediante intervenciones individuales, grupales y familiares a niños, niñas y adolescentes afectados por trastornos mentales moderados y graves derivados por las Unidades de salud mental comunitarias. Las 14 Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil (USMIJ) dispondrán de este programa.

Parte de las personas menores atendidas en el programa de consultas externas serán tratadas durante períodos de duración variable en el programa de hospitalización parcial, cuando precisen intervenciones intensivas (entre 5 y 25 horas semanales). En el hospital de día se realizarán intervenciones individuales, grupales y familiares, tanto dentro como fuera del espacio sanitario y se organizará un programa de terapia ocupacional. En el marco de este proceso, las USMI-J cuentan con aulas hospitalarias para dar continuidad al proceso de enseñanza-aprendizaje colaborando en el desarrollo integral del alumnado y facilitando la coordinación con el centro docente, el seguimiento curricular, así como su reincorporación una vez haya finalizado su hospitalización y/o mientras dure su atención en la USMIJ. Estas aulas tendrán asignado personal docente dependiente de la Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional, con competencia en materia de educación que prestará servicio en estas unidades.

Se irá aumentando el número de hospitales de día integrados en las unidades de salud mental infanto juvenil. Los hospitales de día deberán cumplir unos estándares mínimos en cuanto a plantilla, espacios, horario de atención y cartera de servicios. El número de plazas existente en cada hospital de día será proporcional a la población atendida. Será preciso tener en cuenta también las características de los subequipos de infanto-juvenil de las Unidades de Salud Mental Comunitaria cubiertas por cada Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ). Por ejemplo, la posible existencia en algunas USMC de programas de día destinados a menores.

Algunas personas menores atendidas en consultas externas o en hospitalización parcial podrán ser ingresadas en la unidad de hospitalización cuando sufran crisis graves que precisen tratamiento intensivo

las 24 horas durante periodos breves. Se incrementará el programa de hospitalización completa en las unidades de salud mental infanto juvenil.

Los tres programas descritos estarán integrados en cada Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil (USMIJ) y las personas con menos de 18 años atendidas podrán beneficiarse de los programas en diferentes momentos de su proceso terapéutico.

Para la atención y seguimiento integral de las personas comprendidas en este tramo de edad, será necesaria la coordinación con las diferentes entidades que pueden participar durante el desarrollo evolutivo de las mismas. Por otro lado, la atención se centrará en la persona y se contará con la participación de los familiares y/o personas tutoras en la planificación y toma de decisiones.

Se tendrá en cuenta las diferencias de género, evitando desigualdades en la planificación de la atención (diferencia en las prevalencias de ciertas patologías, en los factores de riesgos y protección de la salud, en los accesos a recursos, en los programas específicos ofertados a las personas atendidas...).

Acciones a desarrollar.

- Diseño y realización de obras para los hospitales de día de nueva creación.
- Dotación de plazas de día según los criterios mínimos definidos.
- Contratación de profesionales para dotar los HD de nueva creación o completar las plantillas en los que ya existen.
- Elaboración de un programa de intervención en cada HD adaptado a las características de cada USMIA y de la población atendida.
- Prestación de intervenciones específicas para las plazas creadas; grupales, familiares....
- Atención educativa en las aulas hospitalarias por parte del personal docente de la Consejería de Desarrollo y Formación Profesional
- Realización de planes individuales de tratamiento.

Población destinataria general.

Población con menos de 18 años de Andalucía que precisen atención en la red de salud mental.

Población beneficiaria.

Población con menos de 18 años atendida en Hospitales de Día de las USMIA.

Agentes Implicados.

- Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias. Servicio Andaluz de Salud.

- Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía.
- Asociación de entidades de apoyo a la toma de decisiones.
- Movimiento asociativo.
- Fiscalía de Menores, de Discapacidad, Jueces.
- Consejería de Justicia, Administración Local y Función Pública. Dirección General de Justicia Juvenil y Cooperación.
- Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud. Servicio de Centros de Protección de Menores.
- Consejería de Desarrollo Educativo y Formación profesional. Dirección General de Participación e Inclusión Educativa.

Temporalización: 2026-2029.

El incremento de profesionales se desarrollará en un segundo escenario que se contempla en tres fases, al final de las cuales quedaría establecido el objetivo del Programa, alcanzándose en el año 2029: 2 profesionales de la psicología clínica, 2 profesionales de la psiquiatra, 2 profesionales de la enfermería especialista de salud mental, 2 terapeutas ocupacionales y 2 monitores/as ocupacionales, condicionado en todo caso, a la disponibilidad presupuestaria de cada ejercicio.

P.06.02 Atención específica a los menores de 18 años a través de equipos y espacios especializados de salud mental infanto-adolescente (IA) integrados en las Unidades de Salud Mental Comunitarias

Objetivos

- Mejorar la atención en salud mental a los niños, niñas y adolescentes (NNA) de Andalucía con trastornos mentales.
- Implantar un modelo de atención de orientación comunitaria basado en un enfoque intersectorial y de protección de derechos.
- Dar respuesta al Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo.

Indicadores

- Número de subequipos de Salud Mental Infanto-Juvenil que han puesto en marcha equipos locales de coordinación (ELC) intersectorial.
- Establecimiento de los criterios mínimos para definir los sub equipos de SMIA integrados en las USMC.

Descripción.

La USMC es el dispositivo básico de la red de salud mental y constituye el primer nivel de atención especializada. Es el dispositivo con el que se coordinarán el resto de los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental. Son unidades de carácter ambulatorio, coordinadas con Atención Primaria y Comunitaria (APyC) y dirigidas a toda la población (personas con menos de 18 años y adultas). La USMC tiene profesionales ubicados en los centros de salud (CS) a través del Programa de Psicología Clínica en APyC. Estos profesionales de psicología clínica atienden también a toda la población, pero tienen como función prioritaria dentro de su programa la atención a los niños, niñas y adolescentes (NNA) con trastornos mentales leves y moderados.

Tradicionalmente las USMC han prestado una atención limitada a los niños, niñas y adolescentes y apenas han contado con profesionales dedicados de forma exclusiva a menores. De ahí el elevado número de derivaciones que realizan habitualmente a las USMIA, a menudo de personas sin trastorno mental grave.

En 2021, a raíz de las propuestas recogidas por el Informe de Mejora de los Servicios de Salud Mental, se impulsaron medidas dirigidas a enriquecer la red específica de atención a niños, niñas y adolescentes. Entre ellas, dos medidas importantes fueron la designación en cada USMC de un referente de salud mental infanto juvenil y el apoyo a la formación de subequipos de salud mental infanto juvenil (SMIA) en las USMC.

En 2022 se crearon 26 plazas nuevas en las USMC para personal de psicología clínica o personal de enfermería especialistas de salud mental (EESM), una plaza por UGC de salud mental. Estos profesionales se destinaban a la atención de niños, niñas y adolescentes.

En algunas USMC se han puesto en marcha subequipos de SMIA con profesionales dedicados en exclusiva o en buena medida a menores. Para considerar que existe un subequipo de estas características se debe de contar al menos con un o una especialista en psiquiatría, un o una profesional de psicología clínica, una enfermera o un enfermero especialista y un o una profesional del trabajo social (estos últimos al menos con una dedicación del 50 % a menores).

Existen USMC que atienden a una población muy reducida (entre 15.000 y 50.000 personas) y USMC que atienden a poblaciones muy elevadas (hasta 300.000 personas). Por ello la dotación de estos subequipos es variable y deberá, en el futuro, ligarse al número de personas menores atendidas y a la dispersión existente en su territorio.

Los subequipos de SMIA, junto a las USMIA (consultas externas, hospitales de día y unidades de hospitalización), profesionales del Programa de PCAPyC y las Unidades especializadas en la atención a personas con Trastorno de la Conducta Alimentaria (atienden a personas de más de 14 años), conforman la red de atención específica a menores en Andalucía. Tanto el programa de PCAPyC (atienden a toda la población) como las unidades de trastornos de la conducta alimentaria, TCA (atienden a personas de más de 15 años) atienden a menores y personas adultas.

Estos dispositivos y programas se organizan de forma coordinada en torno al modelo de salud mental comunitaria y del modelo de protección de derechos.

En el contexto del nuevo Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones es prioritaria la corrección en el déficit histórico de recursos humanos y en las carencias de la red de SMIA.

No se trata solo del necesario incremento de profesionales sino del cambio organizativo dentro y fuera de la red de salud mental. Es imprescindible el cambio a un enfoque intersectorial de calado. De hecho, ya se están produciendo cambios en ese sentido, que habrá que profundizar en los próximos años en los que el PESMAA deberá ser implantado.

- Mayor colaboración a nivel de servicios centrales a través del grupo de trabajo que integra la DG de Cuidados, Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones, la DG de Asistencia Sanitaria del SAS y la DG de Salud Pública.
- Mayor cooperación con los profesionales de APyC a través de los equipos locales de coordinación intersectorial creados en primera instancia para implantar el Protocolo TDAH. Apoyo y coordinación con las enfermeras de centros educativos y de infancia y adolescencia.
- Integración de profesionales de la Red de Adicciones en los equipos locales de coordinación intersectorial.
- Realización en APyC de actuaciones relacionadas con la detección, la evaluación y las intervenciones de baja intensidad, como lo relacionado con el Protocolo de Prevención de la Conducta Suicida en el entorno educativo y los programas de bienestar emocional.
- Avances en el proceso de integración de la Red de Adicciones y la Red de Salud Mental.

Con la puesta en marcha de los subequipos de SMIA dentro de las USMC, se quiere dar respuesta al Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad.

El Programa de Subequipos de SMIA se irá desarrollando en las unidades de salud mental comunitaria y esta estructura funcional estará compuesta por profesionales de psicología clínica, psiquiatría, enfermería especializada y, en parte de los dispositivos (aquellos que tienen Programa de Día), de terapeutas

ocupacionales. El número de profesionales adscritos a cada subequipo será proporcional a la población atendida, la dispersión geográfica y la distancia respecto a la USMIA más cercana.

Los subequipos estarán compuestos por un mínimo de un/a facultativo/a y un enfermero o enfermera especialista en salud mental o trabajador o trabajadora social o terapeuta ocupacional por cada 10.000 menores de 18 años o fracción: en total, al menos dos profesionales en cada subequipo.

Para la atención personalizada, hay que tener en cuenta la perspectiva de género, pues ciertos trastornos son más prevalentes en un sexo u otro y tienen condicionantes particulares.

Los y las profesionales tendrán dedicación exclusiva a niños, niñas y adolescentes y las plazas adscritas a menores tendrán carácter estructural, salvo en aquellas USMC con una población muy reducida.

Por otro lado, se tendrá en cuenta las diferencias de género, evitando desigualdades en la planificación de la atención (diferencia en las prevalencias de ciertas patologías, en los factores de riesgos y protección de la salud, en los accesos a recursos, en los programas específicos ofertados a las personas atendidas...).

Los subequipos atenderán a las personas derivadas desde APyC y podrán ir asumiendo mayor número de pacientes a la par que reducen las derivaciones a las USMIA.

Este Programa irá incrementando, de forma paulatina, la dotación de profesionales de los subequipos de SMIA a lo largo de los próximos cuatro años.

Acciones a desarrollar.

- Desarrollo de subequipos de atención infanto adolescente integrados en las unidades de salud mental comunitaria, a través de la contratación de nuevos profesionales.
- Prestar atención específica a las personas menores de 18 años, con espacios diferenciados a los de la población adulta.
- Elaboración de una cartera de servicios de los subequipos.
- Elaboración de un programa de intervención en cada subequipo que se adapte a las características y necesidades de la población que atiende: Cuando el subequipo tenga una población elevada (más de 20.000 menores) o se encuentre a más de 45 minutos de la USMIJ de referencia, desarrollará un programa de día que integre intervenciones individuales, familiares, grupales y ocupacionales.
- Nombramiento de una persona referente de SMIJ en cada subequipo.
- Incorporación de profesionales de la red de adicciones en los ELC.
- La persona referente del subequipo coordinará el subequipo y el equipo local de coordinación Intersectorial (ELC).

- Diseño de espacios específicos de atención a la población menor de 18 años en aquellas USMC que no dispongan de los mismos.
- Elaboración de un programa conjunto con profesionales de la red de adicciones en torno a las adicciones comportamentales.

Población destinataria general.

Población menor de 18 años afectada por trastornos mentales.

Población beneficiaria.

Población menor de 18 años derivada desde AP y atendida en las USMC.

Agentes Implicados.

- Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.
- Servicio Andaluz de Salud. Red de Salud Mental y red de APyC.
- Red de Adicciones.
- Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional.
- Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad.

Temporalización: 2026-2029.

El incremento de profesionales se desarrollará en un segundo escenario que se contempla en tres fases, al final de las cuales quedaría establecido el objetivo del Programa en el año 2029, con 26 profesionales de la psicología clínica y 26 profesionales de la enfermería especialista de salud mental, condicionado en todo caso a la disponibilidad presupuestaria de cada ejercicio.

P.06.03 Creación de unidades de hospitalización breve (UHB) de SM específicas para la población infanto- adolescente (IA)

Objetivos

- Dotar a las USMIA con recursos que permitan la organización integrada de los tres programas de atención: consultas ambulatorias, hospitalización parcial y hospitalización completa.
- Mejorar la atención a los niños, niñas y adolescentes (NNA) afectados por un trastorno

mental que se encuentran en situación de crisis y necesitan una hospitalización breve.

- Dar respuesta al Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo.

Indicadores

- Número de camas disponibles para hospitalización (estancias breves) infanto-juvenil provincias.
- Número de profesionales sanitarios trabajando exclusivamente para hospitalización (estancias breves) infanto-juvenil por provincias.

Descripción.

Las USMIJ desarrollan tres programas diferenciados: Consultas externas, hospitalización de día o parcial (HD) y hospitalización completa (UH).

Las consultas externas atienden mediante intervenciones individuales, grupales y familiares a niños, niñas y adolescentes (NNA) afectados por trastornos mentales moderados y graves derivados por las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC). Las 14 USMIA disponen de este programa.

Parte de la población menor de 18 años es atendida en el programa de consultas externas y son tratados durante períodos de duración variable en el HD de la USMI-J. Sería necesario disponer de HD en 13 USMIA.

En las USMI-J se cuenta con aulas hospitalarias para dar continuidad al proceso de enseñanza-aprendizaje colaborando en el desarrollo integral del alumnado y facilitando la coordinación con el centro docente, el seguimiento curricular, así como su reincorporación una vez haya finalizado su hospitalización y/o mientras dure su atención en la USMIJ. Estas aulas tendrán asignado personal docente dependiente de la Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional, con competencia en materia de educación que prestará servicio en estas unidades.

Algunas personas menores atendidas en consultas externas o en Hospital de Día podrán ser ingresadas en la UH cuando sufran crisis graves que precisen tratamiento intensivo las 24 horas durante periodos breves. Existirá un programa de hospitalización completa en 8 USMIJ, una por provincia.

Con la puesta en marcha de estas Unidades de Hospitalización (UH) para estancias breves dependientes de las USMI-J y destinadas personas con menos de 18 años, se quiere dar respuesta al Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo.

Este programa contribuye a cumplir con la legislación vigente al atender de modo diferenciado a la población con menos de 18 años mediante profesionales especializados en la atención a esta franja de edad.

Por otro lado, se consigue evitar desplazamientos de menores en situación de vulnerabilidad y sus familias a dispositivos alejados de su domicilio y se favorece la continuidad de cuidados, la participación de la familia y/o personas tutoras en el proceso de atención y la coordinación con el equipo de referencia que atiende a estas personas.

Se tendrá en cuenta las diferencias de género, evitando desigualdades en la planificación de la atención (diferencia en las prevalencias de ciertas patologías, en los factores de riesgos y protección de la salud, en los accesos a recursos, en los programas específicos ofertados a las personas atendidas...).

En estas UH ingresarán preferentemente menores entre los 12 y los 18 años. Los menores de 14 años continuarán siendo ingresados habitualmente en las camas habilitadas en los servicios de pediatría para menores con crisis vinculadas al trastorno mental que padecen.

Acciones a desarrollar.

- Definición de los estándares mínimos de las Unidades de Hospitalización (UH) y de su cartera de servicios.
- Elaboración de un Proyecto en cada UH que recoja al menos lo siguiente:
 - Programa de trabajo integrado con las consultas externas de las USMIJ y con los HD de las USMIJ, el que participaran el personal docente de la Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional
 - Coordinación con las camas de pediatría para menores de 14 años.
 - Programa de protección de derechos de las personas ingresadas para reducir al mínimo la utilización de medidas coercitivas.
- Incremento de UH breves para menores en situación de crisis.
- Contratación de profesionales según los estándares mínimos para completar los equipos que atenderán las 24 horas a los y las menores.
- Organización de las derivaciones de personas de aquellas provincias que no tengan UH en el período de transición hasta completar el mapa de recursos nuevos.

Población destinataria general.

Población menor de 18 años que precisen, en cualquier momento, ser derivadas a una unidad de estancias breves de salud mental.

Población beneficiaria.

Población menor de 18 años que sea hospitalizada en estas unidades de estancias breves para infanto-juvenil.

Agentes Implicados.

- Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias; Servicio Andaluz de Salud.
- Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional
- Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía.
- Movimiento asociativo.
- Fiscalía de Menores, y de Discapacidad. Jueces.
- Consejería de Justicia, Administración Local y Función Pública. Dirección General de Justicia Juvenil y Cooperación, Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud. Servicio de Protección de Menores.

Temporalización: 2026-2029.

El incremento de profesionales se desarrollará en un segundo escenario que se contempla en tres fases, al final de las cuales quedaría establecido el objetivo del Programa en el año 2029, con 4 facultativos (2 profesionales de la psiquiatra y 2 profesionales de la psicología clínica), 14 profesionales de la enfermería especialista de salud mental, 14 técnicos/as en cuidados auxiliares de enfermería, 2 terapeutas ocupacionales, 2 celadores/as y 2 profesionales del trabajo social, en todo caso, condicionado a cada ejercicio presupuestario.

P.06.04 Programa específico de atención en Centros de Tratamiento Ambulatorio para personas con menos de 18 años

Objetivos

- Proporcionar un espacio propio no estigmatizante para personas con menos de 18 años y jóvenes que precisan tratamiento ambulatorio para conseguir la abstinencia o reducir el daño derivado de conductas adictivas.
- Ofrecer tratamiento integrado y coordinado a personas con menos de 18 años y jóvenes derivadas desde Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ), de mayor complejidad, cuidando la etapa de transición a la vida adulta.

- Implantar un modelo de atención centrado en la persona, de orientación comunitaria, con un Plan individual de intervención que contemple la coordinación intersectorial en su elaboración y seguimiento para realizar un mejor diagnóstico y valorar el impacto y significado de la adicción en la vida de cada persona.
- Proporcionar un espacio de tratamiento para aquellas niñas, niños, adolescentes y jóvenes que lo precisen y cuyo problema de adicciones o de salud mental sea detectado en los programas de prevención selectiva o indicada.

Indicadores

- Número de centros de tratamiento ambulatorio con espacios de tratamiento específicos para personas con menos de 18 años y jóvenes y con enfoque de atención centrada en la persona.
- Número de personas con menos de 18 años y jóvenes derivadas desde una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil(USMIJ) y atendidas de manera coordinada con el centro de tratamiento ambulatorio.
- Número de personas con menos de 18 años y jóvenes en tratamiento en un centro de tratamiento ambulatorio con Plan individual de intervención.
- Número de personas con menos de 18 años derivadas desde los Programas de prevención selectiva e indicada.

Descripción.

El Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad pone el foco en el derecho de las personas con menos de 18 años a recibir una atención sanitaria integral, personalizada y adaptada a sus necesidades específicas teniendo en cuenta su edad, género, personalidad y condiciones socioculturales; desde el respeto a sus derechos y dignidad y considerando como las diferentes capacidades y peculiaridades de la vida evolutiva de cada persona condicionan su forma de enfrentar y reaccionar ante los problemas de salud y de adicciones y ante el internamiento hospitalario.

En esta misma línea, en el informe diagnóstico elaborado en la primera fase de construcción del PESMAA se constatan claramente cuáles son las necesidades que reclama la ciudadanía. Las familias solicitan comprensión y escucha ya que ellas mismas se convierten en un factor de riesgo o de protección para las personas con menos de 18 años. No prestar atención a estas reivindicaciones implica un importante sufrimiento tanto para las personas usuarias como para sus familias además de un considerable incremento del gasto en atenciones por urgencia.

El Centro de Tratamiento Ambulatorio es el dispositivo básico de la red de Adicciones y constituye el primer nivel de atención especializada. Es el dispositivo con el que se coordinarán el resto de recursos de atención a las Adicciones. Son unidades de carácter ambulatorio dirigidas a toda la población (personas adultas y menores de edad, aunque el perfil de menores ha pasado de ser muy minoritario a ir aumentando y complejizándose). Por este motivo uno de los retos del PESMAA es conseguir la implantación de los programas específicos para personas con menos de 18 años y jóvenes, de una manera coordinada con otros recursos e instituciones claramente implicadas en su tratamiento, y, por tanto, intersectorial y en torno a un modelo comunitario y con enfoque de derechos humanos. Se trata de un cambio significativo para la red de Adicciones que requerirá un esfuerzo presupuestario relevante.

El tradicional enfoque biopsicosocial de la Red de atención a las adicciones se enfrenta a nuevos retos y desafíos que requieren nuevas formas de organización. Es por ello que todos los recursos deberían incluir el abordaje familiar y la derivación hacia recursos comunitarios, que son muy valorados por las personas usuarias. Además, es fundamental evitar, especialmente en esta etapa de la vida, el abuso de psicofármacos y la carencia de atención psicológica y terapéutica. Se trata, por tanto, de ofrecer un tratamiento personalizado (Plan individual de intervención), con perspectiva de género y un enfoque comunitario y holístico, basado en una escucha activa de las necesidades de cada persona, que respete su dignidad y sus derechos, que le preste la ayuda y el acompañamiento necesario para que pueda elaborar su proyecto vital. Para ello es necesario conocer y reconocer al menor, promover su autonomía, tratarlo con el respeto debido y proteger su intimidad.

Dar respuesta desde este enfoque intersectorial y comunitario implicará.

- Coordinación en el ámbito de la prevención con quienes trabajan en la detección de problemas emocionales en personas adolescentes y jóvenes (PROCARE, DAREMOS, programas de CIUDADES ante las drogas, etc.) cuando es necesaria la prevención selectiva e indicada. En estos casos, es necesario disponer de un equipo para intervención psicoeducativa que ofrezca programas de rehabilitación, seguimiento a largo plazo y promoción de estilos de vida saludables. Para esta intervención es relevante la figura del educador o educadora como parte de dichos equipos.
- Coordinación con las Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil(USMIJ) en los casos que ya han precisado atención en los recursos de esa la Unidad; en relación a conductas adictivas se detectan tanto trastornos por uso de sustancias como adicciones comportamentales y una alta prevalencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En todos los casos es fundamental contemplar la perspectiva de género.

De igual manera, son subsidiarias de atención en estas Unidades de Salud Mental las consecuencias de la no intervención en las necesidades detectadas y que implican trastorno de comportamiento disruptivo y disocial, conductas suicida/autolesiva, trastorno de la personalidad y rasgos relacionados, trastorno del estado del ánimo, trastorno psicóticos, trastorno del sueño y la vigilia, trastorno del control de impulsos, empeoramiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), y empeoramiento de las circunstancias sociales, familiares, principalmente en personas con menos de 18 años con factores de

riesgo predisponentes, así como un aumento de la prevalencia/incidencia en población migrante, personas menores no acompañadas, colectivos vulnerables.

- Coordinación con Servicios Comunitarios y con la familia que juega un rol fundamental en el tratamiento y la recuperación y muchas veces existen disfunciones familiares graves que perpetúan el problema y se necesita intervención familiar, intervención sistémica, y fortalecimiento de redes de apoyo social. En estos casos, es también relevante la figura de un educador/a, junto a la del psicólogo/a, en los equipos provinciales para trabajar con los menores y sus familias estas intervenciones psicoeducativas.
- Coordinación con Justicia Juvenil en los casos de personas con menos de 18 años que han sido infractoras por conductas derivadas del consumo o la dependencia, en los que también con frecuencia la adicción ha sido la respuesta a otros muchos problemas. Un elevado número de estas personas precisan de psicoterapia y entre los diagnósticos psicopatológicos más frecuentes está el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y rasgos patológicos de personalidad. Es fundamental garantizar su protección legal, el acceso a servicios sociales y a programas de justicia restaurativa. Para ello, el Servicio de Adicciones deberá tener presencia en los Equipos Locales de Coordinación (ELC) y en los Consejos o equipos de coordinación que puedan crearse.

En relación al enfoque de género, existen patrones de consumo distintos según la socialización diferencial y son diferentes las motivaciones y los factores que subyacen al consumo. Las intervenciones se harán sin sesgo de género y trabajadas desde la interseccionalidad.

Los y las profesionales de cada centro de tratamiento ambulatorio especializados en infanto-adolescencia se distribuirán según número de personas con menos de 18 años atendidas y a la dispersión geográfica.

Acciones a desarrollar.

- Creación de un espacio diferenciado para la atención a las personas con menos de 18 años diferente al de la población adulta en los centros de tratamiento ambulatorio.
- Desarrollo de un programa de intervención, incluido en la cartera de servicios de los centros de tratamiento ambulatorio, para ofrecer un tratamiento integral y personalizado a las necesidades del menor contando con la participación de la familia y, en su caso, de las personas que ejerzan la tutoría en la planificación y toma de decisiones. Contemplará las intervenciones individuales, grupales y familiares.
- Elaboración de un programa conjunto con profesionales de la red de salud mental en torno a las adicciones comportamentales y a los casos de patología dual.
- Creación de la figura del personal educador para personas con menos de 18 años en los centros provinciales de drogodependencia.

- Creación en los centros de tratamiento ambulatorio de la figura de profesional referente para la atención de niñas, niños, adolescentes y jóvenes con perfil profesional de psicología o trabajo social. Esta figura liderará la coordinación con Justicia Juvenil y participará, en la forma que se determine, en los Equipos Locales de Coordinación.
- Realización de un protocolo específico para derivación de los y las menores a comunidad terapéutica de adicciones.
- Crear una comisión del buen trato para casos complejos en los centros de tratamiento ambulatorio de referencia dónde no se cuente con este recurso.

Población destinataria general.

Población con menos de 18 años o en transición a la atención de adultos con problemas de consumo de sustancias psicoactiva o adicción comportamental.

Población beneficiaria.

Población con menos de 18 años o en transición a la atención de adultos con problemas de consumo de sustancias psicoactiva o adicción comportamental, que es atendida en un programa de adicciones específico para personas con menos de 18 años.

Agentes Implicados.

- Dirección General de Cuidados, Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.
- Diputaciones Provinciales y municipios.
- Profesionales de Salud Mental.
- Profesionales de Justicia Juvenil.
- Profesionales de Protección de menores.
- Profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios.
- Profesionales de la Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional.
- Familias.
- Movimiento Asociativo.

Temporalización: 2026-2029.

P.06.05 Atención a personas menores de 18 años con trastornos del espectro autista (TEA)

y trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

Objetivos

- Mejorar la atención a los menores afectados por TDAH, a través de la implantación de un protocolo, evitando la variabilidad en la gestión de casos (evaluación, derivación, seguimiento...).
- Mejorar la atención a los menores afectados por TEA, a través de la elaboración e implantación de un protocolo, evitando la variabilidad en la gestión de casos (evaluación, derivación, seguimiento...).

Indicador: Desarrollo e implantación de protocolos (TDAH / TEA).

Descripción.

A menudo existe gran variabilidad y diversidad de modelos comprensivos, de detección, evaluación e intervención en torno a trastornos de elevada incidencia y prevalencia que afectan a la salud mental de la infancia y la adolescencia.

Se trata de trastornos que suponen actuaciones complejas de sectores diversos y numerosos profesionales: al menos, salud mental, atención temprana, atención primaria y comunitaria, neuropediatría, educación, servicios sociales, movimiento asociativo y personas expertas por experiencia.

El proceder de los diferentes sectores implicados genera, en ocasiones, confusión en familiares y en las propias personas afectadas. Los mensajes entre los diferentes actores que intervienen, sanitarios y no sanitarios, pueden adolecer de una falta de calidad y consenso y genera a menudo respuestas diversas.

Es por ello que se hace necesario construir herramientas que permitan disminuir la variabilidad de las actuaciones y tracen secuencias de acciones definidas y coordinadas, orientadas a que el conjunto de profesionales, que en diferentes contextos y momentos van a atender a las personas con sospecha o ya identificadas como afectadas por TDAH o TEA, tengan una respuesta adecuada a los retos que plantean.

Contar con protocolos que especifican las rutas de actuación, las formas de cooperación entre profesionales del sistema educativo, el de servicios sociales y los diferentes niveles sanitarios, va a ayudar no solo a una mayor fluidez y rapidez en la toma de decisiones, sino a facilitar a las familias un marco al que puedan acudir para obtener respuestas y herramientas, que les permita una mejor comprensión y ayuda.

Por todo ello, desde 2021 se han producido varias actuaciones.

- Un grupo de trabajo intersectorial publicó en 2021 el Protocolo de Atención a Personas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- Otro grupo de trabajo elaboró en 2025 la Adenda a dicho Protocolo en la que se abordan las transiciones entre las diferentes franjas de edad de las personas afectadas.
- Un grupo de trabajo comenzó en octubre de 2024 la elaboración del Protocolo de Atención a Personas afectadas por TEA.

Para que los Protocolos e Instrucciones conjuntas sean útiles, resulta imprescindible diseñar procesos de implantación que sean desarrollados y apoyados por grupos motores de carácter intersectorial a nivel autonómico, a la vez que se regula e impulsa la creación de una estructura de equipos locales intersectoriales que abordan de forma conjunta la respuesta a las personas con necesidades complejas y las dificultades y logros del mencionado proceso de implantación. De ahí la existencia de sendos grupos motores relacionados con la implantación de los Protocolos TDAH y TEA.

Por todo ello, en 2023 y 2024 también se han creado 82 equipos locales (que atienden al 95 % del territorio andaluz) de coordinación intersectorial que se reúnen presencialmente, al menos tres veces al año, y generan mecanismos ágiles de colaboración para resolver dificultades en el día a día. Además de los y las profesionales de pediatría, orientación educativa, servicios sociales y salud mental, a menudo se incluyen en los ELC de forma puntual o continuada, enfermeras referentes de centros educativos, neuropediatras, profesionales de atención temprana y profesionales de los equipos técnicos provinciales de educación.

En el abordaje del TDAH habrá que tener en cuenta el enfoque de género ya que hombres y mujeres experimentan el trastorno de manera diferente, lo que puede afectar el diagnóstico, la presentación de los síntomas y las estrategias de tratamiento. Así encontraremos diferencias en la presentación de síntomas (menos visibles en las niñas o se interpretan como “conducta de niñas”); diferencias en el diagnóstico (las niñas y mujeres son diagnosticadas con menos frecuencia debido a que a que sus síntomas no se reconocen o se atribuyen a otros factores; repercusiones en la vida diaria (las mujeres con TDAH pueden tener dificultades para manejar el estrés, la ansiedad y la depresión, lo que puede afectar sus relaciones sociales, su vida profesional y su salud mental).

Acciones a desarrollar.

- Creación de, al menos, un equipo local de coordinación (ELC) intersectorial en el territorio de cada una de las 79 Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC). Cada ELC estará compuesto al menos por una persona que represente a la USMC (referente de la atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia) que ejercerá la coordinación del ELC, una persona representante de pediatría de APyC, de Educación y de servicios sociales, tal y como recoge la Instrucción Conjunta de 2023.
- Inclusión de profesionales de adicciones en ELC.

- Constitución de un grupo motor autonómico del Protocolo TDAH que apoye el proceso de implantación del Protocolo.
- Divulgación del Protocolo TDAH y la Adenda en AP, neuropsiquiatría, red de salud mental, servicios sociales comunitarios, equipos de tratamiento familiar, equipos de orientación educativa y equipos técnicos provinciales de educación.
- Formación acerca del protocolo TDAH y la Adenda a través de un curso de difusión masiva, una jornada intersectorial y otras acciones formativas en cada sector.
- Implantación del Protocolo de Atención a Personas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y de la Adenda (en adelante Protocolo TDAH) a través de los ELC.
- Implantación del Protocolo de Coordinación para la Atención a las personas afectadas por Trastornos del Espectro Autista (en adelante Protocolo TEA) a través de los ELC.
- Constitución de un grupo motor autonómico del Protocolo TEA que apoye el proceso de implantación del Protocolo.
- Descatalogación del PAI TEA de Atención temprana.
- Realización de sesiones clínicas autonómicas abiertas a todos los sectores implicados en torno a casos de TDAH y TEA.
- Creación de un espacio virtual compartido para alojar contenidos, sesiones clínicas y un foro destinado al menos a los profesionales de salud mental que atienden a menores.

Población destinataria general.

Población andaluza con menos de 18 años diagnosticada de TDAH o TEA.

Población beneficiaria.

Población andaluza con menos de 18 años diagnosticada de TDAH o TEA y atendida en APyC, red de salud mental, neuropsiquiatría, servicios sociales y servicios de orientación del ámbito educativo, tras la implantación del protocolo.

Agentes Implicados.

- Red de salud mental.
- Red de APyC.
- Equipos de Orientación Educativa y Orientación de Secundaria.
- Servicios sociales comunitarios y equipos de tratamiento familiar.

- Servicios de neuropsiquiatría.
- Red de atención temprana.
- Movimiento asociativo de TDAH y TEA.
- Escuela Andaluza de Salud Pública.

Temporalización: 2026-2029.

P.06.CT01 Coordinación de la atención a la salud mental y adicciones de la población menor infractora

Objetivos

- Dar continuidad en la atención especializada en salud mental y adicciones a personas con menos de 18 años sujetas a medidas penales.
- Establecer cauces para la transmisión de información entre los sistemas de justicia juvenil, salud mental y adicciones.
- Eliminar las dificultades para la obtención de la medicación a través del sistema público de salud necesaria para el tratamiento de las personas con menos de 18 años sujetos a medidas penales.

Indicadores

- Porcentaje de menores con historia abierta en salud mental o adicciones de los que durante la ejecución de la medida penal se comparte información entre los dos sistemas.
- Porcentaje de menores que finalizan la medida de internamiento con una cita en salud mental o adicciones para dar continuidad a la atención necesaria.
- Porcentaje de disminución de Centros de Internamiento de Menores Infractores (CIMI) con dificultades para la obtención de las recetas prescritas por los psiquiatras y las psiquiatras del sistema de justicia juvenil en los centros sanitarios de referencia de su localidad.

Descripción.

El sistema de justicia juvenil atendió en 2024 a una población de 4.681 personas con menos de 18 años en medio abierto (4.222 hombres y 459 mujeres) y de 1.114 en centros de internamiento (974 hombres y 140 mujeres). Además, se realizaron 2.105 mediaciones penales (1.668 hombres y 437 mujeres).

Entre hombres, el 9% de las medidas de medio abierto fueron de tratamiento ambulatorio de salud mental y el 8% de adicciones y entre los que cumplen medidas privativas de libertad, el 25% lo hacen en internamiento terapéutico de salud mental o adicciones.

Del total de mujeres con menos de 18 años que cumplen medidas de medio abierto, el 13% son medidas de tratamiento ambulatorio de salud mental y el 7% de adicciones. El 38% de las menores en internamiento tiene medidas de internamiento terapéutico.

Con frecuencia estas personas, cuando inician tratamiento en el sistema de justicia cuentan ya con historia abierta en los servicios especializados, particularmente en los de salud mental, aunque también en menor medida en los de adicciones. Se considera de la mayor importancia asegurar la continuidad en la intervención, en particular los objetivos se centran en facilitar al sistema de justicia juvenil la información relativa a sus antecedentes en salud mental y adicciones, así como asegurar el retorno con las mayores garantías a ese sistema al finalizar sus medidas penales.

Es particularmente relevante asegurar la continuidad con una cita inmediata a este final de medida, tras el trabajo intensivo que el sistema de justicia permite realizar.

El programa consistirá en el establecimiento de un Protocolo General de Actuación como marco de colaboración entre la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias y la Consejería de Justicia, Administración Local y Función Pública, para la realización de actuaciones conjuntas en la atención a personas menores infractoras con trastornos mentales o problemas de adicciones, garantizando la continuidad del proceso asistencial.

El protocolo tendrá un seguimiento en el que se evaluarán los resultados de forma continuada.

Acciones a desarrollar.

- Desarrollo y firma de un Convenio de Actuación entre la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias y la Consejería de Justicia, Administración Local y Función Pública.
- Difusión del convenio entre los y las profesionales de los sistemas implicados.
- Constitución de una Comisión Autónoma de Seguimiento a efectos de programación, ejecución y control de los objetivos del Protocolo.
- Realización de sesiones presenciales y telemáticas de implementación de las actuaciones en las 8 provincias andaluzas.
- Establecimiento de contactos entre los CIMI y los Centros de Atención Primaria y Comunitaria para las prescripciones de fármacos sujetos a autorización.

Población destinataria general.

Personas con menos de 18 años que cumplen medida judicial con necesidad de atención en recursos de la red de salud mental o adicciones.

Población beneficiaria.

Personas con menos de 18 años que cumplen medida judicial con necesidad de atención en recursos de la red de salud mental o adicciones tras la implantación del Programa (coordinación efectiva entre Justicia Juvenil y ambas redes asistenciales).

Agentes Implicados.

- Profesionales de la Dirección General de Justicia Juvenil y Cooperación.
- Profesionales del Plan Andaluz de Salud Mental.
- Subdirección de Adicciones.
- Profesionales de los sistemas de salud mental, adicciones y centros y servicios de Justicia Juvenil.

Temporalización: 2026-2029.

P.06.CT02 Atención residencial para personas jóvenes con trastorno mental grave**Objetivos**

- Conseguir la puesta en marcha de un recurso residencial para jóvenes entre 16 y 30 años, que precisen estancias temporales para su mejora.
- Contribuir a la rotación de las personas atendidas hacia recursos residenciales de menor supervisión.

Indicadores

- Porcentaje de personas con trastorno mental grave beneficiadas anualmente por el recurso residencial de estancia temporal (provincia, edad y sexo).
- Porcentaje de rotaciones de recursos residenciales de mayor supervisión a vida más independiente, desagregadas por sexo.

- Resultados positivos en las escalas citadas en la descripción del programa: Escala de Funcionamiento Social (SFS) o el Cuestionario de Habilidades Básicas de la Vida Diaria (BELS).

Descripción.

Desde FAISEM se plantea la necesidad de diseño, creación y puesta en marcha de un sistema de atención especializada en el desarrollo de recursos propios de baja supervisión, que atienda las necesidades individuales de las personas usuarias, con el objetivo de una mejora en la atención que favorezca el proceso de recuperación, sobre 4 líneas de actuación.

- Optimización del uso de las infraestructuras residenciales.
- Aumento en el número de plazas de atención residencial.
- Atención a las necesidades individuales de las personas usuarias, con el objetivo de una mejora en la atención que favorezca el proceso de recuperación, que son las personas incluidas dentro de planes integrales de autonomía.
- Atención a personas jóvenes, entre 16 y 30 años, con complejidad en el abordaje desde el entorno familiar, o con carencia de familia de origen.
- Con carácter prioritario favorecer la atención de mujeres con alto riesgo de vulnerabilidad y estigmatización.

La metodología de intervención se centra en:

- Proporcionar atención integral y personalizada, mediante el diseño de programas individualizados que aborden las necesidades específicas de cada persona atendida.
- Conseguir la independencia y la autonomía, a través de actividades orientadas al desarrollo de habilidades para la vida diaria, sociales y de autogestión, y del apoyo en la transición a la vida comunitaria, con orientación en la búsqueda de formación o empleo desde los servicios especializados.
- Garantizar un entorno seguro y de apoyo fomentando medidas que aseguren la seguridad física y emocional de las personas, desde ambientes de respeto, tolerancia y cuidado, promoviendo la participación de las personas atendidas en la toma de decisiones sobre su propia atención.
- Favorecer la cooperación con las redes comunitarias, vecinales y asociativas del entorno de los recursos residenciales.

Por ello, la ubicación del recurso debe estar en un entorno normalizado y comunitario, con una red profesional compuesta por Unidad de Salud Mental Comunitaria referente y Servicio de orientación y Apoyo al Empleo y Programa de día de FAISEM.

Se trata de un dispositivo residencial de 10 plazas, con atención 24 horas. Se registrarán los datos desagregados por sexo.

Acciones a desarrollar.

- Determinación del recurso de atención residencial: Ubicación del inmueble y selección de profesionales.
- Determinación de las personas beneficiarias, con problemas graves de salud mental incluidas en los criterios diagnósticos del Trastorno Mental Grave y de inclusión al Plan Integral de autonomía del Programa Residencial de FAISEM, de entre 16 y 30 años, con necesidades ocupacionales, formativas, o laborales.

Como condición indispensable, la persona atendida debe tener opciones de recuperación y dificultades en la atención en el entorno propio, por lo que la estancia o el uso de los servicios será temporal, basándose en el principio general de recuperación e inclusión.

La metodología de selección de las personas participantes en el presente proyecto será, dentro de las que muestran voluntariedad en el mismo, aquellas, que tras una valoración clínica y social necesiten y sean susceptibles de obtener unos niveles de funcionamiento y avance considerables para pasar a otro recurso de FAISEM y continuar su proceso de recuperación, respaldado por resultados positivos en instrumentos fiables y válidos como la Escala de Funcionamiento Social (SFS) o el Cuestionario de Habilidades Básicas de la Vida Diaria (BELS).

- De manera continua y paralela se realizarán:
 - Programas Individualizados de Apoyo Social centrados en la persona como protagonista de su proceso de inclusión.
 - Cooperación, apoyo y toma de decisiones compartida para la organización, cuidado del entorno y actividades.
 - Relaciones interpersonales significativas, formación y empleo.

Población destinataria general.

Jóvenes, entre 16 y 30 años, con trastorno mental grave que precisen estancias temporales para su mejora.

Población beneficiaria.

Personas con trastorno mental grave desde los 16 años, hasta 30 años con necesidad de atención social especializada desde un recurso residencial temporal diferente al domicilio de origen y que han participado en el Programa.

Agentes Implicados.

- FAISEM.
- Red de salud mental y adicciones.
- Entidades comunitarias.
- Organizaciones vinculadas a personas jóvenes.

Temporalización: 2026-2029.

P.06.CT03 Creación de un dispositivo de atención residencial para personas con menos de 18 años con problemas de adicciones

Objetivo:

- Proporcionar un tratamiento intensivo y personalizado en un ambiente hogareño y de base comunitaria a personas con menos de 18 años facilitando su recuperación e inclusión social.
- Reducir las conductas adictivas en personas con menos de 18 años que se atienden por el dispositivo residencial.
- Mejorar la calidad de vida percibida por las personas con menos de 18 años al finalizar su estancia en el dispositivo residencial.

Indicadores

- Porcentaje de personas con menos de 18 años de las que acceden al recurso que logran el cumplimiento total de objetivos. Datos desagregados por sexo y año.
- Porcentaje de personas con menos de 18 años que se derivan a algún recurso social de las que residen en el dispositivo residencial. Datos desagregados por sexo y año.
- Resultados de la encuesta de satisfacción (ítems sobre calidad de vida percibida) Datos desagregados por sexo y año.

Descripción.

El programa consiste en la adaptación de un centro de carácter residencial de adicciones ya existente a uno de pequeña escala y con ambiente hogareño, para personas con menos de 18 años que afrontan problemas de adicciones. Se trata de un recurso especializado de la red Pública de Adicciones de Andalucía diseñado para vivir durante algunos meses en un entorno comunitario con un modelo terapéutico integral, intensivo, personalizado y centrado en las personas.

Según los resultados de la última encuesta poblacional dirigida a la población general de 12 a 64 años, la población Andaluza ante las Adicciones XVI, se ha observado que los hombres tienen una prevalencia de consumo superior a la de las mujeres en todas las sustancias (incluidos el tabaco y alcohol), y para casi todos los periodos temporales considerados, excepto en el caso del consumo de analgésicos opioides, tranquilizantes e hipnosedantes, con y sin prescripción médica, donde se observan prevalencias algo más elevadas en las mujeres. Sin embargo, si tomamos como fuente de referencia la encuesta ESTUDES 2023, (estudiantes de ESO) se observa que los chicos consumen las sustancias ilegales en mayor proporción que las chicas, y éstas tienen igual o mayor prevalencia en el consumo de alcohol y tabaco que los chicos, protagonizando más prácticas de riesgo relacionadas con el alcohol (atracones).

Por otro lado, las chicas adolescentes pueden ser más propensas a consumir ciertos tipos de sustancias, como medicamentos recetados, debido a diferencias en las motivaciones y factores subyacentes que influyen en su consumo.

Es importante tener en cuenta que estas tendencias son generales y no aplican a todas las situaciones. Cada persona es única y sus comportamientos pueden variar considerablemente. Además, es fundamental promover hábitos saludables y educar a las personas jóvenes sobre los riesgos asociados a ciertos tipos de consumo, independientemente de su sexo.

En el caso de instauración de una adicción acompañado de conductas disruptivas, con necesidad de un tratamiento intensivo es cuando estaría indicado recurso de carácter residencial.

Características principales del programa.

- Atención multidisciplinar: Equipo compuesto por profesionales de la psicología, medicina, educación e integración social con enfoque centrado en las personas.
- Tratamiento personalizado: Plan terapéutico con perspectiva de género y enfoque comunitario, adaptado a las necesidades y expectativas de cada persona, basado en la escucha activa y el desarrollo de nuevos hábitos, prestando especial atención al Área Educativa. Se realizará un plan de intervención personalizado en el que se reflejará, entre otros, los Objetivos acordados con cada persona.
- Enfoque de derechos: Espacio asistido profesionalmente para la reflexión y la búsqueda de acuerdos y estrategias para afrontar el problema de adicciones, a nivel personal, familiar y grupal.
- Enfoque participativo que contempla aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales de la persona a la hora de entender y afrontar el problema de adicción.

- Educación continua: Garantía de continuidad en la formación académica durante el tratamiento.
- Intervención familiar: Participación activa de las familias en el proceso de recuperación.
- Desarrollo de habilidades: Fomento de competencias sociales y emocionales para prevención de recaídas.
- Preparación para la incorporación: Planificación y apoyo para la incorporación gradual a la vida familiar y comunitaria.

Acciones a desarrollar.

- Estudio para la selección y adecuación del inmueble en el que se va a prestar el servicio (recursos materiales, mobiliario, etc.).
- Redacción de proyecto de obras para la adaptación de un módulo en la CT de Cartaya.
- Ejecución de la Obra
- Elaboración del programa de intervención desde un enfoque de derechos y perspectiva de género, incluyendo la coordinación con los recursos de la zona y con especial atención al programa educativo adaptado a estas personas.
- Formación del personal.

Población destinataria general.

Personas con menos de 18 años con problemas de adicciones y, en su caso, de salud mental que requieran atención residencial.

Población beneficiaria.

Personas con menos de 18 años con problemas de adicciones y en su caso, de salud mental que acceden al recurso.

Agentes Implicados.

- Profesionales de la Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional.
- Familias.
- Red Pública de Adicciones de Andalucía.
- SAS.
- Agentes sociales (que atiendan a personas menores de 18 años).
- Servicios Sociales Comunitarios y Equipos de tratamiento familiar.

- Profesionales de la red de Salud Mental.
- Servicio de Protección del Menor.
- Escuela Andaluza de Salud Pública.

Temporalización: 2026-2029.

P.06.CT04 Abordaje de las necesidades de salud mental y bienestar emocional de niños, niñas y adolescentes en el sistema de atención y protección en Andalucía.

Objetivos

- Diseñar y promover un marco de colaboración integrado entre los ámbitos de salud y servicios sociales para el abordaje de las necesidades de salud mental y bienestar de los niños, niñas y adolescentes en los sistemas de cuidado y protección de menores.
- Implementar mecanismos de coordinación, instrumentos de detección y gestión de casos y programas de capacitación que mejoren las respuestas de atención a los problemas de salud mental ante la adversidad temprana, el trauma, la violencia y las situaciones de separación familiar y acogimiento.

Indicadores

- Número de Cuestionarios de Fortalezas y Dificultades (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ) empleados para la detección de problemas emocionales, de comportamiento de salud mental en niños, niñas y adolescentes del Programa de tratamiento familiar y en situación de acogimiento familiar o residencial.
- Número de actuaciones realizadas por los gestores de casos para el adecuado intercambio de información, coordinación y seguimiento de niños y niñas del sistema de protección atendidos por los servicios de salud mental.
- Número de profesionales de atención primaria de salud (infantil y adolescente) y de salud mental formados en atención informada sobre el trauma, incluyendo la competencia cultural, la inclusión de las perspectivas de género y discapacidad, así como en los protocolos de detección y gestión de casos.

Descripción.

El Proyecto para la Herramienta de Apoyo Técnico (TSI) 'Prioridad al Bienestar y Salud Mental de los Niños, Niñas y Adolescentes del sistema de atención y protección a la infancia y adolescencia de Andalucía' forma parte de un proyecto multinacional de apoyo técnico de la Unión Europea (UE) cuyo objetivo es mejorar la prestación de servicios de salud mental, bienestar y apoyo emocional a niños, niñas y adolescentes en Andalucía, Chipre, Italia y Eslovenia.

El proyecto se ajusta al planteamiento global de la Comisión Europea en materia de salud mental a través de su iniciativa emblemática directa ETI 2023 Proyecto emblemático de apoyo técnico Youth First.

La iniciativa en Andalucía se basa en la estrecha colaboración entre la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias y la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad para proporcionar un conjunto integral y bien articulado de servicios para mejorar la salud mental de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad psicosocial o en riesgo de abandono, abuso y violencia en el sistema de atención y protección.

El marco se basa en una evaluación realizada en 2024 de la situación actual del apoyo a la salud mental de los niños, niñas y adolescentes en el sistema de atención y protección de la Junta de Andalucía. El estudio utilizó métodos mixtos que incluían una encuesta a proveedores de servicios de atención y protección, una encuesta a niños y niñas de 14 a 17 años en acogida y a adultos de 18 años que habían estado en el sistema, análisis de datos administrativos de los servicios de salud mental y datos cualitativos procedentes de entrevistas y grupos de discusión con profesionales del sistema de salud mental infantil y adolescente y del sistema de protección y atención a la infancia. El informe de evaluación presenta las conclusiones del estudio y ofrece recomendaciones para mejorar el bienestar y la salud mental de los niños, niñas y adolescentes en el sistema de atención y protección.

El impacto esperado a medio y largo plazo de este proyecto sería que los niños, niñas y los adolescentes que se encuentran bajo intervención en su medio por parte del Programa de tratamiento familiar o bajo tutela de los sistemas de protección de Andalucía dispongan de mayores oportunidades para que sus necesidades de salud mental y apoyo psicosocial sean atendidas de un modo oportuno y eficaz por personal profesional de diferentes sectores, sobre el fundamento de un marco integrado para la colaboración interdisciplinaria y multiinstitucional.

Esto se facilitará mediante los siguientes resultados.

Resultado 1: las autoridades de Andalucía dispondrán de un marco de colaboración integrado para atender las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial de los niños, niñas y adolescentes en los sistemas de atención y protección.

Resultado 2: las autoridades de Andalucía, los proveedores de servicios y el personal profesional contarán con la capacidad y las herramientas necesarias para implementar el marco de colaboración propuesto.

Acciones a desarrollar.

- Evaluar las necesidades de apoyo a la salud mental y el bienestar emocional de los niños y adolescentes en el sistema de atención y protección de la infancia.
- Elaborar una propuesta de marco integrado de colaboración multidisciplinar e intersectorial para abordar de forma integral las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial de los niños, niñas y jóvenes en los sistemas de atención y protección en Andalucía y el plan de implementación que lo acompaña.
- Realizar el pilotaje de componentes seleccionados del marco de colaboración (protocolo de detección, gestores de caso, formación y coordinación).
- Capacitar a los responsables de la toma de decisiones, los proveedores de servicios y los profesionales para aplicar el marco de colaboración propuesto.

Población destinataria general.

Niños, niñas y adolescentes.

- incluidos en el Programa de tratamiento familiar.

- en situación legal de desamparo bajo acogimiento familiar o residencial.

Población beneficiaria.

Infancia en el sistema de atención y protección de menores (situaciones de riesgo y desamparo).

Agentes implicados.

- Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
- Dirección General de Cuidados Sociosanitarios.
- Dirección General de Infancia, Adolescencia y Familias.
- Profesionales de atención primaria y de atención hospitalaria (pediatría).
- Profesionales de salud mental infantil y adolescente.
- Profesionales del Programa de tratamiento Familiar.
- Profesionales de los Servicios de Prevención y Protección de menores (Delegaciones Territoriales).
- Profesionales de intervención en situaciones de acogimiento residencial y familiar.
- Profesionales del Sistema de Justicia Juvenil.
- Escuela Andaluza de Salud Pública.

Temporalización: 2026-2029.

Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad (TLP).

El trastorno límite de personalidad consiste en un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen con escaso control de impulsos. Además, se caracteriza por presentar un diagnóstico y abordaje muy complejo dadas las características que tiene asociadas.

Este trastorno afecta al funcionamiento personal, social y laboral de la persona que lo padece y puede suponer un riesgo para su integridad física o su vida, pues presentan un elevado riesgo de suicidio.

De igual forma, es de vital importancia su diagnóstico precoz, a través de los signos y síntomas predictores de trastornos de la personalidad en edades jóvenes, y el desarrollo de intervenciones psicoterapéuticas y de cuidados diversos.

Asimismo, los trastornos por consumo de sustancias durante la adolescencia, concretamente por consumo de alcohol, son uno de los pocos predictores específicos del TLP en personas adultas jóvenes.

El TLP es un trastorno frecuente, creciente en su incidencia, complejo en sus manifestaciones clínicas, de difícil diagnóstico temprano y muy complicado manejo terapéutico. Todo ello hace que la respuesta del Sistema sanitario público suele ser insuficiente. En este sentido, se ha descrito que «los servicios de Salud mental están escasamente equipados para atender a las personas con TLP, por lo que no podemos escatimar esfuerzos en aumentar la calidad asistencial y mejorar la calidad de vida de las personas diagnosticadas y de sus familiares, haciendo imprescindible la coordinación con otro tipo de profesionales y dispositivos de la red sanitaria, y en ocasiones con otros departamentos de los servicios sociales.

Por otro lado, hay otros grupos de trastornos de personalidad (disocial, histriónica, obsesiva-compulsiva, evitativa y dependiente) que no están incluidos como categoría diagnóstica en el PAI TMG y, por tanto, no cuentan con una atención estructurada y estandarizada en el SSPA.

Según la Base de Datos Poblacional (2024), la prevalencia de los trastornos de personalidad y comportamiento es de 118,68 por cada 10.000 habitantes en mujeres frente 134,24 por 10.000 habitantes para hombres, suponiendo un incremento total, con respecto al 2023, del 3,94%.

Trastorno de la conducta alimentaria.

Los trastornos de la alimentación, también llamados trastornos de la conducta alimentaria, son enfermedades graves con una influencia biológica que se caracterizan por alteraciones graves de las conductas alimentarias. Estos trastornos pueden afectar la salud física y mental de quien los padece y, en algunos casos, hasta pueden poner en peligro la vida.

Los patrones de conducta alimentaria se asocian a menudo a inestabilidad del estado de ánimo y angustia emocional, así como a un importante deterioro en la salud física y mental de la persona.

Numerosas investigaciones demuestran elevadas tasas de comorbilidad entre los **TCA** y las autolesiones, especialmente entre la población femenina adolescente actual, en el que imperan los valores estéticos que conducen a prácticas que comprometen la salud. Dichos valores, con mucha carga psicológica y social sobre las mujeres implica incluir la perspectiva de género durante todo el proceso, incluyendo modelos de evaluación e intervención que integren la diferente socialización y manifestación del malestar entre hombres y mujeres.

La prevalencia (2024) del trastorno de la conducta alimentaria es de 30,34 por cada 10.000 habitantes para mujeres frente a 6,49 para los hombres. Los trastornos de la alimentación se han incrementado durante el confinamiento y la pandemia a raíz de la COVID-19, también perjudicados por el difícil acceso al sistema sanitario.

Dicha situación requiere un abordaje especializado, y multidisciplinar entre diferentes profesionales de la salud física y mental, a través de una intervención coordinada con atención primaria, medicina interna, endocrinología, educación, etc., asegurando la continuidad asistencial.

Por lo tanto, es vital optimizar los recursos estructurales y humanos y generar un trabajo en red eficiente.

Una de las comorbilidades más frecuentes con los TCA es el trastorno por uso de sustancias (TUS) (Carral Fernández, 2016), con un nivel de prevalencia estimada de entre un 22-50% (Calero-Elvira et al., 2009; Del Pino-Gutiérrez et al., 2017).

Las mayores tasas de consumo de sustancias y de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos se encuentran entre mujeres afectadas por TCA, siendo más presente esta relación en casos de bulimia nerviosa (BN) y anorexia nerviosa (AN) de subtipo purgativo, en las que prevalece un elevado consumo de alcohol, además de otras drogas (Root et al., 2010). De manera específica, se ha encontrado relación entre presencia de atracones y mayor consumo de alcohol, mientras que los comportamientos de purga han demostrado predecir el consumo de diversas sustancias, entre las que destacan principalmente alcohol, cocaína, tabaco, estimulantes y anfetaminas. De igual manera, el consumo de psicoestimulantes (como el caso de la nicotina) pueden utilizarse frecuentemente como método de supresión del apetito o como intento de control de peso, principales **Objetivos** en algunos de los TCA como la Anorexia Nerviosa (AN) (Krahn et al., 2005; Piran & Robinson, 2006).

Discapacidad Intelectual.

Las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo que tienen una enfermedad mental son especialmente vulnerable, sufren discriminación múltiple y su atención plantea una complejidad mayor que la media ya que se suma el problema de salud mental con las dificultades en la identificación, cuantificación e integración de la atención recibida por los distintos agentes.

En este sentido, la complejidad del abordaje de esta patología requiere del trabajo conjunto y simultáneo de todos los ámbitos de atención implicados; sanitario, social, y dentro de éste, los servicios residenciales, y han de hacerlo fundamentalmente en la prevención y la detección precoz con el fin de lograr el mejor pronóstico.

El desconocimiento mutuo de las redes de atención genera dilaciones y perjuicios para el desarrollo de los planes de intervención y adecuación de los recursos solicitados, que resultan rígidos en cuanto a su tipología, normas y funcionamiento, carecen de capacidad de adaptación a las necesidades de las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental y a menudo resultan ajenas al enfoque de recuperación de sus potencialidades en su proyecto vital. Por ello, resultaría imprescindible incorporar a los criterios de adscripción de los centros, factores como las necesidades para el desarrollo socio-personal, el apoyo en salud mental y la presencia y características de las manifestaciones comportamentales al margen de los aspectos funcionales.

OE07 Mejorar la atención a las personas con trastorno grave de personalidad, personas con trastorno de la conducta alimentaria y personas con discapacidad intelectual

P.07.01

Atención a los trastornos de conducta alimentaria (TCA): desarrollo de red asistencial y protocolo de atención multidisciplinar por estadios



P.07.02

Programa de atención a las personas con trastornos de personalidad (TP)

P.07.03

Programa para la atención a las personas con discapacidad intelectual



P.07.CT01

Acciones para mejorar la inclusión social y la calidad de vida de las personas con discapacidad y problemas de salud mental y sus familias

P.07.01 Atención a los trastornos de conducta alimentaria (TCA): desarrollo de red asistencial y protocolo de atención multidisciplinar por estadios.

Objetivos

- Mejorar la atención de personas con TCA (con o sin trastorno de adicciones) y sus familiares y/o personas cuidadoras, a través de la elaboración de un protocolo que integre una red multidisciplinar y desarrollado por estadios que sea común para todas las UGC de Salud Mental de Andalucía, que mejore la equidad, la accesibilidad y el pronóstico de las personas con TCA.
- Mejorar la atención de personas con TCA (con o sin trastorno de adicciones) a través de una detección e intervención precoz e integral junto a la red de Adicciones, Educación y Atención Primaria incluyendo la evaluación clínica (nutricional y psíquica), familiar y social; el diagnóstico, y las intervenciones adecuadas tanto con el paciente como con familiares, ya sean individuales como grupales.

Indicadores

- Constitución del grupo transversal de seguimiento del programa (SÍ/NO)
- Número de personas con TCA (con o sin trastorno de adicciones) que reciben atención específica individual y/o grupal durante la implantación del programa. (provincia, edad y sexo).
- Número de personas detectadas por Atención primaria y derivadas a USMC por sospecha de TCA.

Descripción.

Los trastornos de la conducta alimentaria son una patología mental grave, tanto por su prevalencia, las complicaciones y mortalidad que conllevan, la edad de aparición y el grado de sufrimiento que suponen tanto a quien los padece como a su entorno.

Se trata de trastornos con una alta prevalencia, teniendo en cuenta todos los TCA, en estudios realizados en España, alrededor del 5% de las mujeres en la franja de edad de 12 a 21 años y en el caso de varones adolescentes de hasta 0,9% de la población general. Aunque la investigación actual apunta a una diferente expresión de los trastornos alimentarios en hombres, más focalizado en aumentar la musculatura, y que equilibraría la proporción diagnóstica entre hombres y mujeres, se sigue aceptando que nueve de cada diez pacientes diagnosticados de TCA son mujeres. En muchos casos estos pacientes optan por una atención privada, no siempre de mejor calidad, que invisibiliza la magnitud real del trastorno en la red asistencial pública.

La anorexia nerviosa (en adelante AN) es la tercera condición crónica más común que afecta a las adolescentes. A pesar de las limitaciones de los estudios sobre el pronóstico de la AN, estos estiman una mortalidad del 5% por lo que sería la mortalidad más alta de los trastornos psiquiátricos, añadiendo las graves complicaciones médicas. Los ingresos hospitalarios para adolescentes con anorexia nerviosa a menudo son prolongados (se estima una estancia media de 35-45 días) y pueden alterar el desarrollo adolescente normal, la escolarización, la vida social y el funcionamiento familiar. Suponen un alto coste económico, tanto por los ingresos prolongados como por los costos indirectos que suponen para la familia. La especificidad de estos trastornos hace precisa la intervención de equipos profesionales con una alta especialización, siendo más eficiente el tratamiento en Unidades específicas que abarquen todas las fases de estos procesos. Se ha demostrado que el diagnóstico y el inicio precoz del tratamiento mejoran el pronóstico por lo que la base de este programa está en desarrollar mecanismos que puedan mejorar la detección precoz y un tratamiento específico en los estadios más precoces posibles, minimizando el número de personas con TCA que precisan intervenciones más invasivas en el proyecto vital.

El desarrollo de programas de atención específicos para los trastornos de la conducta alimentaria en nuestro país ha sido también objeto de intensa discusión en foros profesionales, académicos y sociales. Aunque los TCA pueden compartir "etiologías" comunes con otros trastornos mentales, su expresión clínica es claramente diferente, tanto somática como psíquicamente. Desarrollar programas específicos en función de las manifestaciones clínicas no significa renunciar a la visión global de la persona con "enfermedad mental" en su contexto biopsicosocial, pero sí ajustar la atención sanitaria pública a un planteamiento eficiente, en el que se muestran resultados contrastables, sin renunciar a la comprensión de la persona y lo que significa la enfermedad mental en el contexto de su trayectoria vital y relacional.

La génesis multifactorial y la amplia variedad de alteraciones, tanto orgánicas como psicopatológicas, condicionan el abordaje terapéutico de las personas con un TCA. Los aspectos orgánicos pueden ser de especial relevancia en pacientes que además presenten graves alteraciones psicopatológicas y de personalidad, así como múltiples conflictos en su interacción social o familiar. Esto hace que su tratamiento no se deba establecer de forma completa desde un único ámbito disciplinario, sino que exigirá el trabajo en equipo de diferentes profesionales y servicios. Restringir el manejo clínico de estos pacientes a un único enfoque, bien por motivos organizativos o de otra índole, significaría claudicar en el abordaje correcto de esta patología con la consiguiente yatrogenia, riesgo de cronicidad y pérdida de calidad de vida para el paciente y su familia. La prioridad de algunas intervenciones, no eximiría de la consideración de otros aspectos del trastorno que están siempre presentes, en mayor o menor medida, y que deben ser considerados desde el primer contacto con los servicios asistenciales. A veces, la organización de la asistencia sanitaria no facilita la estrecha coordinación entre servicios o la implantación de programas terapéuticos específicos. Sin embargo, existe una clara evidencia de que el pronóstico a largo plazo es mejor para pacientes que son tratadas en unidades específicas donde esa coordinación es efectiva y que podrían encontrar herramientas para una coordinación con otros dispositivos cuando sea necesario.

En Andalucía, actualmente existen dos Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria (en Málaga y Granada) que cuentan tanto con Hospitalización completa, como con Hospital de Día y Consultas externas

y un hospital de día en fase de desarrollo. Estas unidades tienen una lista de espera para la hospitalización que podría indicar un número insuficiente de camas y/o carencias en los puntos reflejados en los párrafos anteriores. Es preciso explorar la implementación de los recursos más eficientes y la ubicación de aquellos dispositivos más especializados para mantener la accesibilidad y equidad de la población andaluza.

Para desarrollar una red de asistencia cualificada y específica es imprescindible la formación de los profesionales, para realizar una prevención adecuada con intervención universal en la salud nutricional infante adolescente, un diagnóstico precoz con circuitos de acceso flexibles y bien conocidos por los gatekeepers, intervenciones terapéuticas adecuadas con especial atención a factores de vulnerabilidad probada (trauma complejo, abusos sexuales infantiles...). La formación puede además disminuir el estigma y los prejuicios que rodean a estos trastornos y que aumentan las situaciones traumáticas en el recorrido sanitario una vez hecho el diagnóstico.

Acciones a desarrollar.

- Elaboración de un censo de personas con TCA (con o sin trastornos de adicciones), especificando la comorbilidad.
- Renovación del PAI de TCA.
- Detección de las necesidades y áreas de mejora por UGC. Teniendo en cuenta la prevalencia esperada según la población y las posibilidades de invisibilización.
- Incluir la detección precoz de los TCA (con o sin trastornos de adicciones) en la práctica de Atención Primaria. Elaborar un programa de intervención temprana que incluya la coordinación con Educación, adicciones y Atención Primaria y que establezca circuitos priorizados y claros para evitar dilaciones innecesarias.
- Formación a los profesionales de Atención Primaria (MAP y Pediatría) en TCA.
- Desarrollar programas de prevención universal incluyendo formación nutricional en los centros educativos. Incorporación de la red de enfermería escolar que permitan una intervención en la totalidad de los trastornos nutricionales y un incremento de la capacidad de detección precoz de la red.
- Formación a los profesionales de atención especializada en TCA (Incluyendo formación en trauma complejo, abusos sexuales infantiles, perspectiva de género, aspectos orgánicos y complicaciones médicas de los TCA...). Dirigido a personal facultativo de la Psiquiatría, de la Psicología Clínica, de la Endocrinología y Nutrición, de la Pediatría, Enfermeras y enfermeros especialistas de Salud Mental y generalistas, Terapeutas Ocupacionales, Trabajadores y Trabajadoras Sociales y Nutricionistas.
- Elaboración de una guía para familiares de pacientes con TCA (con o sin problemas de adicciones).
- Elaboración de un programa especializado de intervención multidisciplinar que aborde aspectos específicos del tratamiento de los TCA (con o sin problemas de adicciones), terapia grupal, terapia

familiar, comedor terapéutico... que permita que los pacientes participen activamente en el desarrollo de su plan de tratamiento y retomen su propio proyecto vital.

- Elaboración de un protocolo de atención por estadios que facilite la toma de decisiones y mejore la equidad y la accesibilidad a los recursos disponibles.
- Densificar la red asistencial específica analizando las medidas más eficientes que mantengan la accesibilidad y la equidad en la atención: Contratación de personal necesario para poner en marcha unidades de trastornos de la conducta alimentaria (HU Virgen del Rocío y HU Virgen de las Nieves) y los programas específicos donde no existan. Para la atención a casos complejos (TCA, trastornos de personalidad y primeros episodios psicóticos) incrementará el número de profesionales para que participen en dichos programas de atención
- Reuniones con Asociaciones de pacientes y familiares que permitan comunicar los avances y recibir las necesidades percibidas de la ciudadanía.
- Favorecer la investigación en factores etiológicos y pronósticos en TCA, que permitan un mejor abordaje de la patología.

Población destinataria general.

Población andaluza que presenta un trastorno de la conducta alimentaria (con o sin problemas de adicciones), familiares y personas cuidadoras.

Población beneficiaria.

Población andaluza que presenta un trastorno de la conducta alimentaria (con o sin problemas de adicciones) familiares y personas cuidadoras que son atendidas con dicho programa.

Agentes Implicados.

- Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.
- Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional.
- Red de atención a las adicciones.
- SAS.
- Movimiento Asociativo.

Temporalización: 2026 - 2029.

El incremento de profesionales se desarrollará en un segundo escenario que se contempla en tres fases, al final de las cuales quedaría establecido el objetivo del Programa en el año 2029, con 9 profesionales de la psicología clínica, y 9 profesionales de la enfermería especialista de salud mental, condicionado en todo caso a la disponibilidad presupuestaria de cada ejercicio.

P.07.02 Programa de atención a las personas con trastornos de personalidad (TP)

Objetivos

- Mejorar la atención de personas con trastorno de personalidad a través de un programa específico de detección e intervención PI en adolescentes y jóvenes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, que incluya el establecimiento de diagnóstico, la evaluación clínica, familiar y social y el conjunto de intervenciones a llevar a cabo.
- Mejorar la atención a personas con trastornos de personalidad (con o sin problemas de adicciones, de alimentación), así como a sus familiares, personas cuidadoras y convivientes, a través de un programa multidisciplinar específico de gestión.

Indicadores

- Número de personas con trastornos de personalidad (con o sin problemas de adicciones) atendidas durante la implantación del programa y través de la coordinación de un equipo multidisciplinar (provincia/edad/sexo).
- Porcentaje de descenso del número de ingresos en USM-HG de personas con TLP (provincia/edad y sexo)

Descripción.

Se está constatando un aumento considerable de la prevalencia de los trastornos graves de la personalidad. Entre ellos, destaca por su complejidad en el abordaje del trastorno de la Inestabilidad Emocional de Personalidad (TLP). Por un lado, la inestabilidad propia del trastorno dificulta su adherencia a las intervenciones terapéuticas, lo que a su vez produce un elevado número de demandas urgentes, cambios frecuentes de tratamientos farmacológicos y de profesionales sanitarios referentes del de la persona usuaria. Por otro lado, la frecuente comorbilidad con otros trastornos, como el TCA, o trastornos por consumo de tóxicos, supone la implicación de diferentes profesionales en su abordaje, normalmente con escasa coordinación entre ellos. Esto favorece que la persona visite distintos dispositivos que pretenden dar respuesta a sus diferentes problemáticas sin que exista una acción coordinada entre ellos.

Un porcentaje muy alto de las personas en seguimiento por TLP en la edad adulta han recibido atención previa en USMIJ, con diversos diagnósticos. La tardanza en establecer el diagnóstico de TLP, y la falta de

intervenciones tempranas adecuadas, provoca que se vayan incrementando las alteraciones conductuales asociadas y la gravedad, empeorando la evolución y generando múltiples problemas familiares, laborales y sociales.

Las personas con TLP grave suelen requerir hospitalizaciones frecuentes (aunque no está claro que sean beneficiosos los ingresos hospitalarios), atención en crisis y tratamientos prolongados, lo que genera altos costes para el sistema sanitario público sin eficacia terapéutica. Además, la falta de un programa específico puede llevar a un uso ineficiente de los recursos disponibles. Además, estos trastornos afectan no solo a la persona que lo padece, sino también a sus familias y comunidades, generando un impacto emocional y económico significativo. La falta de integración social y laboral de estas personas incrementa la carga social. Los datos muestran que las mujeres tienden a ser diagnosticadas con mayor frecuencia con trastornos de personalidad, especialmente el TLP, mientras que los hombres suelen estar infra diagnosticados. Esta disparidad subraya la necesidad de un enfoque con perspectiva de género para garantizar una atención equitativa y adecuada.

Por todo esto, se requiere un programa estructurado, con un enfoque multidisciplinar, que defina las intervenciones coordinadas a llevar a cabo, que incluyen psicoterapia individual y grupal, farmacoterapia, intervención en crisis, información y apoyo a familiares e intervenciones psicosociales. Dentro de este programa, cada área contará con un plan individualizado que defina las intervenciones necesarias y agentes implicados. Será fundamental involucrar tanto a la persona afectada como a familiares y allegados en el diseño y puesta en marcha de este plan individualizado. Lo ideal sería la creación de equipos multidisciplinarios, que incluyan a profesionales de la red de Salud Mental y de la red de atención a las adicciones, que sean referentes para esta patología en concreto, que establezcan los circuitos necesarios con todos los dispositivos que intervengan en cualquier momento del proceso de atención, y que se ocupen de la intervención en los casos más complejos o con mayor comorbilidad. Por otro lado, también se identifica la necesidad de contar con algún recurso de hospitalización específico para la atención de los casos más críticos en dicha patología.

Finalmente, es prioritaria la formación. En primer lugar, para incrementar la capacitación de los y las profesionales de salud mental y adicciones en programas de intervención con evidencia ampliamente contrastada. En segundo lugar, para reducir el estigma y el trato inadecuado que suelen recibir las personas con TLP en los servicios de salud general, o en el resto de instituciones y servicios.

Acciones a desarrollar.

- Habilitación de un recurso (20 camas) para media y larga estancia para adultos y adolescentes.
- Realización de un análisis detallado, por UGC de SM, de las necesidades de sus dispositivos y áreas de mejora en relación a la atención a personas con TLP.
- Diseño e implementación de un programa de detección temprana e intervención precoz en cada USMIJ, que incluya la participación y coordinación profesionales del ámbito educativo, enfermeras

referentes de centros educativos, profesionales de la red de adicciones, de la USMC, de Atención Primaria y de Servicios Sociales.

- Elaboración de un censo de personas con TLP, especificando la comorbilidad.
- Constitución de una comisión de seguimiento de los casos atendidos en USMIJ cuando lleguen a la edad de 18 años, que incluya a los diferentes equipos de todos los servicios necesarios implicados en la intervención de la persona en la edad adulta.
- Incremento de profesionales para la atención a personas con TLP. Los y las profesionales que forman parte de este equipo deben tener formación especializada en el tratamiento de personas con patología dual. Por otro lado, se proyecta la incorporación de algún recurso de hospitalización específico para la atención de los casos más críticos en dicha patología.
- Diseño e implementación de un programa asistencial especializado que incluya intervenciones multidisciplinares basadas en la mejor evidencia disponible. Estas intervenciones deben incluir la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) individual o en grupo, o la Terapia Basada en la Mentalización (MBT), intervenciones de apoyo en crisis, estrategias para reducir la discontinuación del tratamiento. La persona en tratamiento, su familia y allegados deben participar activamente en el diseño de su plan de tratamiento dentro de este programa.
- Realización de grupos de intervención familiar en cada UGC, basados en programas de intervención familiar existentes y con evidencia disponible (ejemplo Programa Family Connections).
- Establecimiento de un programa de coordinación estrecha entre los profesionales que atienden urgencias en SM y el equipo referente, que considere de forma conjunta la atención en crisis y los criterios de ingreso. Establecimiento de camas de observación en las USM-HG, que puedan ser ocupadas durante tardes, noches y fines de semana hasta que sea posible la coordinación con equipo el referente para decidir ingreso.
- Diseño e implementación de un programa de formación que incluya.
 - Formación Continua para capacitación de profesionales de salud mental y adicciones en intervenciones terapéuticas.
 - Talleres de Sensibilización a personal sanitario y no sanitario (profesionales de los servicios de urgencias, de Atención Primaria, de hospitalización general, etc.) con el objetivo de reducir el estigma asociado al TLP, trabajar con mitos y concepciones erróneas y mejorar el trato a personas en tratamiento.
- Talleres de sensibilización dirigidos a población general (en institutos, en asociaciones, etc.).

Población destinataria general.

Población andaluza diagnosticada de Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad (con o sin problemas de adicciones).

Población beneficiaria.

Población Andaluza diagnosticada de Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad (con o sin problemas de adicciones) que recibe atención especializada en el programa.

Agentes Implicados.

- Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.
- Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional.
- Red de atención a las adicciones.
- SAS.
- Movimientos Asociativos.
- Justicia Juvenil.

Temporalización: 2026 -2029.

Para el desarrollo en Andalucía del programa de atención a personas con trastorno de personalidad, se parte del gasto consolidado, con un presupuesto total de **29.553.688,00 euros** (habilitación de un recurso de 20 estancias hospitalarias) para media y larga estancia para adultos y adolescentes con Trastorno Límite de Personalidad.

P.07.03 Programa de atención a las personas con discapacidad intelectual

Objetivo: Aumentar el porcentaje de UGC de Salud Mental que disponen de un circuito definido e integral en la atención a personas con discapacidad intelectual y trastorno mental.

Indicadores

1. Número de comisiones técnicas asesoras adaptadas al mapa de entidades prestadoras de servicio que se constituyen.
2. Elaboración de un censo de personas con discapacidad intelectual y trastorno mental grave. (SI/NO)

Descripción.

La atención a la salud mental de las personas con discapacidad intelectual es un área de mejora detectada desde 2014 cuando se aborda mediante la guía para la atención a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento (2016).

En este documento, que será actualizado en el periodo de vigencia del PESMAA, ya se recoge que las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo que tienen una enfermedad mental son un grupo especialmente vulnerable, que sufre discriminación múltiple y cuya atención plantea una complejidad mayor que la media ya que se suma el problema de salud mental con las dificultades en la identificación, cuantificación e integración de la atención recibida por distintos agentes.

Desgraciadamente la implementación de las medidas propuestas, creación de comisiones técnicas asesoras, identificación de un censo de personas con discapacidad intelectual y trastorno mental grave y desarrollo de planes de actuación conjunta se han quedado como puntos de buena práctica clínica aislados, pendientes de generalización.

En la actualidad, los servicios asistenciales y el acceso a los mismos siguen fragmentados y con alta variabilidad en función del dispositivo desde el que se presta la atención lo que fomenta la escasa visibilidad del colectivo (fenómeno eclipse diagnóstico Reiss, 1982) y la inequidad en la atención.

En las encuestas realizadas por la EASP en 2021 este foco de trabajo no se establece como prioritario a pesar de que según los datos del centro de valoración base de Andalucía 63.492 personas tienen reconocido más de un 33% de discapacidad por causas intelectuales.

El desconocimiento mutuo de las redes de atención genera dilaciones y perjuicios para el desarrollo de los planes de intervención y adecuación de los recursos solicitados, que resultan rígidos en cuanto a su tipología, normas y funcionamiento. Carece de capacidad de adaptación a las necesidades de las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental y a menudo resultan ajenas al enfoque de recuperación de sus potencialidades en su proyecto vital. Por ello, resultaría imprescindible incorporar a los criterios de adscripción de los centros, factores como las necesidades para el desarrollo socio-personal, el apoyo en salud mental y la presencia y características de las manifestaciones comportamentales al margen de los aspectos funcionales.

En esta falta de personalización en la respuesta terapéutica destacan 3 grupos.

- El sexo femenino (43% de las personas con discapacidad intelectual), que se identifica como un factor de riesgo en el abordaje de casos hipercomplejos añadiendo situaciones de vulnerabilidad y estableciendo correlaciones positivas con otras condiciones y multiplicando el efecto negativo en la salud mental de las mujeres con discapacidad intelectual.
- CI límites, la patoplastia de los trastornos de salud mental en esta condición se diversifica y los fenómenos como las adicciones o los trastornos de personalidad no se asocian con el concepto de

discapacidad intelectual, generando dificultades en cuanto a la identificación y la adaptación a los recursos existentes.

- Atención a la infancia de las personas con discapacidad intelectual con trastornos mentales y sus entornos familiares. En este punto se solapan las distintas dificultades expuestas en la población general con la falta de recursos específicos, fragmentación de la atención e invisibilidad. Resultando básico en este grupo poblacional, considerar los factores emocionales de apego y vinculación de los menores para mejorar las intervenciones y sus proyectos vitales permitiendo la racionalización de la utilización de los recursos.

Dadas estas consideraciones se propone un programa que incluya los aprendizajes obtenidos durante estos años, mejorando la identificación de las necesidades y sus adscripciones geográficas, generalizando buenos puntos de práctica clínica (incluyendo el desarrollo del consentimiento informado y medidas de accesibilidad cognitiva en los procesos), capacitando las redes de atención con formación mutua, estableciendo sinergias con el tercer sector y el movimiento asociativo, incluyendo la voz de las personas con discapacidad intelectual y de su entorno familiar en el diseño y desarrollo de las acciones a llevar a cabo en el contexto temporal del PESMAA.

Acciones a desarrollar.

- Analizar grado de implantación de guía para la atención a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento (2016).
- Realizar mapa de entidades prestadores de apoyo adscritas a cada UGC.
- Encuesta de valoración de necesidades en las entidades prestadoras de apoyo.
- Establecer modelos de trabajo conjunto, en función de las necesidades percibidas de los distintos agentes y los puntos de buena práctica detectados: constitución de comisiones técnicas asesoras, inclusión en comisión trastorno mental grave, planes individuales de tratamiento con participación de dependencia, justicia, entidades prestadoras de apoyo, etc.
- Explicitar circuitos de atención, incluidos aspectos psicométricos: batería de valoración, definición de responsables en los distintos niveles de atención con la inclusión de profesionales de psicología clínica con competencias en evaluaciones específicas que permitan desarrollar programas individualizados de apoyo y tratamiento.
- Capacitación de las distintas redes en el conocimiento mutuo: formación cruzada, proyectos conjuntos (ejemplo, con buenos apoyos, proyecto Avicena, etc.).
- Desarrollo de actividades formativas en psicofarmacología que tienda a la disminución de la polimedicación en el conjunto de personas con discapacidad intelectual y trastorno mental.
- Analizar los perfiles y adecuar los recursos a los mismos.

- Mejorar la coordinación con inclusión: desarrollo de protocolo de urgencias, adaptación de los baremos, adscripción de los recursos en función de los perfiles de las personas y los mejores resultados de las entidades prestadoras de servicios, etc.
- Actualizar la guía para la atención a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento en función de las evidencias y el conocimiento obtenido por las anteriores acciones.

Población destinataria general.

Población andaluza que presenta discapacidad intelectual y trastorno mental.

Población beneficiaria.

Población andaluza que presenta discapacidad intelectual y trastorno mental que realiza seguimiento en salud mental.

Agentes Implicados.

- Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.
- Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad.
- Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional.
- Servicio Andaluz de Salud
- Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía
- Movimiento Asociativo.
- Entidades locales prestadoras de Servicios.
- Fiscalía de discapacidades.
- Centros de Valoración y orientación de Andalucía.

Temporalización: 2026 - 2029.

P.07.CT01 Acciones para mejorar la inclusión social y la calidad de vida de las personas con discapacidad y problemas de salud mental y sus familias

Objetivo: Mejorar la autonomía personal, autoestima y un buen estado de salud emocional en aras a contribuir a la participación social en los distintos ámbitos de las personas con discapacidad y problemas de salud y sus familias.

Indicadores

1. Porcentaje de incremento respecto del importe destinado a la realización de programas para la inclusión social de personas con discapacidad y problemas de salud mental y sus familias.
2. Porcentaje de crédito destinado a la realización de programas sobre salud mental respecto del total de las ayudas concedidas para todos los programas.

Descripción.

La inclusión social de las personas con discapacidad que tienen problemas de salud mental requiere de un abordaje psicosocial y psicoeducativo que mejore la atención a estas personas y sus familias y preste el apoyo que necesitan, junto con un acompañamiento integral. Se presta especial atención a las mujeres. Todo ello repercute en una mayor autonomía personal, en la mejora de los niveles de autoestima, de participación social y, en definitiva, en la mejora de su calidad de vida.

Acciones a desarrollar.

- Intervención psicoeducativa con familias de personas con problemas de salud mental y fomento del respiro familiar.
- Acompañamiento integral a personas con problemas de salud mental, prestando especial atención a las mujeres.
- Atención y apoyo psicosocial a las personas con problemas de salud mental y sus familias.
- Apoyo de personas con discapacidad y problemas de salud mental en centros penitenciarios.

Población destinataria general.

Población andaluza con discapacidad y problemas de salud mental y sus familias.

Población beneficiaria.

Población andaluza con discapacidad y problemas de salud mental y sus familias que participan en el Programa.

Agentes Implicados.

- Dirección General de Personas con Discapacidad

Temporalización: 2026 - 2029.

La comorbilidad de los trastornos mentales y por uso de sustancias, lejos de ser una excepción, debe considerarse un hecho común que forma parte de la clínica habitual de ambos procesos.

La comorbilidad entre un trastorno por uso de sustancias y otro trastorno mental (habitualmente denominada “patología dual”) es una realidad observada tanto en los centros de adicciones como en los de salud mental. En la red de Adicciones de Andalucía se han registrado 5.497 personas con probable comorbilidad psiquiátrica (4.222 hombres y 1.275 mujeres). Distintas investigaciones ponen de relieve que las mujeres tienen más riesgo de presentar una comorbilidad psiquiátrica que los hombres y mayor gravedad en el curso de la adicción cuando ambos trastornos se dan de forma conjunta (Díaz-Mesa, E. et al., 2016).

La patología dual por tanto muestra diferencias de género. Los hombres con patología dual presentan en mayor proporción adicciones a la cocaína, la heroína y el cannabis y en las mujeres con problemas de salud mental las adicciones se relacionan mayoritariamente con el consumo de alcohol y los tranquilizantes. Las mujeres con patología dual son más susceptibles ante la violencia de género y sufren mayor estigma y exclusión social. Además, pese a haber muchas menos mujeres atendidas que hombres, el porcentaje de las que están afectadas por un problema de patología dual es mayor (14,04%) al porcentaje de hombres (10.37%).

Los sucesos traumáticos tienen un “elevado potencial” para generar trastornos psiquiátricos y trastornos por consumo de sustancias, especialmente en el caso de las mujeres. De hecho, según los datos aportados por la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD), la prevalencia de eventos traumáticos en la población general es de entre el 6% y el 33%. Sin embargo, en el caso de mujeres con patología dual, la prevalencia aumenta exponencialmente hasta situarse entre el 50% y el 80%.

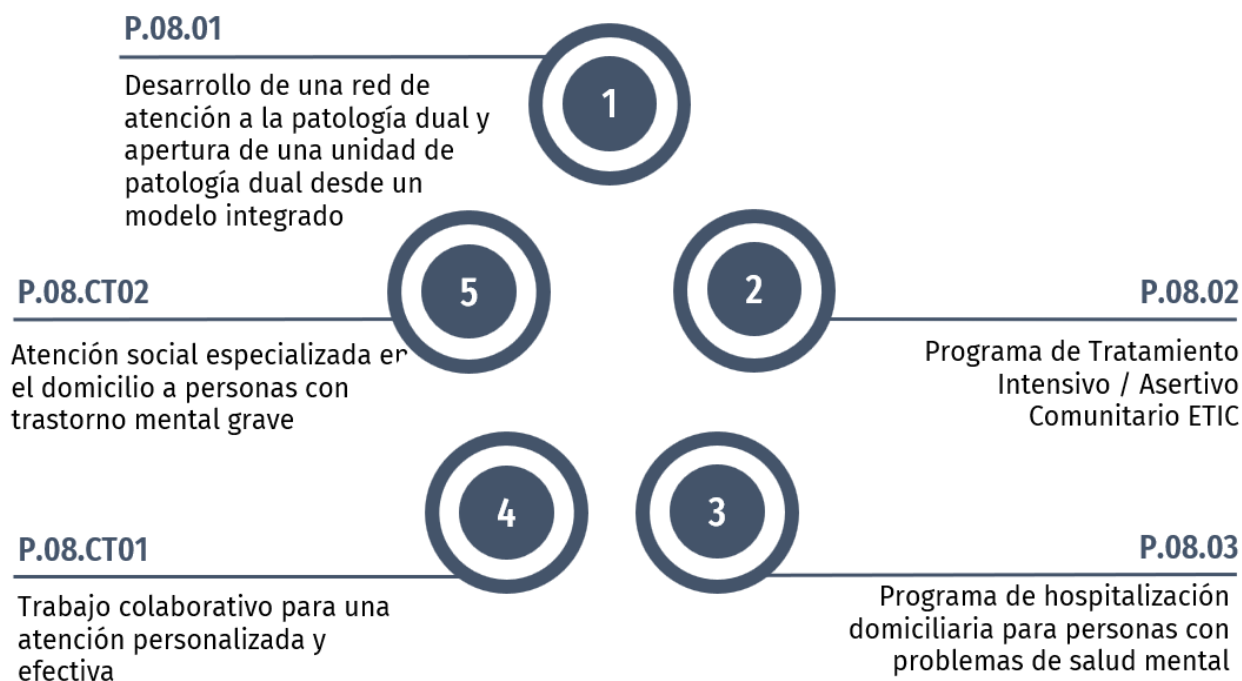
Habitualmente, la comorbilidad genera problemas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, que hacen complicada una intervención integrada y aunque se están desarrollando líneas de trabajo para mejorar la atención a las personas con patologías de dichos procesos, todavía se observan dificultades de coordinación entre profesionales de la red de salud mental y la de adicciones.

Se ha documentado que los modelos de tratamiento integrado con equipos especializados en trastornos de grave psicopatología y grave dependencia con aptitudes suficientes en el campo de la Salud Mental y en el de las Adicciones, constituyen el abordaje más adecuado para estas personas por contar con mayor evidencia de efectividad y eficiencia.

Por todo ello, la red pública de recursos de adicciones y salud mental de Andalucía, para el tratamiento de personas con trastorno mental complejo y adicciones complicadas, estará orientada hacia un modelo integrado con enfoque comunitario, entendido como una red de recursos coordinados de atención dirigida

al cuidado de las personas con problemas de salud mental y adicciones y centrada en la atención a la persona desde el modelo de recuperación en su entorno más cercano.

OE08 Conseguir que las personas con trastorno mental complejo y adicciones complicadas tengan una atención especializada y personalizada



P.08.01 Desarrollo de una red de atención a la patología dual y apertura de una unidad de patología dual desde un modelo integrado

Objetivo: Conseguir que las personas diagnosticadas de “Patología Dual Grave” (comorbilidad entre un trastorno mental grave y un trastorno por uso de sustancias complejo) tengan una atención integral y especializada.

Indicadores

- Porcentaje de personas atendidas en el programa de “estancia larga” que permanecen al menos 3 meses en este recurso.
- Porcentaje de personas atendidas en el programa de “estancia corta” que permanecen al menos 3 semanas en este recurso.
- Porcentaje de personas que alcanzan “cambios clínicamente relevantes” al final de su período de estancia.

Descripción.

En Andalucía se ha estimado que, entre las personas atendidas en las comunidades terapéuticas públicas de adicciones (CT), la comorbilidad por un problema de uso de sustancias y un problema de salud mental alcanza el 65% (fundamentalmente trastornos de ansiedad-depresión y trastornos de la personalidad). Por otro lado, aproximadamente el 50% de las personas con trastorno mental grave (TMG) atendidas en la red andaluza de salud mental tendría un trastorno por consumo de sustancias, tasas que son similares a las observadas en otros países. Por tanto, la comorbilidad psiquiátrica es alta, constituyendo un grupo de personas con peor pronóstico y mayor riesgo de suicidio.

El género es un factor que influye en la prevalencia de las enfermedades psiquiátricas, curso, pronóstico y respuesta al tratamiento, así como también condiciona los trastornos por uso de sustancias (TUS).

Por lo tanto, si las enfermedades mentales se distribuyen de manera diferencial en la población en función del género, existiendo claras diferencias en las manifestaciones psicopatológicas de hombres y mujeres la respuesta clínica lo debe tener muy en cuenta, puesto que no se puede pensar que los mismos constructos epistemológicos y operativos poseen una aplicabilidad clínica equivalente en hombres y mujeres.

Por todo ello, en la puesta en marcha de este Proyecto y en el desarrollo de las actuaciones se va a realizar un abordaje diferencial para mujeres y hombres, teniendo en cuenta la etiología, las circunstancias individuales y las necesidades que van surgiendo durante el tratamiento.

El modelo de desarrollo de CT para personas con patología dual más consolidado es el “modelo de Comunidad Terapéutica adaptada”. Esto implica rediseñar el programa terapéutico de una CT “tradicional” ya existente para personas con problemas de adicciones, de modo que pueda atender a personas que presenten una comorbilidad con otro trastorno mental.

En el marco de este modelo trabajaremos realizando cambios en la estructura y en los procesos asistenciales de una CT de la Red Pública de Atención a las Adicciones de Andalucía, para poder atender las necesidades de estas personas de manera integrada. Este centro irá destinado a Personas con Patología Dual Grave que pueden encuadrarse en la “tipología C” de R. Ries (1993).

- Adaptaciones en los recursos humanos.
- Mantener los/as profesionales de la CT de adicciones previamente existente, a los que deben sumarse profesionales especialistas en salud mental para trabajar conjuntamente como un único equipo con el mismo programa de tratamiento integrado.
- Dadas las características clínicas y de cuidado de estas personas con patología dual, la dotación de especialistas en salud mental no debe ser inferior al que habitualmente trabaja en las CT de Salud Mental (SM).
- Para mantener una ratio profesional/persona con patología dual, similar a las CT-SM, el número de personas usuarias ingresadas no debería ser superior a 20.

- Deberían incorporarse al menos 4 enfermeros/as especialistas en salud mental, considerando que debe haber un turno de noche, trabajando en colaboración con el personal de enfermería que puedan estar trabajando previamente en la CT.
- Deberían incorporarse 2 psiquiatras con dedicación laboral a tiempo completo a este recurso, y deberían tener al menos 2 continuidades asistenciales mensuales para que la CT pueda contar con una tarde semanal con presencia del/la psiquiatra, coincidiendo con el día de mayor número de ingresos.
- Debe ponerse en marcha un proceso de reciclaje formativo conjunto.
- Adaptaciones en el programa terapéutico.

Todas las experiencias previas sobre CT para personas con patología dual coinciden en señalar lo siguiente.

- Mantener los pilares básicos del modelo genérico de comunidad terapéutica para personas con problemas de adicciones (inspirado en las propuestas de George De Leon).
- Separación de entornos relacionados con el consumo.
- Favorecer una dinámica comunitaria entre las personas residentes.
- Orientación a la recuperación progresiva y al crecimiento personal.
- Estratificación y asignación de funciones en el grupo.
- Favorecer las actividades grupales psicoterapéuticas y psicoeducativas.
- Grupos de encuentro entre residentes.
- Promover un entorno estructurado en las actividades.
- El trabajo en CT como elemento terapéutico y educativo.
- Profesionales (y residentes) como modelos de rol.
- Entrenamiento en la toma de conciencia del trastorno adictivo y su impacto en su entorno.
- Entrevista motivacional y prevención de recaídas a nivel individual y grupal.
- Duración planificada del tratamiento.
- Incorporar al marco asistencial de la CT los elementos básicos de la “filosofía” del tratamiento integrado en patología dual.
- Programa plenamente integrado, desarrollado por un equipo multiprofesional con formación y experiencia en salud mental y adicciones.

- Orientación a la persona, desde los principios de la toma de decisión compartida, fomentando el empoderamiento.
- Globalidad, entendida como un programa residencial orientado a la recuperación, pero dentro de una amplia oferta de servicios de salud mental y adicciones integrados.
- Asertividad, entendida como una actitud proactiva ante el concepto de demanda y la adherencia al programa del tratamiento, a la continuidad de cuidados y las recaídas.
- Perspectiva de reducción de las consecuencias negativas del consumo de sustancias, lo que implica asumir el paradigma de la reducción de daños como parte integrante de la intervención especializada en patología dual.
- Consideración de las recaídas como parte consustancial al trastorno y la intervención.
- Tratamiento en etapas y basado en la motivación. El concepto de estadios de cambio se considera un elemento central en el tratamiento de la patología dual (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento).
- Intervenciones psicoterapéuticas multimodales específicas de patología dual: psicoterapia individual, intervención familiar, intervenciones grupales específicas para personas con patología dual (grupos psicoeducativos, grupos de orientación motivacional orientados por etapas de cambio, entrenamiento en habilidades sociales, terapia familiar y grupos de ayuda mutua).
- Tratamiento farmacológico único e integrado, minimizando la polifarmacia.
- Modificaciones clave en el programa asistencial de las CT adaptadas a patología dual (parcialmente inspiradas en George De Leon).
- Mayor flexibilidad en la ejecución de las actividades e intervenciones tradicionales.
- Mayor atención a las diferencias individuales.
- Intervenciones frecuentes y de duración no excesiva.
- Mayor tolerancia y equilibrio en el sistema de incentivos y sanciones, minimizando las “altas disciplinarias” (empleo de técnicas de desescalada, implantación de estrategias derivadas del Modelo de “Plantas Seguras” o Safeward y otras estrategias derivadas del Plan de Humanización del SSPA (2021).

La puesta en marcha de este dispositivo de CT de Patología Dual Grave supone el reto asistencial y de gestión propio de toda nueva iniciativa. El desarrollo de un proceso de adaptación progresiva de una CT “tradicional” de adicciones a otra de Patología Dual requiere de un fuerte liderazgo que tenga muy claro la misión, visión y valores de este dispositivo como un recurso de tratamiento integrado y que sea capaz de gestionar de manera ética y flexible la integración de dos filosofías de intervención asistencial, sabiendo crear equipo.

Los criterios de ingreso serían:

a) Personas con “Patología Dual Grave”, b) Estado clínico “subagudo” e c) Ingreso con carácter voluntario.

- El ingreso debe ser aceptado por la persona en el contexto de un proceso de toma de decisiones compartidas, tanto con sus referentes en la USMC como en el CTA, tras un proceso de valoración.
- Debe elaborarse un Plan Individualizado de Tratamiento (PIT), elaborado conjuntamente por profesionales de la USMC y CTA en colaboración con la persona afectada, en el que consten las valoraciones clínicas que acrediten la condición de persona con “Patología Dual Grave” y presentarse en la “Comisión de Casos Complejos” o Comisión equivalente y ser ratificado.
- Una vez ratificado, se enviará a una Comisión Centralizada de Gestión de Casos de Patología Dual para iniciar el proceso de ingreso en la CT de Patología Dual Grave.
- Duración planificada de la estancia (programas).

Este centro residencial de Patología Dual tendría dos tipos de programa en función de la estancia programada a priori.

- Programa de “estancia larga” o “programa completo”: estaría destinado a aquellas personas con mayor gravedad y alteración funcional (entre 3 y 6 meses de duración).
- Programa de “estancia corta”: estaría destinado a aquellas personas con menor gravedad y/o que alcanzaron rápidamente un nivel básico de estabilización que permitiese el alta o la continuación del programa residencial en una CT de adicciones (entre 3 semanas y 1 mes de duración).

Gestión del conocimiento:

Dadas las características singulares de este dispositivo, debe constituirse como un motor de cambio progresivo en el proceso de integración, y un referente para toda la red de servicios de salud mental y adicciones en el desarrollo de **Objetivos** de capacitación en el tratamiento integrado de la patología dual, a través de diferentes estrategias.

Formación continuada interna: a través de un espacio mensual de actualización en aspectos específicos de la patología dual.

Formación de residentes: sería la CT de Patología Dual Grave de referencia para la rotación externa de MIR, PIR y EIR de salud mental de todas la Unidades Docentes Multidisciplinares de Andalucía que lo soliciten.

Formación, actualización y reciclaje: dirigida a profesionales de los CTA y CT de adicciones que lo soliciten.

Evaluación e investigación: Esta CT de Patología Dual Grave debe situarse en un modelo de rendición de cuentas al SSPA (*accountability*) a través de la evaluación continuada de los procesos y los resultados asistenciales, así como a través de su contribución a la generación del conocimiento (investigación).

En todo este proceso es fundamental orientarnos hacia un modelo “transversal”, en la idea de que todos los recursos residenciales (CT de Salud Mental, CT de Adicciones y CT de Patología Dual Grave) deben estar implicados en mayor o menor grado en el abordaje de los diferentes tipos de Patología Dual. Para ello, de manera simultánea a la elaboración del programa de la CT de patología dual, vamos a desarrollar programas y procedimientos normalizados de trabajo para aumentar las competencias asistenciales en los diferentes subtipos de patología dual en todos estos recursos. Desde el Modelo de los Cuatro Cuadrantes de R. Ries (1993), adaptado a los recursos residenciales, iremos avanzando en la siguiente organización asistencial.

- CT de Adicciones: atendería tanto a personas con trastorno por uso de sustancias (TUS) sin comorbilidad psicopatológica como a personas con Patología Dual con “perfil ADS” (ansiedad, depresión somatización) y trastornos de la personalidad (“Categoría A” de Ries).
- CT de Salud Mental: atendería tanto a personas con trastorno mental sin abuso de sustancias como a personas con Patología Dual con el perfil de la “Categoría B” de Ries (“Trastorno mental de alto nivel de complejidad o trastorno mental grave (TMG) junto a trastorno adictivo no complicado”).

La Unidad de Hospitalización de Salud Mental (UHSM): atendería las fases de agudización de las personas con trastorno mental sin o con abuso de sustancias.

Acciones a desarrollar La puesta en marcha de este dispositivo/programa de CT de Patología Dual Grave supone el reto asistencial y de gestión propio de toda nueva iniciativa.

Por tanto, y tal como han venido señalando otros autores en experiencias similares, se trata de un proceso de implantación dinámico y progresivo, que puede comprender diferentes etapas.

- Toma de decisión sobre la CT de adicciones seleccionada que iniciará el proceso de adaptación.
- Contratación de profesionales de salud mental. En el proceso selectivo se valorarán no solo sus conocimientos, sino también sus actitudes y competencias para el trabajo en equipo. Se informará de las características del nuevo programa integrado.
- Reuniones con todas las personas del equipo terapéutico de esta CT para.
- Informar del objetivo del nuevo programa, de las características del recurso y de los cambios que supondrá la adaptación. Se valorarán también las actitudes y la flexibilidad de los/as profesionales en relación a este cambio, se aclararán dudas y se despejarán temores.
- Realizar ajustes en función de las aportaciones del equipo de profesionales.
- Se constituirá una comisión reducida para la elaboración de un primer borrador de programa terapéutico en la que deberán participar parte del equipo de la CT a modificar.
- Coordinación con el movimiento asociativo; salud mental, adicciones, patología dual.
- Renovación de equipamiento de la actual CT de Tarifa.

- Debe planificarse una redistribución de espacios de trabajo para la ubicación del equipo de profesionales de salud mental dentro de la CT y, en caso necesario, realizar las adaptaciones necesarias.
- El programa será evaluado a final del primer año de su puesta en marcha, tanto de forma cuantitativa (**Indicadores** de proceso y de resultado), como de forma cualitativa (autoevaluación del equipo terapéutico y evaluación externa), con el propósito de realizar cambios y ajustes en el programa para el año siguiente. Algunos autores señalan que la elaboración y desarrollo de un programa asistencial relativamente consistente puede durar un período de 2-3 años.

Población destinataria general.

Personas con Patología Dual Grave que pueden encuadrarse en la “tipología C” de R. Ries (1993).

Población beneficiaria.

Personas con Patología Dual Grave que pueden encuadrarse en la “tipología C” de R. Ries (1993) y que realizan tratamiento en la CT de Patología dual.

Agentes Implicados.

- Red de Adicciones.
- Servicio Andaluz de Salud (Atención Primaria).
- Red de Salud Mental.
- Movimiento Asociativo de ambas redes y de patología dual.
- FAISEM (Fundación Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental).
- Agentes Sociales.
- Otros (Justicia, Educación...).
- Escuela Andaluza de Salud Pública.

Temporalización: 2026 - 2029.

Para el funcionamiento de la unidad de patología dual, a través de un modelo integrado de atención, la red de salud mental participará con la contratación de un equipo de profesionales, formado por 1 profesional de la psiquiatría (psiquiatra), 6 profesionales de la enfermería especialista de salud mental, 1 terapeuta ocupacional, 1 profesional del trabajo social, con un presupuesto total de **2.344.060,44 euros**.

P.08.02 Programa de Tratamiento Intensivo / Asertivo Comunitario (ETIC)

Objetivos

- Identificar y atender a las personas que se encuentren en situaciones de especial riesgo o dependencia, priorizando fases tempranas de la enfermedad.
- Aumentar la accesibilidad a la red de salud mental a aquellas personas con TMG/adicciones con alto grado de desvinculación de la red.
- Disminuir el número de días de ingreso en Unidades de Hospitalización de pacientes con Trastorno mental grave complejo.
- Ofrecer atención sociosanitaria en el entorno natural de las personas incluidas en el Proceso Asistencial Integrado (PAI) Trastorno Mental Grave (TMG).
- Fomentar la integración en la red natural y / o familiar de la persona

Indicadores

- Resultados de los cuestionarios y encuestas de satisfacción.
- Número de personas atendidas en el Programa. Datos desagregados por provincia, edad y sexo.
- Número de días de hospitalización de las personas atendidas antes, durante y después de su inclusión en el programa. Datos desagregados por provincia, edad y sexo.
- Existencia de reuniones regladas entre las administraciones y dispositivos implicados en la asistencia a la persona en su entorno natural (SÍ/NO).
- Actualización del documento marco (SI/NO).

Descripción.

Intervención intensiva de un equipo transdisciplinar encaminado a facilitar la recuperación y el desarrollo de un proyecto vital propio de las personas diagnosticadas de trastorno mental grave, que se encuentran en posición de especial vulnerabilidad y riesgo. Esto puede derivarse tanto de su gravedad clínica, como de sus condicionantes sociales familiares y personales, e implica una dificultad para el acceso y utilización a los recursos existentes (sanitarios y sociales).

Este programa ofrece una atención sociosanitaria accesible, intensiva, en el medio natural del paciente, individualizada y altamente especializada, con el objetivo de desarrollar un sistema de cuidado para aquellas personas diagnosticadas de trastorno mental grave cuando la atención en la red ordinaria es

insuficiente para sus necesidades. Se trabaja en pro a la normalización del uso de recursos sociosanitarios disponibles en el entorno, así como la integración de la persona en su red social y/o familiar.

Además de un equipo de profesionales de salud mental, se requiere un trabajo en la red local que incluye a profesionales de los distintos sectores institucionales y al movimiento asociativo. Implica actuaciones cooperativas con atención primaria, servicios sociales, adicciones, justicia, FAISEM y asociaciones implicadas.

En las acciones deben incorporarse la atención a otras condiciones que incrementan las situaciones de vulnerabilidad y potencian el estigma, como ser mujer, migrante o tener otra discapacidad.

En las UGC donde hay mayor dispersión geográfica, el programa junto con el apoyo de Atención Primaria y los recursos sociales, es más eficaz puesto que salva las dificultades de accesibilidad que puedan tener las personas afectadas y sus familiares.

Las intervenciones deben estar centradas en la persona, respetando su autonomía y haciéndole participe de su proceso evolutivo, con el objetivo de que reciban una atención sanitaria óptima, puedan acceder a las prestaciones y servicios que precisen, fomentando y trabajando para su integración y participación en la comunidad donde eligen desarrollar su vida, incluyendo siempre que sea posible a la familia en el proceso.

Perfil de las personas incluidas en el programa.

- Personas en las primeras etapas de trastornos psicóticos, cuyo abandono de la atención en salud mental empeoraría gravemente su pronóstico.
- Personas con trastorno mental grave complejo con escasa adherencia a su plan de tratamiento, carencia de apoyo familiar y/o social efectivo y dificultades en su proceso de recuperación.
- Personas con trastorno mental grave en contextos sociales especialmente vulnerables o con riesgo de marginación (migrantes, prisiones...).

Acciones a desarrollar.

- Revisar y actualizar el documento marco por el que se rige el programa de tratamiento intensivo/asertivo comunitario.
- Destinar profesionales en exclusiva a los ETAC/ETIC (Psiquiatras y/o profesionales de psicología clínica), personal de enfermería especialista en Salud Mental, terapeutas ocupacionales y profesionales del Trabajo Social) para los diferentes equipos existentes en la UGC SM.
- Dotar el programa con los recursos humanos necesarios para llevarlo a cabo con estándares de calidad óptimos.

- Dotar a los equipos de profesionales de la infraestructura y medios logísticos para la realización de sus funciones.
- Ofrecer actividad asistencial en horario de mañana y tarde.
- Implementar acciones formativas adecuadas a los equipos de profesionales que desarrollen su labor asistencial en el ETIC/ETAC.
- Realizar intervenciones relacionadas con: cumplimiento y adherencia al tratamiento farmacológico, actividades de la vida diaria, entrenamiento en habilidades sociales, rehabilitación cognitiva, situaciones de crisis, psicoeducación familiar y de pacientes, terapia individual y grupal de apoyo y otras intervenciones basadas en la evidencia. La persona debe ser partícipe de su proceso de recuperación.
- Dar apoyo práctico en la vida diaria en el entorno habitual de la persona.
- Garantizar una coordinación adecuada entre las administraciones y los dispositivos implicados, incluido FAISEM, para la continuidad en el desarrollo de su plan de tratamiento (acceso a recursos económicos, de empleo y vivienda en igualdad de derechos con el resto de la ciudadanía).
- Crear canales estables de coordinación con el tejido asociativo (asociaciones familiares y de usuarios, entidades colaboradoras, ONG...), para lograr su apoyo a estos programas. .
- Aumentar y mantener la coordinación con los CTA.
- Considerar planes de atención específicos a la población TMG privada de libertad, como personas en situación de especial vulnerabilidad.

Población destinataria general.

Personas en situación de vulnerabilidad, con trastorno mental grave, en todos los tramos de edad que se hallen en riesgo o desvinculación efectiva de los servicios de salud mental.

Personas con trastorno grave de personalidad, con poca o nula adherencia al tratamiento.

Personas con trastorno mental complejo y adicciones complicadas diagnosticadas que precisen apoyo específico.

Población beneficiaria.

Aquellas personas destinatarias, familias y convivientes que hayan sido derivadas al programa.

Agentes Implicados.

- SAS, FAISEM, Asociaciones (relacionadas con la SM, familiares, adicciones, mujer, inmigración, sin hogar..).

- Consejerías (Salud, Inclusión Social, Educación, Justicia.).
- Ayuntamientos.
- Atención Primaria (Centros de Salud).
- Asuntos Sociales (recursos socio comunitarios).
- Escuela Andaluza de Salud Pública.

Temporalización: 2026 - 2029.

El incremento de profesionales se desarrollará en un segundo escenario que se contempla en tres fases, al final de las cuales quedaría establecido el objetivo del Programa en el año 2029, con 9 profesionales de la psiquiatría y 9 terapeutas ocupacionales o trabajadores/as sociales, condicionado en todo caso, a la disponibilidad presupuestaria de cada ejercicio.

P.08.03 Programa de hospitalización domiciliaria para personas con problemas de salud mental

Objetivos

Aumentar el porcentaje de personas con un problema de salud mental en crisis subsidiaria de hospitalización en la actualidad que son atendidas de manera efectiva evitando el ingreso hospitalario mediante un Equipo de Hospitalización domiciliaria (EHD).

Indicadores

- Número de personas atendidas o ingresos evitados/año por los EHD
- Informe anual del desarrollo e implantación del Programa

Descripción.

En la actualidad, atendiendo a los datos de ocupación de camas en las UHSM de las distintas UGC SM de Andalucía, se está experimentando un incremento generalizado del uso de estos recursos en nuestra comunidad lo que obliga a diseñar estrategias de intervención que den una respuesta adecuada a este incremento de la demanda.

Las USMC de Andalucía tienen un incremento de demanda que dificulta la atención intensiva desde estos dispositivos. Para evitar el ingreso hospitalario de personas en crisis, generando así hospitalizaciones potencialmente evitables, se podría dar una respuesta asistencial intensiva desde la comunidad.

La estrategia de salud mental 2022-2026 señala que deberán reforzarse programas y servicios que acompañen a las personas y familias en su proceso de recuperación, destacándose los modelos de gestión de casos, la hospitalización domiciliaria, la hospitalización parcial y otros recursos intermedios y de rehabilitación. Incluso señala como objetivo específico “4.1.4. Priorizar los apoyos a las personas en su propio contexto comunitario facilitando el mantenimiento de los vínculos con éste, para lo que se deberá planificar la dotación adecuada de servicios: equipos de tratamiento asertivo comunitario y equipos de atención domiciliaria interdisciplinar (psiquiatría, psicología clínica, enfermería y trabajo social)”.

Los Equipos de Hospitalización Domiciliaria (EHD) ofrecen apoyo intensivo en el domicilio a personas que atraviesan una crisis aguda de salud mental, como alternativa al ingreso hospitalario. También reducen la duración de las hospitalizaciones al permitir una alternativa suficiente en ámbito comunitario que permita el alta hospitalaria aún en fase de crisis.

Desde hace más de dos décadas, en contextos sanitarios similares se vienen utilizando los EHD como solución asistencial. No sólo es una alternativa válida, sino que mejora en diversos ámbitos los resultados de la hospitalización en UHSM a un costo por paciente menor.

Los EHD deben atender a personas adultas con trastornos mentales en crisis que se beneficiarían de un ingreso en UHSM por no ser suficiente el abordaje intensivo en USMC y que cuentan con una red de cuidados suficiente si se añade la asistencia domiciliaria intensiva que aporta el EHD. En todo caso los riesgos auto y heteroagresivos así como el riesgo suicida y de discontinuación de tratamiento deben ser asumibles por el EHD permitiendo este formato de intervención clínica de modo seguro para el paciente y los profesionales.

Los EHD no sólo reducen el número de hospitalizaciones totales y de estancias medias al facilitar la transición entre la atención hospitalaria y la de los dispositivos comunitarios. También suponen una mejora cualitativa en la atención a las personas en crisis que se benefician de estos programas manteniendo o mejorando los estándares clínicos y de calidad y mejorando la opinión sobre la atención recibida. Por un lado, evita ingresos generando una alternativa que permite atención intensiva en domicilio y reduce estancias innecesarias por falta de orientación a apoyos informales, problemas de movilidad (crónicos o temporales) o frecuencia de contactos clínicos y acceso a pruebas. Por otro lado, mantiene los apoyos comunitarios de la persona durante la crisis permitiendo que se beneficie de estrategias válidas de afrontamiento propias y desarrollar nuevas en su entorno. Se hacen más efectivas las intervenciones psicosociales y de cuidados al realizarlas “in situ” y evitando así el riesgo de fracaso de logros obtenidos en estos dominios en la hospitalización ya que en estos casos es obligatorio intentar trasladarlos en un segundo momento al entorno de la persona en crisis.

Desde una perspectiva de derechos, los EHD permiten que las personas que experimentan una crisis de salud mental reciban atención adecuada en el entorno menos restrictivo adecuado para ellas y respetando su autonomía. A esto se suma que las personas en crisis y sus familias participen en la toma de decisiones sobre plan de atención tanto como sea posible y contemplando posibilidades de intervención en crisis alternativas al ingreso. Por otro lado, las familias y personas allegadas de quienes atraviesan una crisis de salud mental, reciben apoyo adecuado para poder participar en el cuidado de su ser querido en la medida de lo posible con los recursos disponibles en su entorno de forma efectiva.

Existen numerosas evidencias bibliográficas que ponen de relieve que las unidades de hospitalización, especialmente las de agudos, no siempre ofrecen un entorno terapéutico seguro y adaptado a las necesidades específicas de las mujeres. Estas unidades, históricamente diseñadas sin perspectiva de género, han reproducido condiciones de desigualdad y desprotección, con escasa atención a factores como los antecedentes de violencia de género, el trauma, los roles de cuidado, la maternidad o la doble estigmatización por razón de género y diagnóstico. Ante esta realidad, se refuerza la necesidad de alternativas al ingreso hospitalario para mujeres en situación de crisis, que ofrezcan un marco de intervención más seguro, flexible y personalizado. Dispositivos como la atención intensiva en el domicilio permiten un abordaje más respetuoso con los derechos, la dignidad y las trayectorias vitales de las mujeres, y contribuyen a la superación de modelos asistenciales que no siempre garantizan una atención equitativa.

Los EHD según los estándares generales deberían.

- Estar disponible los siete días de la semana.
- Ofrecer evaluación, tratamiento, intervención y/o apoyo en el hogar como alternativa a la hospitalización.
- Establecer una coordinación asistencial estrecha con el resto de equipos comunitarios, y la UHSM.
- Proporcionar intervenciones a corto plazo y gestionar la atención durante la fase aguda de la crisis, incluyendo la derivación y atención conjunta con otros recursos sanitarios o sociales.

Liderar las intervenciones clínicas y coordinación del caso hasta que la crisis que requiere la intervención del EHD se haya resuelto.

Acciones a desarrollar.

- Constitución de un grupo de trabajo autónomo que diseñe un documento marco que sirva de guía para la creación de EHD en todas las UGC siguiendo los estándares generales de las experiencias internacionales disponibles en la literatura adecuándose a nuestro entorno y realidad asistencial.
- Desarrollo de una estrategia de implementación en todas las UGC que incluya formación a los y las profesionales.

- Desarrollo del programa de hospitalización domiciliaria en Andalucía con un incremento, paulatino, en la contratación de profesionales.
- Creación de EHD que ofrezcan atención a su población de referencia cumpliendo con lo descrito en el documento marco.
- Mantenimiento del grupo de trabajo activo para facilitar compartir dificultades y soluciones en los distintos EHD y permitiendo así un seguimiento global de la actividad asistencial y su impacto por parte del grupo de trabajo autonómico y el PESMAA.
- Realizar un informe anual por parte del grupo de trabajo en colaboración con la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias que permita la actualización del documento marco y establezca las indicaciones precisas para la mejora de los EHD.

Población destinataria general.

Población andaluza adulta que presenta una crisis relacionada con un problema de salud mental y que precisa ingreso en una UHSM.

Población beneficiaria.

Población andaluza adulta que presenta una crisis relacionada con un problema de salud mental que precisaría ingreso en una UHSM y que es posible evitar gracias a su atención en el EHD.

Agentes Implicados.

- PESMAA.
- EASP.
- SAS.
- UGC-SM.
- Otras UGC hospitalarias.
- AP.
- Servicios Sociales Comunitarios, FAISEM, movimiento asociativo.
- Otros activos informales en salud.

Temporalización: 2026 – 2029.

Para el desarrollo de este Programa, se va a contar con un equipo de profesionales integrado por 7 profesionales de la psiquiatra y 7 profesionales de la enfermería especialista de salud mental, con un presupuesto total de **4.921.736,96 euros**.

P.08.CT01 Trabajo colaborativo para una atención personalizada y efectiva

Objetivos

- Mejorar la continuidad de cuidados y apoyos a las personas en situación de dependencia con reconocimiento del derecho de acceso al servicio de atención residencial que presenten problemas de salud mental, articulando los mecanismos de coordinación intersectoriales necesarios.
- Garantizar que las personas con enfermedad mental en situación de dependencia reciban una atención integral, coordinando eficazmente todos los agentes implicados para que la atención se adapte a las necesidades de la persona.
- Asegurar que las personas con enfermedad mental en situación de dependencia en Andalucía acceden sin obstáculos a la atención que precisan, definiendo con claridad el circuito de atención a seguir.
- Desarrollar una herramienta que priorice a las personas, garantizando que nadie deba relatar su situación en múltiples ocasiones a distintos profesionales. Asimismo, se busca agilizar y optimizar los procesos de derivación, asegurando que cada persona acceda al recurso más adecuado para la atención a sus necesidades y el desarrollo de su proyecto de vida.

Indicadores

- Constitución del equipo de personas expertas (SI/NO).
- Redacción e implementación del Protocolo de coordinación para la atención a personas con enfermedad mental en el procedimiento del reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD (SI/NO)

Descripción.

La Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM) gestiona los recursos de apoyo social para personas en situación de dependencia con trastornos mentales graves. A través de su programa residencial, atiende la necesidad de alojamiento de este colectivo en Andalucía, mediante Casas Hogar y Viviendas Supervisadas.

Actualmente, 57 mujeres y 92 hombres con enfermedad mental en situación de dependencia residen en Casas Hogar en Andalucía, mientras que 9 mujeres y 9 hombres lo hacen en Viviendas Supervisadas del

Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Sin embargo, el acceso a estos recursos requiere una coordinación previa entre los equipos profesionales de los sistemas social y sanitario —a través de las Comisiones Intersectoriales—, lo que supone una demora del acceso en la mayoría de las ocasiones. Para que esta coordinación sea efectiva, es esencial superar limitaciones como la falta de un marco normativo claro, que actualmente deriva en procesos prolongados y discrepancias entre provincias. En consecuencia, este programa busca evitar que las personas con enfermedad mental y sus familias afronten solas las complejidades del sistema, eliminando demoras, trámites innecesarios y barreras burocráticas.

Para lograrlo, se desarrollará el Protocolo de Coordinación para la Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave en Andalucía, que articulará de manera estructurada la colaboración entre servicios sanitarios y sociales, garantizando una atención integral y continuada y facilitando la gestión coordinada entre ambas redes.

Esta herramienta impulsará medidas conjuntas para responder a las necesidades específicas de las personas en situación de dependencia con enfermedad mental, evitando situaciones de desprotección, asegurando que reciben el apoyo que necesitan, respetando su derecho a vivir en comunidad con los apoyos necesarios.

Acciones a desarrollar.

- Crear un equipo de personas expertas que realice el análisis de las comisiones intersectoriales (criterios, circuitos, perfiles y actuaciones ante dificultades en el proceso).
- Redactar un protocolo de coordinación para la atención a personas con enfermedad mental en el procedimiento del reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD, que agilice y mejore la atención y se adapte a las características específicas de las personas con trastorno mental grave, asegurando que reciben los apoyos que necesitan sin demoras ni trámites innecesarios.

Población destinataria general.

Personas con trastorno mental grave, en situación de dependencia y reconocimiento del derecho de acceso al servicio de atención residencial.

Población beneficiaria.

Personas con trastorno mental grave enfermedad mental en situación de dependencia y reconocimiento del derecho, y la necesidad, de acceso al servicio de atención residencial que son atendidas tras la implantación del programa.

Agentes Implicados.

- Agencia de Servicios Sociales y Atención a la Dependencia. Servicios de Valoración de la Dependencia.
- Dirección General de Cuidados, Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.

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

Temporalización: 2026 - 2029.

P.08.CT02 Atención social especializada en el domicilio a personas con trastorno mental grave

Objetivos

- Aumentar la detección de personas con trastorno mental grave que viven en domicilios propios con necesidades de atención social.
- Cubrir necesidades básicas e instrumentales de las personas con trastorno mental grave.
- Aumentar la adquisición de habilidades para lograr una vida independiente en ausencia de figuras de cuidado.
- Aumentar los niveles de ocupación formativa y/o laboral.
- Reducir el número de personas con trastorno mental grave con necesidades de atención residencial en recursos de FAISEM.

Indicadores

- Número de personas detectadas con trastorno mental grave y domicilio propio que precisan de un programa de atención domiciliaria especializada (provincia, edad y sexo).
- Porcentaje de personas atendidas en domicilio que aumentan su ocupación formativa o laboral (provincia, edad y sexo).
- Porcentaje de personas atendidas en domicilio que aumentan sus habilidades instrumentales de la vida diaria (provincia, edad y sexo).
- Porcentaje de personas atendidas que no precisan, en ese año, atención residencial (provincia, edad y sexo).
- Porcentaje de reducción de lista de espera para recursos residenciales a los cinco años.
- Número de reuniones de coordinación profesionales de FAISEM y USMC para seguimiento y evaluación de los casos.

Descripción.

La experiencia acumulada en los últimos años respecto a las necesidades de atención y apoyo social a personas con Trastorno Mental Grave ha evidenciado la existencia de nuevas necesidades y perfiles de potenciales personas usuarias. De manera progresiva y para un número importante de personas, se dan circunstancias específicas, en el sentido de que sus carencias están referidas fundamentalmente a la necesidad de un apoyo en su propio domicilio en aspectos diversos del funcionamiento cotidiano. Para este grupo de personas es preciso mantener el principio general de la atención en su entorno natural y determinar el grado de dependencia y necesidad de apoyo de forma individualizada y continua.

Es imprescindible disponer de equipos especializados en la atención domiciliaria para personas con Trastorno Mental Grave, entrenados en esta modalidad de atención, cercana a sus entornos naturales de vida que se centre en la cobertura de necesidades individuales para la normalización y desarrollo de habilidades básicas e instrumentales de la vida diaria. Una atención delimitada para un conjunto de personas, más jóvenes, menos evolucionadas en su padecimiento psíquico, permitiría desplegar estrategias de intervención dirigidas a la prevención del deterioro y al fomento de la autonomía personal y mayores niveles de vida independiente. Los Programas de Atención y apoyo Domiciliario y de Continuidad de Cuidados, se orientan a proveer los cuidados (tanto los más básicos como los más específicamente sanitarios) que necesitan aquellas personas que tienen un grado menor de deterioro, pero no se benefician de los alojamientos existentes, si no de la atención en su propio domicilio. Son, en definitiva, sistemas de organización de los cuidados en la comunidad.

Una buena gestión de los casos conlleva como resultado la racionalización de los recursos y servicios sociosanitarios, al evitar en uso inadecuado de los mismos, como son innecesarias hospitalizaciones o el conocido fenómeno de la puerta giratoria en los centros y unidades de los programas sociosanitarios. En el acceso se podrá considerar que la ausencia de un grado de dependencia no sea un elemento de exclusión. Así como la consideración desde las Unidades de Gestión Clínicas de posibles derivaciones urgentes por situaciones de emergencia social.

En cualquier caso, en los espacios de coordinación (Comisiones Trastorno Mental Grave) se deberían diferenciar las personas usuarias que pueden necesitar una atención en el domicilio especializada y más intensiva pero no cumplen criterios de inclusión en el programa ETIC. Se manejarán los datos desagregados por sexo que muestran realidades distintas para hombres y mujeres.

Acciones a desarrollar.

El programa contempla la prestación de apoyo en el propio domicilio de la persona atendida, bien porque vive solo/a o con sus familiares o autónomamente con otras personas usuarias. Se trata de ayudar en tareas cotidianas a personas que tienen dificultades para encontrar respuesta en los programas generales de los servicios sociales o sanitarios. Se presta atención personal en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Las actividades planificadas y organizadas estarán dirigidas a poner en conexión a la persona con cuántos dispositivos y recursos de la comunidad, tanto social como sanitaria, precise para su buena evolución y recuperación en todos los aspectos de su vida. El orden de actuación incluirá los siguientes elementos.

- Realización de visitas domiciliarias para la selección de las personas.
- Contratación de profesionales.
- Valoración funcional y análisis de problemas.
- Análisis y valoración de las características de la red social.
- Establecimiento del contacto y facilitación de la adherencia al tratamiento y en general a su atención.
- Determinación de los servicios necesarios del usuario.
- Establecimiento de un plan de coordinación con delimitación de los diferentes niveles de responsabilidad.
- Elaboración de un plan individualizado de atención social.

Población destinataria general.

Personas con trastorno mental grave a partir de los 18 años, con domicilio propio y necesidades de atención social especializada.

Población beneficiaria.

Personas con trastorno mental grave a partir de los 18 años, con domicilio propio y necesidades de atención social especializada que participan del programa.

Agentes Implicados.

- FAISEM.
- Red de salud mental y adicciones.
- Equipos de tratamiento Intensivo Comunitario.
- Servicios Sociales Comunitarios.
- Servicio de ayuda a domicilio.
- Agencia de servicios sociales y dependencia de Andalucía.

Temporalización: 2026 - 2029.

El incremento de profesionales se desarrollará en un segundo escenario que se contempla en tres fases, al final de las cuales quedaría establecido el objetivo del Programa en el año 2029, con 26 profesionales.

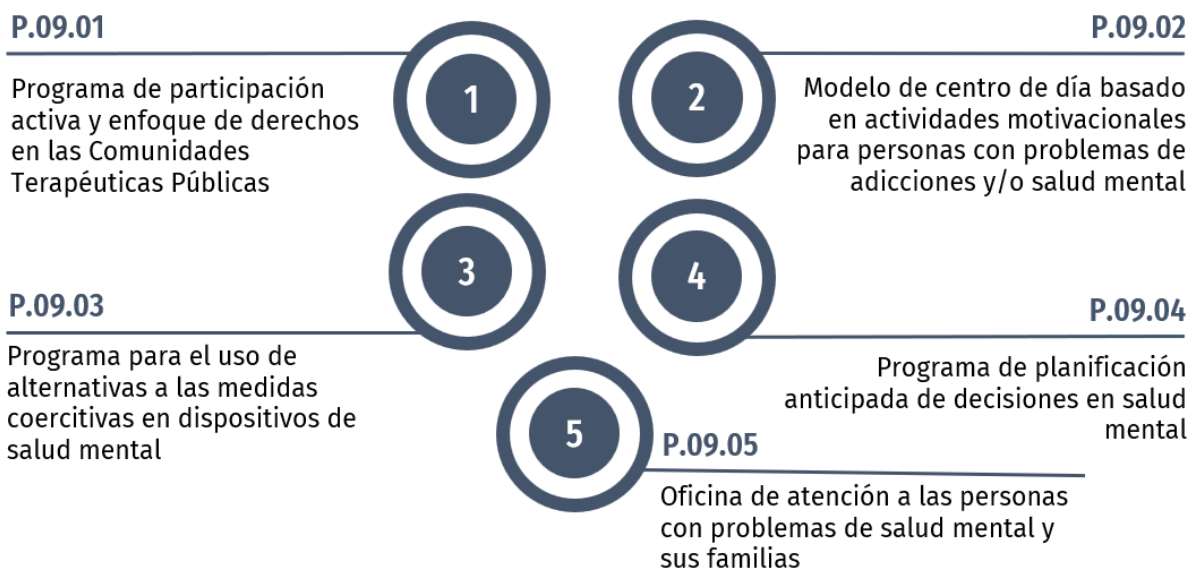
Para el imaginario colectivo, las personas con problemas de salud mental y/o adicciones han sido consideradas durante años como objetos que debían ser atendidos, pero nunca como sujetos titulares de derechos y, por lo tanto, protagonistas de su propia historia. En la atención sanitaria a las personas con problemas de salud mental y/o adicciones se requieren modelos que protejan y eleven la dignidad de las personas, centrados en la garantía de sus derechos y en el reconocimiento de su diversidad. La Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias está comprometida con el proceso de transformación para superar una arraigada cultura asistencialista y transitar hacia la cultura de la humanización. Este objetivo estratégico abarca complejos y numerosos retos. Entre los más relevantes destacamos los siguientes.

- Evitar las restricciones de cualquier tipo puesto que, aunque persiguen controlar y reducir conductas peligrosas hacia la propia persona o hacia las demás, suponen experiencias traumáticas para quienes las sufren además de una clara vulneración de sus derechos. Deben evitarse los ingresos involuntarios, los tratamientos involuntarios, las contenciones tanto mecánicas como farmacológicas y las medidas de aislamiento terapéutico.
- Generalizar la planificación anticipada de decisiones para proteger el derecho de las personas a su autonomía, incluso en situaciones que le impidan decidir por sí misma.
- Humanizar los espacios, el ambiente y el lugar de trabajo.
- Lograr la escucha activa por parte de los y las profesionales y desarrollar relaciones de poder igualitarias.
- Informar a las personas de manera comprensible acerca del tratamiento que se les ofrece.
- Lograr la participación activa de las personas y, en su caso, de sus familiares, en su propio proceso de atención de forma que estén permanentemente informadas y se les tenga en cuenta en la toma de decisiones.

El enfoque de derechos humanos se sustenta en dos pilares fundamentales: el Estado como garante de los derechos y principal responsable de su promoción, defensa y protección, por una parte, y las personas y grupos sociales como sujetos titulares de derechos, con la capacidad y el derecho de reclamar su cumplimiento y de participar en la formulación y ejecución de las políticas públicas, por otra. El enfoque de derechos va más allá de la mera satisfacción de necesidades que ofrece el modelo asistencialista. Desde este enfoque los resultados son importantes, pero también lo es la forma en que estos resultados se

logran, de manera que las personas no son receptoras o usuarias pasivas de servicios, cuidados o apoyos, sino que participan activamente y son protagonistas de su propio proceso.

OE09 Ofrecer una respuesta personalizada a las necesidades y expectativas de las personas con problemas de salud mental y adicciones desde un enfoque de derechos



P.09.01 Programa de participación activa y enfoque de derechos en las comunidades terapéuticas públicas

Objetivo: Mejora de la adherencia al tratamiento y, por ende, de la atención a las personas con problemas de adicciones en Comunidad Terapéutica mediante el refuerzo de las alianzas terapéuticas, la personalización y la participación activa.

Indicadores.

- Mejora en la adherencia al tratamiento en comunidad terapéutica medido mediante el indicador de número de altas voluntarias dividido entre el total de altas (desagregado por sexo, CT y año).
- Grado de satisfacción de las personas que realizan tratamiento en comunidad terapéutica medido a través de encuesta (ítem específico) (desagregado por sexo, CT y año).

Descripción.

En diciembre de 2018 se aprobó un nuevo Programa de intervención en las Comunidades Terapéuticas de la Red Pública de Atención a las Adicciones en Andalucía. El tratamiento en las Comunidades Terapéuticas

basado en este programa de intervención, establece una dinámica que requiere de la participación activa y la corresponsabilidad de las personas con problemas de adicciones en el diseño de su itinerario terapéutico con el objetivo de lograr una mayor efectividad del tratamiento y una mejor satisfacción con la atención prestada. Además, el tratamiento de las adicciones debe ser personalizado debido a que la singularidad de las personas, sus expectativas y preferencias, el proceso adictivo, el entorno en el que desarrollan su vida, su forma de reaccionar, su patología de fondo son factores diferenciales que determinan el tipo de atención y acompañamiento que requiere cada persona. La personalización deberá incluir la perspectiva de género.

- El programa de participación activa y enfoque de derechos pretende profundizar en estas dos características clave del tratamiento en las Comunidades Terapéuticas (la personalización y la participación activa y la corresponsabilidad) en el marco del Programa de intervención anteriormente mencionado y vigente en la actualidad. El resultado será el diseño, la concreción y la implantación del Programa Personalizado de Intervención en las Comunidades Terapéuticas.
- Para lograr lo anterior, se creará un grupo de reflexión y trabajo que aplicará una metodología basada en la participación activa y organizada. El grupo, que será paritario, estará integrado por profesionales de distintos recursos de la Red de Atención a las Adicciones, por personal de entidades del Tercer Sector y por personas expertas por experiencia propia. También se intensificará la formación de los equipos de profesionales de las comunidades terapéuticas de la Red Pública de Atención a las Adicciones de Andalucía en humanización en el trato y enfoque de derechos humanos.

Acciones a desarrollar.

- Constitución de un grupo de trabajo y reflexión para el diseño del programa.
- Diseño del programa y aprobación.
- Evento de presentación del programa.
- Sensibilización y formación de los profesionales en atención desde el enfoque de derechos y la humanización en el trato incorporando perspectiva de género.
- Adaptación de SIPASDA.
- Evaluación de los resultados.

Población destinataria general .

- Personas con problemas de adicciones que realizan tratamiento en comunidad terapéutica.

Población beneficiaria.

- Personas con problemas de adicciones que realizan tratamiento en comunidad terapéutica y se benefician del Programa Personalizado de Intervención diseñado.

Agentes implicados.

- Profesionales de la Red Pública de Atención a las Adicciones.
- Personas en tratamiento en la Red Pública de Atención a las adicciones en CTA, Comunidades Terapéuticas, Centros de encuentro y acogida, asociaciones de Atención a las Adicciones.
- Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.
- Entidades del tercer sector de acción social y movimiento asociativo del ámbito de las adicciones.
- Escuela Andaluza de Salud Pública.

Temporalización: 2027 - 2029.

P.09.02 Modelo de centro de día basado en actividades motivacionales para personas con problemas de adicciones y/o salud mental

Objetivos

- Mejorar la adherencia al tratamiento de las personas con problemas de adicciones y, en su caso, problemas de salud mental.
- Mejorar la inclusión social de las personas con problemas de adicciones y, en su caso, problemas de salud mental.

Indicadores

- Diferencia entre la adherencia media en las personas con problemas de adicciones y, en su caso, salud mental atendidas y las personas que participan en el programa (desagregado por sexo y provincia).
- Porcentaje de personas que están en el programa y finalizan su tratamiento por alta terapéutica (desagregado por sexo y provincia).
- Grado de satisfacción de las personas del programa y, en particular, con sus avances en cuanto a inclusión social medida a través de encuesta (ítem específico) (desagregado por sexo y provincia).

Descripción.

El programa consiste en un **acompañamiento terapéutico** en el que las personas con problemas de adicciones y, en la mayoría de los casos, de salud mental, participan en talleres y actividades de crecimiento personal y fortalecimiento biopsicosocial. El programa se concibe como **complemento y apoyo al proceso de tratamiento ambulatorio** y se desarrollará en el marco de la filosofía humanista y las **actividades motivacionales**, desde un **enfoque de derechos**, con pleno respeto a la dignidad, autodeterminación, autonomía personal y capacidad de elección de las personas. Este enfoque aporta una mayor motivación y facilita el acompañamiento profesional necesario para mejorar la adherencia al tratamiento y los procesos de inclusión social.

Basado en una buena práctica del CPD de Málaga el modelo se basa en las siguientes premisas.

- Un centro de día no pretende ofrecer un espacio para pasar el tiempo, ni para aprender una actividad concreta. El objetivo es apoyar a las personas y ofrecerles un ambiente facilitador.
- Se establecen relaciones de apoyo en la que las monitoras y monitores facilitan un entorno grupal y organizado pero libre de prejuicios y cálido en el que la persona se siente acogida, aceptada tal cual es, comprendida, se expresa sin temor a no ser entendida o a ser juzgada, es escuchada y decide libremente.
- El acercamiento a las personas se hace desde el marco de la psicología humanista, desde las capacidades y habilidades de la persona y no desde sus déficits.
- Los itinerarios son personalizados y flexibles. Las actividades son elegidas por la persona y consensuadas con el equipo de profesionales para su mejor adaptación a las expectativas, deseos y fortalezas de cada persona y para fomentar tanto su participación activa y habitual en las actividades programadas como su implicación en la consecución de los objetivos. No hay imposiciones ni condicionantes externos y esto favorece la motivación.
- Muy pocas normas y muy fáciles de cumplir y de entender (por ejemplo, no se puede introducir ni consumir drogas en el centro ni realizar actividades bajo los efectos de las drogas). La organización es muy flexible (los horarios son elegidos por las personas y acordados con el equipo).
- Las actividades se desarrollan en un ambiente de entendimiento y de confianza combinando actividades relacionadas con la relajación y el ejercicio físico (taller de deporte) con actividades plásticas y culturales que aportan una rutina diaria, con un cierto orden y organización.
- Las actividades que se desarrollan en los talleres son atractivas, atrayentes e imprevisibles. Entrañan cierta dificultad lo que supone un desafío, pero tienen posibilidad de éxito, por tanto, la persona se siente retada pero capaz y se trabaja el sentimiento de autovaloración.
- Se trabaja la impulsividad (las artes plásticas requieren planificación y organización) así como el bloqueo y la resistencia a la frustración (por ejemplo, algunas piezas entran en el horno y se

estropean), la gestión de la responsabilidad (por ejemplo, en el taller de artes plásticas, la persona que fabrica un color, lo hace para el grupo) y el trabajo en grupo para la recuperación de habilidades sociales.

- Los y las profesionales, además de capacitación y experiencia, deben tener algunas actitudes como son: la empatía, la aceptación incondicional y la escucha activa. Además, es fundamental la estabilidad de los puestos de trabajo porque entre las y los profesionales se tienen que establecer un vínculo, una relación profesional de confianza, honesta y significativa que permita iniciar un camino.

En todo el proceso de diseño, se incluirá la **perspectiva de género** a través de la integración sistemática de evaluación de las distintas necesidades que mujeres y hombres presentan en el ámbito de la inclusión social. En esta línea, se tendrán en cuenta las barreras de género que afrontan las mujeres, entre otras, los aspectos emocionales (autoestima, sentimiento de culpa, atribución de fracaso, etc.) y sus necesidades de conciliación debido a los roles familiares y las responsabilidades de cuidado que asumen, marcando prioridades que faciliten su participación.

La discriminación y estigmatización social a la que están sometidas muchas personas con problemas de adicciones y salud mental, hace necesario que el trabajo vaya acompañado de intervenciones a nivel comunitario que contribuyan a modificar percepciones negativas y actitudes de rechazo en el entorno y propicien **comunidades más inclusivas**. Por lo tanto, una de las claves, para facilitar los procesos de inclusión social, es lograr **la implicación, la participación activa y el protagonismo de los activos de la comunidad** en el diseño y desarrollo del programa. Para ello, se trabajará en la búsqueda, motivación, formación y coordinación con otras entidades, asociaciones y activos del entorno comunitario mediante el **establecimiento de acuerdos de colaboración interorganizacional**.

Durante la vigencia del PESMAA se pretende implantar un programa en cada provincia.

Acciones a desarrollar.

- Constitución de un grupo de trabajo y reflexión para el diseño del programa formado por profesionales de distintos recursos de la Red de atención a las adicciones, personal de redes asociativas y/o recursos comunitarios y personas expertas por experiencia.
- Elaboración del programa que incluye, entre otras cuestiones, los criterios de acceso, el contenido y objetivos de los talleres y el diseño del Plan de Intervención Personalizado.
- Elaboración del protocolo de acceso al programa de centro de día.
- Mapeo y captación de activos de la comunidad para la firma de acuerdos de colaboración.
- Capacitación de un monitor o monitora para cada taller contemplando cuatro talleres para cada centro de día.

- Adecuación de espacios y compras de materiales.
- Adaptación de SIPASDA.
- Puesta en marcha del programa en las capitales de provincia.
- Evaluación de los resultados del programa.

Población destinataria general.

Personas con problemas de adicciones y, en su caso, con problemas de salud mental, en tratamiento en los centros de tratamiento ambulatorio de la Red pública de atención a las adicciones.

Población beneficiaria.

Personas con problemas de adicciones y, en su caso, con problemas de salud mental, en tratamiento en los Centros de Tratamiento Ambulatorio de la Red Pública de Atención a las Adicciones que participan en el programa de centro de día.

Agentes Implicados.

- Dirección General de Cuidados, Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.
- Profesionales de la Red pública de atención a las adicciones.
- Movimiento asociativo y personal de los recursos comunitarios y del entorno del área de influencia.
- Personas expertas por experiencia.
- Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.
- Escuela Andaluza de Salud Pública.

Temporalización: 2026 – 2029

P.09.03 Programa para el uso de alternativas a las medidas coercitivas en dispositivos de salud mental (unidades de hospitalización de la red de salud mental).

Objetivos

- Mejorar la adherencia al tratamiento en los recursos de salud mental
- Disminuir cualquier tipo de medida coercitiva, en la línea con lo que dispone la Convención

de los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad

- Aumentar el grado de satisfacción de las personas atendidas en los recursos de salud mental
- Mejorar el ambiente terapéutico en las unidades de hospitalización.

Indicadores

- Disminución del porcentaje de ingresos involuntarios.
- Disminución del porcentaje de episodios de contenciones mecánicas.
- Disminución de número de horas de contención mecánica por episodio contenido.
- Disminución del porcentaje de administración de tratamiento farmacológico involuntario.

Descripción.

Este programa propone un **modelo de atención en salud mental centrado en la persona**, sus derechos y su capacidad de recuperación, alejándose de prácticas coercitivas. El uso de medidas coercitivas en el ámbito de la salud está bajo un intenso escrutinio internacional debido a su clara incompatibilidad con los derechos humanos. Organizaciones de gran peso como la ONU, el Consejo de Europa y la OMS han sido muy claras en su llamado a la eliminación o reducción drástica de estas prácticas. El propósito principal de este programa es lograr un cambio duradero en la atención de la salud mental. Esto se consigue implementando **alternativas a la coerción**, centradas en la persona, su autonomía y su recuperación individual. Todas estas alternativas se basan en un enfoque más colaborativo, personalizado y efectivo, respaldado por evidencia científica.

Este programa, basado en un enfoque de derechos humanos, y alineado con la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, promueve un cambio sustancial en el abordaje de la salud fundamentado en los siguientes puntos críticos.

Conflictos éticos y daños potenciales: Las prácticas coercitivas plantean serios conflictos éticos y no están exentas de riesgos, ya que pueden causar daños significativos a la salud física y mental de las personas.

Secuelas traumáticas: Las experiencias de las personas afectadas revelan las profundas secuelas traumáticas y el miedo asociados a los tratamientos involuntarios.

Barrera para la búsqueda de ayuda: La coerción actúa como un disuasivo para que las personas busquen ayuda, lo que, paradójicamente, empeora su salud mental y aumenta la probabilidad de que se recurra a medidas coercitivas.

Este enfoque implica **trabajar en estrecha colaboración con cada persona** para desarrollar un **plan de tratamiento individualizado** adaptado a sus necesidades, voluntad, preferencias y metas, siempre en un contexto de **toma de decisiones compartida**. La premisa fundamental es que las decisiones óptimas se construyan basándose en la evidencia más relevante, así como en las preferencias personales y los valores del usuario de los servicios.

La implementación de estas alternativas exige una transformación sistémica en la concepción y prestación de la atención en salud mental. Esto implica un mayor énfasis en.

- Un enfoque basado en los derechos humanos.
- La colaboración entre profesionales y personas.
- El respeto a la autonomía individual.

La promoción de la recuperación personal.

Acciones a desarrollar.

- **Diseño de una hoja de ruta consensuada** y aplicable a todas las Unidad de Gestión Clínica de salud mental.
- **Planes de crisis anticipados.** Plan de seguridad personalizado (modelo Tidal) a través de identificación del riesgo entre profesional y persona atendida para mantener el control sobre sus decisiones, incluso en momentos de dificultad.
- **Formación.** La capacitación de las y los profesionales de la salud mental en alternativas a la coerción y en enfoques centrados en la persona es fundamental para promover un cambio en la práctica clínica: desescalada, enfoque de recuperación y de derechos humanos, modelo safewards, entrevista motivacional, intervenciones educativas en comunidades terapéuticas, motivación enfocada en la participación activa en el recurso, etc.
- **Programa estructurado de actividades ocupacionales que garanticen ambiente terapéutico,** relajación, grupos de encuentro, actividad física, paseos, acompañamiento familiar, descripciones positivas relevos, terapia de Milieu (Terapia Ambiental).
- **Planes individualizados de tratamiento** firmados por la persona y profesional referente.
- **Modelo Safewards:** modelo de intervención para reducir los conflictos y la coerción en entornos de salud mental, especialmente en unidades de hospitalización. A través de sus intervenciones proactivas y centradas en la comunicación y el empoderamiento, fomenta relaciones entre profesionales y personas basadas en la confianza, colaboración y respeto mutuo, resultando un ambiente más seguro y terapéutico para todas las personas implicadas.
- **Debriefing.** Proceso de revisión y análisis que se lleva a cabo después de un evento o experiencia, con el objetivo de reflexionar sobre lo sucedido, extraer aprendizajes y mejorar el desempeño futuro.
- **Implantación del protocolo de ingreso involuntario andaluz,** con criterios consensuados y aprobado por todas las UGC SM.
- **Monitorización** de las medidas coercitivas utilizadas.

Población destinataria general.

Población andaluza con un trastorno mental y/o alguna adicción compleja que precisa atención socio sanitaria.

Población beneficiaria.

Población andaluza con un trastorno mental y/o alguna adicción compleja que es atendida en servicios de salud mental a las que se atiende bajo el programa de alternativas a las medidas coercitivas.

Agentes Implicados.

- Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.
- Red de Salud Mental.
- Servicios de urgencias.
- Movimiento Asociativo de ambas redes.
- Agentes Sociales.
- Otros (Justicia, Educación...).
- Escuela Andaluza de Salud Pública.

Temporalización: 2026 - 2029.

P.09.04 Programa de planificación anticipada de decisiones en salud mental**Objetivos**

- Avanzar hacia la toma de decisiones compartidas que conlleva una mayor participación en dicho proceso.
- Facilitar un cambio en el modo de acompañar a las personas en una situación de crisis.
- Garantizar el derecho a la autonomía de las personas en la toma de decisiones sobre su salud.
- Mejorar el ambiente terapéutico en los dispositivos de hospitalización.

Indicadores

- Número de personas, familiares y asociaciones en las gobernanzas de la toma de decisiones de las UGC (inclusión en alguno de los órganos de gobernanza)
- Porcentaje de personas con planificación anticipada de decisiones.

Descripción.

Este programa tiene como finalidad desarrollar un marco estructurado para promover y facilitar la participación de la persona con problemas de salud mental en el desarrollo de su proyecto vital. En este sentido destaca el proceso de planificación anticipada en el ámbito de la salud mental como herramienta y símbolo del cambio en el sistema asistencial hacia la construcción conjunta de los planes terapéuticos. Se parte del reconocimiento de que muchas personas con trastornos mentales graves o recurrentes pueden atravesar momentos en los que su capacidad para expresar preferencias y tomar decisiones sobre su tratamiento se ve comprometida, pero también existen periodos donde pueden expresar sus deseos y expectativas en su atención futura. En este contexto, anticipar y registrar estos deseos, valores y prioridades resulta esencial para asegurar una atención respetuosa, continuada y coherente con su proyecto de vida.

El programa se fundamenta en la necesidad de fomentar una atención más centrada en la persona, que reconozca y respete su autonomía incluso en momentos de alta vulnerabilidad. También responde a la creciente evidencia que muestra que la planificación anticipada no solo mejora la calidad asistencial, sino que también reduce la conflictividad, facilita la toma de decisiones clínicas, y favorece la implicación activa de las personas usuarias y sus entornos de apoyo en el proceso terapéutico.

Sin embargo, la implementación de este instrumento está siendo lenta y difícil y requiere de un cambio conceptual generalizado en la relación terapéutica contando con la colaboración de profesionales de salud mental, personas usuarias y familiares, así como con entidades del ámbito social y comunitario, lo que permitirá adaptar los procedimientos a las realidades y necesidades del territorio. A través de este trabajo conjunto, en la línea de la humanización, se busca generar entornos de confianza donde puedan expresarse con libertad los deseos en relación con el cuidado, la atención en crisis y las preferencias terapéuticas.

El programa contribuirá, además, a objetivos estratégicos como.

- La promoción de la autonomía y los derechos de las personas con trastorno mental.
- La humanización de la atención en salud mental.
- La mejora de la continuidad asistencial y la coordinación interinstitucional.
- El fortalecimiento del enfoque comunitario e inclusivo en los servicios de salud mental.

Este enfoque anticipado y participativo permitirá construir un modelo asistencial más previsible, ético y respetuoso con las trayectorias personales de quienes atraviesan experiencias de sufrimiento psíquico.

Para facilitar el cambio de modelo se propone generalizar buenas prácticas clínicas identificadas en el territorio andaluz que están demostrando la mejora de los indicadores relacionados con el ambiente terapéutico, la toma consensuada de decisiones, el análisis de los acontecimientos adversos que desembocan en medidas coercitivas y la satisfacción de las personas usuarias y sus familias.

Acciones a desarrollar.

- Formación en las UHSM (Unidades de Hospitalización de SM) en metodología que facilite los cambios en las normas acorde a las preferencias de los y las pacientes expuestas en las PAD.
- Formación generalizada de profesionales en metodología de análisis de situaciones adversas y mejora de ambiente terapéutico (ej, Safeward).
- Constitución de grupo de trabajo para realizar seguimiento de la instauración de medidas se seguimiento de ambiente terapéutico.
- Constitución de un grupo de humanización por UGC, con participación de representantes en primera persona y familiares.
- Incorporar la figura del representante como primordial en la realización de una PAD.
- Formación a profesionales sobre la herramienta de la PAD.
- Formación a profesionales sobre la toma de decisiones compartidas y el modelo de atención subyacente.
- Formación a usuarios, asociaciones tanto de familiares como de primera persona sobre la PAD.

Población destinataria general.

Personas atendidas en los dispositivos de salud mental, familiares y asociaciones.

Profesionales de la red de salud mental.

Población beneficiaria.

Personas atendidas en los dispositivos de salud mental, familiares y asociaciones que participan en el programa (participación en la toma de decisiones en el evolutivo de su atención sanitaria, en órganos de gobernanza).

Profesionales de la red de SM que intervienen en este programa.

Agentes Implicados.

- SAS.
- Profesionales sanitarios.
- Movimientos asociativos.

Temporalización: 2026 – 2029.

P.09.05 Oficina de atención a las personas con problemas de salud mental y sus familias.

Objetivos

- Asesorar a personas con problemas de salud mental y sus familiares, durante el tiempo de duración de su relación con el sistema sanitario en materia de salud mental.
- Favorecer la conciliación en los conflictos que puedan afectar a las personas en el uso de la cartera de servicios y de los diferentes dispositivos y servicios sanitarios de Salud Mental del SSPA.
- Velar por todos los aspectos de la atención, desde la promoción de la salud mental, hasta la recuperación, en cualquier etapa del ciclo vital, evitando el estigma y la discriminación en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía, de acuerdo con los principios generales de equidad, eficiencia y calidad.
- Procurar el eficaz cumplimiento del deber de información y asesoramiento a los usuarios con problemas de salud mental y a sus familiares, de sus derechos y deberes sanitarios, de los servicios y prestaciones sanitarias a las que pueden acceder, así como de los requisitos necesarios para su ejercicio.

Indicadores

- Número de personas atendidas en la Oficina/año
- Número de personas atendidas (casuística) en la Oficina/año
- Número de personas atendidas (resolución) en la Oficina/año
- Número de dispositivos / unidades contactadas para la resolución de casos.
- Elaboración Informes trimestrales y memoria anual

Descripción.

Si bien desde el Programa de Salud Mental de la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias y Consumo, adscrito a la DG de Cuidados, Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones se llevan a cabo actuaciones para velar por reducir el estigma y la discriminación de las personas con problemas de salud mental y/o adicciones, y ofrecer una respuesta personalizada a las necesidades y expectativas de las mismas desde un enfoque de derechos; se hace necesario hoy en día la creación de esta Oficina de atención a las personas con problemas de salud mental y sus familias para dedicarse de forma más exclusiva a estas intervenciones dada la alta demanda y la complejidad de las mismas.

Esta oficina estaría conformada por al menos 3 personas que se obtendrán de la redistribución de efectivos de la propia RPT de la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

Así, una vez en funcionamiento y a solicitud de las personas interesadas se les asesorará sobre las diferentes demandas que se interpongan, se hará de intermediario entre estas y la administración sanitaria, y especialmente se velará por la efectividad de los derechos e intereses legítimos de las personas con enfermedad mental en Andalucía y de sus familiares, y especialmente se tratará a la población infanto-adolescente, y la atención psico-geriátrica.

La Oficina contará con varios canales de contacto (mail, teléfono, oficina física) los cuales se difundirán entre la población, especialmente a través de movimiento asociativo para dar a conocer sus funciones, acceso, etc.

Igualmente, la persona titular de la Oficina contactará y se coordinará con los diferentes actores sociales que participan de forma directa o indirecta en los procesos de las personas que sufren problemas de salud mental y/o adicciones y sus familiares, tales como el DPE, las diferentes Consejerías implicadas (Justicia, Empleo, Educación, Inclusión Social, etc.).

El género juega un papel muy importante en las distintas situaciones y circunstancias que acontecen diariamente en la red de SM y que generan ciertas dificultades a las mujeres (atención, acceso a recursos, inclusión social y laboral, consumo excesivo de fármacos, insuficiente respuesta ante malos tratos recibidos). En este sentido, y teniendo en cuenta dicha perspectiva de género, hay que considerar cada caso de forma específica para darle una respuesta efectiva, de calidad y que se ajuste a los derechos de cada persona.

Acciones a desarrollar.

- Creación de la Oficina propiamente dicha con todos los puestos de trabajo necesario para realizar las labores encomendadas.
- Presentación y Difusión de la existencia de Oficina entre usuarios y población en general, especialmente entre el Movimiento Asociativo.
- Presentación y Difusión de la existencia de Oficina al resto de Consejerías e interlocutores sociales

con los que tendrá que relacionares.

- Elaboración de un Sistema de Registro que permita la explotación de datos de las actividades que lleva a cabo la Oficina que se plasmará en los Informes y Memoras que se lleven a cabo de forma periódica.

Población destinataria general.

Población andaluza en general, especialmente aquellas que padecen un problema de salud mental, sus familiares y personadas allegadas.

Población beneficiaria.

Personas con problema de salud mental, sus familiares y personas allegadas que acuden a la Oficina en demanda de cualquiera de sus funciones.

Agentes Implicados.

- Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional
- Consejería de Universidad, Investigación e Innovación
- Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad
- Consejería de Justicia, Administración Local y Función Pública
- Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias

Temporalización: 2026 – 2029.

OE10

Mejorar la inclusión social de las personas con problemas de salud mental y/o adicciones en colaboración con el tejido asociativo, mediante la reducción del estigma y la discriminación y fomentando la participación social

El objetivo de la atención, de cualquier intervención, siempre es la mejora de la calidad de vida y dignidad de las personas, a cualquier edad y bajo cualquier circunstancia. La discriminación y la estigmatización impiden la inclusión social y sin inclusión social no es posible una vida digna.

Las personas con problemas de adicciones y/o de salud mental han sido sistemáticamente estigmatizadas y discriminadas a lo largo del tiempo. El estigma es un proceso social complejo que determina estructuralmente a las personas devaluándolas, degradándolas y rebajándolas hasta considerarlas como inferiores.

La discriminación desalienta a las personas a reconocer su problema de salud mental o de adicciones, estas personas ven vulnerado su derecho al acceso a los servicios sanitarios y, como consecuencia se agrava su problema de salud lo que afecta negativamente a sus relaciones sociales y familiares, restringe su participación e inclusión social y dificulta su acceso a servicios básicos como educación, trabajo y vivienda. En definitiva, se puede decir que el estigma actúa como un mecanismo de exclusión social.

El estigma también está atravesado por las desigualdades de género. Por un lado, las adicciones en las mujeres son una transgresión de los roles tradicionales de género, por lo que se perciben distintas a la de los hombres y con mayor gravedad, teniendo un gran impacto a nivel personal y familiar. Como consecuencia, las mujeres con problemas de adicciones llegan a terapia más tarde, con menos apoyo de su entorno y, por tanto, en peores condiciones. Tan solo el 15% de las personas que acuden a tratamientos para superar adicciones son mujeres, aunque el consumo de alcohol es prácticamente el mismo entre mujeres y hombres y ellas lideran el consumo de hipnosedantes y analgésicos opioides con o sin receta. Por otro lado, a las mujeres con problemas de salud mental se las llega a tildar de “vagas”, “incapaces”, “malas madres”, “desaliñadas”, “histéricas”, “sensibles” e “inferiores”, se les da poca credibilidad y se las descalifica cuando sufren algún tipo de abuso o violencia.

Por tanto, la lucha contra el estigma, la discriminación y la exclusión social desde una perspectiva sensible al sexo y al género es un objetivo imprescindible para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental y/o adicciones. Los programas para la reducción del estigma y la discriminación deben orientarse en una doble dirección. Por un lado, debemos modificar el imaginario social, las ideas que fundamentan los prejuicios y que generan estigma. Por otro lado, debemos generar oportunidades para que las actitudes cambien y no se basen en relaciones de poder desigual, tanto en la ciudadanía en general como en los y las profesionales, en particular.

La inclusión social persigue la igualdad en derechos de todas las personas, también aquellas que afrontan situaciones de especial vulnerabilidad. El resultado es una sociedad más diversa, y por tanto, más valiosa, más rica y más igualitaria.

En el caso de las personas con problemas de salud mental, la inclusión social implica garantizar su participación plena y equitativa en todos los aspectos de la sociedad, combatiendo el estigma y la discriminación, como se explica en los siguientes párrafos. Esto implica abordar los estigmas y prejuicios que a menudo rodean a estas condiciones, especialmente en el caso de las mujeres, quienes enfrentan una doble discriminación por su género y su estado de salud mental.

Por otro lado, la inclusión social de personas con problemas de adicciones también requiere una mirada holística que considere las particularidades de género. Las mujeres, en particular, enfrentan desafíos adicionales, como la estigmatización social, la violencia de género y las barreras económicas que pueden limitar su acceso a los servicios de tratamiento y rehabilitación.

En ambos casos, la inclusión social abarca el acceso a servicios de salud mental o de adicciones de calidad, oportunidades laborales y de vivienda, así como el desarrollo de redes de apoyo social y comunitario. La

inclusión social busca que estas personas puedan llevar una vida plena, con autonomía y bienestar, participando activamente en la comunidad.

OE10 Mejorar la inclusión social de las personas con problemas de salud mental y/o adicciones en colaboración con el tejido asociativo, mediante la reducción del estigma y la discriminación y fomentando la participación social.

P.10.01

Programa de concienciación y sensibilización para la reducción del estigma de personas con problemas de salud mental y/o adicciones mediante Comunidades de Aprendizaje



P.10.02

Adaptación del Programa de VSR para el desarrollo de un plan de atención individual de consenso

P.10.CT01

Ayudas al alquiler a entidades del Tercer Sector que faciliten una solución habitacional a personas con problemas de salud mental y adicciones



P.10.03

Desarrollo de red de apoyo a la inclusión social y creación de recursos específicos de media estancia para la inclusión social de mujeres

P.10.05

Programa de agentes apoyo mutuo en salud mental y adicciones



P.10.04

Marco referencial de inclusión social y laboral de personas con problemas de adicciones

P.10.01 Programa de concienciación y sensibilización en colaboración con el tejido asociativo para la reducción del estigma de personas con problemas de salud mental y/o adicciones mediante Comunidades de Aprendizaje

Objetivo: Encontrar soluciones y alternativas que contribuyan a la reducción del estigma y la discriminación social que sufren las personas con problemas de adicciones contando para ello con el tejido asociativo local, mediante la creación de espacios en los que se comparta el conocimiento, las experiencias vividas e inquietudes de las personas participantes.

Indicadores

- Grado de satisfacción con el programa medido a través de cuestionarios de participación.
- Número de propuestas resultantes en cada comunidad de aprendizaje

Descripción.

La cocreación permite construir sinergias a partir de la diversidad de conocimientos y perspectivas que existen en los grupos de trabajo y esto nos permite alcanzar soluciones más innovadoras y sostenibles. Por otra parte, una de las mejores formas de aprender es hacerlo a partir de los vínculos y las relaciones que establecemos con otras personas.

Partiendo de estas premisas, el programa consiste en crear Comunidades de aprendizaje y cocreación, paritarias en género, con la participación activa y organizada del personal de las redes asociativas y recursos locales de la zona (tejido cultural, social, educativo, laboral, etc.), de profesionales de los distintos recursos de Salud Mental, de la Red de Atención a las Adicciones y de personas expertas por experiencia que han sufrido y probablemente siguen sufriendo el estigma y la discriminación. Esta diversidad de experiencias, habilidades, conocimientos y perspectivas que confluyen en las Comunidades de aprendizaje y cocreación permitirán abordar los retos de una manera más efectiva y sostenible.

Las Comunidades de Aprendizaje y cocreación generarán espacios de reflexión, aprendizaje mutuo y cocreación en los que se trabajará con un diálogo abierto sobre las estrategias más adecuadas, el intercambio de buenas prácticas y aprendiendo también de aquellas experiencias que no han arrojado resultados positivos con la finalidad de encontrar vías para reducir el estigma y la discriminación social que diariamente sufren las personas que afrontan o han afrontado problemas de adicciones.

Este enfoque colaborativo no solo se centra en la idea de producción conjunta sino también en la generación de valor compartido, donde las ideas, la experiencia, el conocimiento y los recursos se combinan para crear algo que beneficia al grupo y que fortalece la red.

Cada Comunidad de aprendizaje y cocreación tendrá un dominio que es el tema motor, que interpela, sobre el que se presentan los retos que se van a abordar y sobre los cuales se quiere compartir, reflexionar, aprender y cocrear.

Las propuestas resultantes del trabajo de cocreación de cada comunidad se compartirán con todas las personas, entidades y asociaciones que participen en una jornada de presentación y cierre.

Acciones a desarrollar.

- Análisis del tejido asociativo y recursos del entorno.
- Creación y dinamización de dos comunidades de aprendizaje (para dinamizar, moderar, animar, motivar, aportar devoluciones al grupo, mediante reuniones online y algún encuentro presencial).
- Análisis de la experiencia compartida y de los aprendizajes y evidencias resultantes.
- Jornada de presentación y cierre.

Población destinataria general.

Personas con problemas de adicciones y salud mental.

Población beneficiaria.

Personas en tratamiento en algún recurso de salud mental y de la Red de atención a las adicciones, que hayan participado en alguna Comunidad de aprendizaje y cocreación.

Agentes Implicados.

- Profesionales de los distintos dispositivos de salud mental y de la Red pública de atención a las adicciones.
- Ayuntamientos y Diputaciones Provinciales de la zona.
- Personas en tratamiento en dispositivos de salud mental y en la Red pública de atención a las adicciones en centros de tratamiento ambulatorio, comunidades terapéuticas, centros de encuentro y acogida, asociaciones de atención a las adicciones.
- Entidades del tercer sector de acción social y movimiento asociativo del ámbito de las adicciones y salud mental.
- Escuela Andaluza de Salud Pública.

Temporalización: 2027 - 2028.

P.10.02 Adaptación del Programa de viviendas de supervisión a la reinserción (VSR) para el desarrollo de un plan de individual de atención consensuado

Objetivos

- Incrementar la autonomía personal a través de estrategias personalizadas que permitan alcanzar el desarrollo de las competencias, habilidades sociales, culturales y educativas de las personas con problemas de adicciones y/o salud mental que residen en el recurso.
- Facilitar la implicación familiar, si fuera posible, así como la creación de una adecuada red social que facilite el apoyo en su recuperación en el proceso de incorporación, sobre todo en los casos en los que no exista o no sea posible la implicación familiar.
- Facilitar la incorporación inclusión social y laboral de las personas con problemas de salud mental y/ o adicciones tras su proceso terapéutico en un recurso ambulatorio o residencial, contando con los recursos del entorno y desde un enfoque de derechos.

Indicadores

- Variación del porcentaje de altas terapéuticas en VSR del nuevo Programa de Intervención con relación al porcentaje de altas terapéuticas anterior a la implantación del programa (línea base) (desagregado por sexo).
- Número de actividades grupales y comunitarias en las que participan las personas residentes.
- Porcentaje de personas residentes que acceden a empleo o formación laboral durante el programa o seis meses después de concluir el programa.

Descripción.

Las Viviendas de Supervisión a la Reinserción son unidades de alojamiento y convivencia ubicadas en edificios o zonas de viviendas ordinarias destinadas a personas con problemas de adicciones en la fase de inclusión social. Estos recursos están especialmente indicados para personas que carecen de un sistema de relaciones y de vinculación con el entorno y que previamente han logrado una estabilización en su proceso terapéutico necesitando de este recurso para su inclusión social.

En el año 2004 se elaboró el Programa de Intervención en Viviendas de Supervisión a la Reinserción en Andalucía, con la finalidad de homologar un programa de intervención de mínimos que permita una evaluación eficaz de las actuaciones y una planificación futura acorde con las necesidades detectadas. Tras veinte años de experiencia, se pretende actualizar el Programa de Intervención de VSR, desde un enfoque centrado en las personas, tanto las que reciben apoyos como aquellas que los prestan, y contando con la implicación de los recursos de la comunidad.

Este recurso está diseñado para ofrecer un espacio seguro y estructurado a personas en proceso de recuperación facilitándoles la transición hacia una vida independiente, promoviendo la autonomía, la estabilidad emocional y la integración social y laboral.

El incremento paulatino de personas con problemas de salud mental y adicciones es una realidad, por ello este recurso abrirá su oferta a personas con comorbilidad psiquiátrica, si bien la patología debe estar estabilizada en el momento del ingreso. Para ello, se formará a los profesionales y se establecerá una estrecha coordinación entre la red de salud mental y la de adicciones en el seguimiento y acompañamiento a las personas.

En esta revisión, es preciso tener en cuenta las barreras de género que encuentran las mujeres en sus procesos de inclusión social en diferentes ámbitos como el personal, el educativo, la gestión del tiempo, la participación social y, en particular, se tendrán en consideración las dificultades relativas al acceso al mercado laboral. Las barreras en el ámbito personal hacen referencia a los obstáculos que encuentran las mujeres para construir su propia identidad, que dificultan el desarrollo de un autoconcepto positivo,

distorsionan la imagen que tienen de sí mismas y frenan sus posibilidades de alcanzar sus metas y deseos. A nivel práctico esto implica que las intervenciones de apoyo a la inclusión social deben prestar mayor atención a los aspectos emocionales (abordando cuestiones como la autoestima, la autoatribución de fracaso o los sentimientos de culpa asociados a la situación de exclusión social), al impacto que los roles familiares y las responsabilidades de las tareas domésticas y de cuidado tienen en los procesos de rehabilitación que en ocasiones dificultan la permanencia de la mujer en el recurso y la doble victimización que sufren muchas mujeres en situación de exclusión social. Es necesario tener muy presente que, debido a la brecha de género que sigue existiendo en el ámbito laboral, la mujer suele tener un menor acceso a oportunidades laborales.

Existe otro sector de la población que también puede sufrir discriminación para el acceso a las VSR, las personas transgénero. Estas pueden sufrir no solo discriminación para el acceso sino también violencia dentro de los recursos, problemas con la documentación legal y el acceso a los tratamientos hormonales o de salud específicos junto con una mayor exposición a la exclusión social y el acceso a trabajos de carácter más informal.

Para incluir el enfoque de género en el programa se seguirán las siguientes estrategias.

- Espacios diferenciados y seguros.
- Considerar viviendas exclusivas para mujeres o población LGBTIQ+ si las necesidades del grupo lo requieren.
- Garantizar protocolos contra la violencia de género en la convivencia.
- Crear espacios de escucha y contención específicos para mujeres y personas LGBTIQ+.
- Flexibilización y apoyo en el cuidado.
- Diseñar estrategias para madres con hijos o hijas, como viviendas con espacios adaptados para la maternidad o redes de cuidado.
- Articular medidas con Servicios Sociales y recursos de personas menores que permitan el acceso a guarderías o apoyo familiar.
- Perspectiva de género en la intervención terapéutica.
- Incorporar enfoques que trabajen sobre las violencias de género, el impacto del consumo en la maternidad y la autonomía económica.
- Abordar la salud mental considerando los efectos de la desigualdad de género en los procesos de recuperación.
- Implementar grupos de apoyo específicos para hombres que promuevan una revisión de las masculinidades y la gestión emocional sin violencia.

- Formación y sensibilización del equipo.
- Capacitar al personal en enfoques de género, diversidad y violencias para evitar la reproducción de estereotipos.
- Contar con profesionales especializados en la atención de mujeres y población LGBTQ+.
- Acceso equitativo a oportunidades de empleo y formación.
- Promover la formación en oficios no tradicionalmente asociados a cada género.
- Generar alianzas con empresas comprometidas con la equidad laboral.
- Acompañamiento en salud integral.
- Garantizar acceso a servicios ginecológicos, hormonales y de salud sexual y reproductiva.
- Incluir un enfoque de reducción de daños específico para mujeres y diversidades, contemplando los riesgos diferenciales en el consumo de sustancias.

En este nuevo enfoque se trabajará desde procesos que faciliten el apoyo personalizado, orientación y acompañamiento a las personas que se encuentran en tratamiento por su adicción y/o problemas de salud mental o que han completado el mismo, con el objetivo de potenciar sus competencias personales, sociales y laborales.

Se pretende promover una serie de cambios en las personas y en el entorno, que les permitan posicionarse en las dinámicas, relaciones y espacios de la comunidad en la que viven, favoreciendo los procesos inclusivos (facilitando el acceso a servicios y recursos ordinarios, combatiendo la estigmatización social, etc.).

Se trabajará en la formación de competencias e inclusión laboral como un proceso clave para sostener la recuperación de las personas con problemas de adicciones y potenciar su crecimiento y autonomía personal.

En aquellos casos en que sea posible, se intentará implicar a la familia en el proceso de inclusión social desde el restablecimiento de vínculos.

Por tanto, el programa se basa en un enfoque biopsicosocial, combinando estrategias de intervención individual, grupal y comunitaria. Se estructura en diferentes etapas, adaptadas a los avances de cada participante.

- Ingreso y evaluación: Valoración integral de la persona, sus necesidades y objetivos dentro del programa.
- Plan de intervención personalizado: Diseño de un plan con metas claras en términos de autonomía, salud mental y reinserción.

- Acompañamiento terapéutico: Sesiones individuales y grupales de apoyo psicológico, psicoeducación y prevención de recaídas.
- Desarrollo de habilidades y actividades ocupacionales: Capacitación en hábitos de vida saludable, formación laboral y participación en actividades comunitarias.
- Seguimiento post-programa: Estrategias de salida con apoyo externo para garantizar la continuidad del proceso de reinserción.

Acciones a desarrollar.

- Creación de un grupo de trabajo de profesionales de adicciones, salud mental e inclusión social.
- Revisión de los contenidos del actual programa en sus diferentes áreas con propuestas de mejora.
- Elaboración de protocolos: Diseñar guías de intervención, criterios de ingreso considerando criterios de equidad e inclusión. Diseñar un plan de salida progresivo que garantice la continuidad en el proceso de incorporación. Elaboración de planes individualizados de tratamiento con metas en autonomía e inclusión social y laboral.
- Realización de un mapa de recursos sociales y laborales. Coordinación con entidades comunitarias, ONG, empresas y redes para fortalecer recursos y apoyo.
- Formación y Sensibilización del Personal. Capacitación en enfoque de género y diversidad: Formación para el equipo sobre violencia de género, masculinidades, salud LGBTQ+. Entrenamiento en intervenciones terapéuticas. Actualización en técnicas de acompañamiento, prevención de recaídas y trabajo con redes de apoyo. Sensibilización en perspectiva de derechos: Asegurar que la atención sea integral, sin discriminación ni estigmatización.
- Adaptación del registro en SIPASDA.
- Implantación del Programa en las diferentes Viviendas de Supervisión a la Reinserción.

Población destinataria general.

Personas con problemas de adicciones y/o salud mental que han logrado una estabilización en su proceso terapéutico y que no cuentan con apoyo familiar y social.

Población beneficiaria.

Personas con problemas de adicciones y/o salud mental que han logrado una estabilización en su proceso terapéutico y que no cuentan con apoyo familiar y social, que están realizando su proceso de incorporación social en una VSR.

Agentes Implicados.

- Profesionales de la Red de Adicciones.
- Profesionales de la Red de Salud Mental.
- Profesionales de los recursos de incorporación social y laboral del entorno.
- Escuela Andaluza de Salud Pública.

Temporalización: 2028 - 2029.

P.10.03 Desarrollo de red de apoyo a la inclusión social y creación de recursos específicos de media estancia para la inclusión social de mujeres

Objetivo: Ofrecer un recurso especializado a las mujeres, que carecen de red de apoyo, cuando finalizan su proceso terapéutico en un recurso residencial (CT y VSR) en la red de adicciones.

Indicadores

- Porcentaje de mujeres que finalizan tratamiento por alta terapéutica en un recurso residencial (CT, VSR) que acceden a este recurso especializado, respecto al total de mujeres que finalizan tratamiento por alta terapéutica en un recurso residencial (CT, VSR).

Descripción.

Para las mujeres, tener problemas de adicciones supone un multiplicador del riesgo de sufrir violencia de género. Por lo tanto, las mujeres con problemas de adicciones afrontan una situación de doble y grave vulnerabilidad. Por otro lado, existen oportunidades para mejorar la coordinación y la atención a mujeres con problemas de adicciones víctimas de violencia de género entre los recursos especializados de la Red Pública de Atención a las Adicciones y de la Red de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género puesto que las adicciones constituyen un impedimento para utilizar los recursos destinados a los casos de violencia de género. Aunque el grupo poblacional de mujeres con problemas de adicciones víctimas de violencia de género es muy heterogéneo, muchas de ellas afrontan situaciones de riesgo por la confluencia de diversos factores.

- Factores económicos y laborales. La mayor parte de estas mujeres han vivido una historia laboral caracterizada por la inestabilidad debido a su problema de adicciones y a su situación de víctima de violencia de género y carecen de trabajo.

- Factores sociales. Se trata de mujeres que pueden carecer de relaciones sociales y redes de apoyo, que sufren el aislamiento social.
- Factores legales. Un porcentaje no desdeñable de las mujeres con problemas de adicciones víctimas de violencia de género presentan situaciones legales pendientes con la justicia.
- Factores sanitarios. Las mujeres víctimas de violencia de género con problemas de adicciones suelen presentar peores condiciones de salud, dolores crónicos, trastornos del sueño, en su caso, abortos, ansiedad extrema, depresión, etc. La atención sanitaria suele haberse visto dificultada debido a sus problemas de adicciones.

Por tanto, una vez que la rehabilitación del problema de adicciones está estabilizada, algunas mujeres se encuentran en paro de larga duración, con ingresos insuficientes, con deterioro severo de su salud física y emocional, sin vínculos familiares ni sociales, sin redes de apoyo, incluso en situación crónica de exclusión social. En estas circunstancias es crítico que las mujeres salgan de su situación de aislamiento social retomando el contacto con las personas de su entorno. Resulta necesario que inicien un proceso de resocialización para mejorar su inclusión en la comunidad y su situación de empleabilidad, todo ello, desde un recurso de media estancia y de base comunitaria diseñado al efecto y contando con recursos propios. El diseño del recurso se realizará con una metodología de participación activa y organizada que cuente con la colaboración de profesionales de distintos recursos de la Red de Atención a las Adicciones y de la Red de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género, de personal de redes asociativas y/o recursos comunitarios (tejido cultural, social, educativo, laboral, etc.) y de personas expertas por experiencia.

Acciones a desarrollar.

- Constitución de un grupo de trabajo y reflexión para el diseño del recurso formado por profesionales de distintos recursos de la Red de Atención a las Adicciones, Red de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género, personal de redes asociativas y/o recursos comunitarios y personas expertas por experiencia.
- Elaboración de mapa de recursos de inclusión del área de influencia (sociales y de empleo).
- Diseño del recurso (desde un enfoque de derechos y perspectiva de género).
- Elaboración de los criterios de acceso al centro.
- Protocolo de coordinación con los recursos comunitarios.
- Adaptación de SIPASDA.
- Puesta en marcha del recurso.
- Evaluación de los resultados del nuevo recurso.

Población destinataria general.

Mujeres con problemas de adicciones y en su caso con problemas de salud mental, víctimas de violencia de género, sin red de apoyos.

Población beneficiaria.

Mujeres con problemas de adicciones y en su caso con problemas de salud mental, víctimas de violencia de género, sin red de apoyos, que se benefician de la aplicación del nuevo recurso de media estancia.

Agentes Implicados.

- Profesionales de la Red Pública de Atención a las Adicciones.
- Movimiento asociativo.
- Personal de los recursos comunitarios y del entorno del área de influencia.
- Profesionales de la red de violencia de género.
- Mujeres expertas por experiencia.
- Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.

Temporalización: 2027 - 2029.

P.10.04 Marco referencial de inclusión social y laboral de personas con problemas de adicciones

Objetivos

- Facilitar la participación de las personas con problemas de adicciones y salud mental en la vida social, laboral y cultural de la Comunidad desde un enfoque de derechos e integral que contemple los aspectos sociales, psicológicos y económicos y que mejore las competencias y habilidades socio laborales a través de itinerarios personalizados.
- Reducir el auto estigma y la discriminación fortaleciendo el apoyo comunitario y terapéutico.

Indicadores

- Número de personas que participan en el programa mediante itinerarios personalizados.
- Número de personas que participan de actividades inclusivas realizadas para el fomento de la igualdad y la reducción del estigma.

Descripción.

Las políticas desarrolladas hasta ahora en el ámbito de las adicciones, tanto en el conjunto de la UE como a nivel nacional, autonómico y local, han priorizado las intervenciones en los ámbitos de la prevención del uso y abuso de sustancias psicoactivas y de otros problemas adictivos y la atención a las personas que han desarrollado diferentes formas de adicción. Una apuesta que explica el papel secundario que la inclusión social ha tenido en el marco de las políticas aplicadas en las últimas décadas. El marco referencia para la Inclusión Social y Laboral de las personas con problemas de adicciones y salud mental, debe de ser un conjunto de directrices y principios que buscan promover la inclusión y el bienestar de estas personas en la sociedad y el ámbito laboral. El limitado desarrollo de las políticas y estrategias en materia de inclusión social está relacionado con la existencia de diferentes problemas estructurales que dificultan el desarrollo de programas y servicios de apoyo a la inclusión social en el ámbito de las adicciones, entre los que cabe mencionar (Sánchez, 2022).

- La ausencia de un marco teórico-conceptual de referencia que permita impulsar estrategias de intervención compartidas (con un alto nivel de consenso) en inclusión social.
- Modelos de intervención que definan los procesos y procedimientos básicos a impulsar para facilitar los procesos de inclusión social en adicciones.
- La escasa evidencia disponible acerca de la efectividad de las diferentes estrategias aplicadas hasta el momento en materia de inclusión social.
- Los actuales sistemas de información impiden disponer de información fiable y rápida respecto de la población con problemas de adicciones que accede a los diferentes servicios y programas de inclusión social.
- La falta de financiación para el desarrollo de estrategias, programas y servicios de inclusión social en adicciones.

Por otra parte, la propia naturaleza de los procesos de inclusión social hace que el diseño de estrategias de apoyo destinadas a la población con problemas de adicciones resulte enormemente complejo. Al carácter multifactorial y multidimensional de la exclusión social se unen otros factores como la estigmatización que siguen sufriendo las personas con problemas de adicciones, las dificultades que encuentran algunas personas en situación de exclusión para acceder a los recursos de apoyo a la inclusión social disponibles, la variedad de servicios y profesionales intervinientes o implicados en los procesos de inclusión social, la falta de mecanismos estables de coordinación interinstitucional y la ausencia de un modelo de referencia que ofrezca un marco para la orientación de las intervenciones. Es un hecho constatable que la exclusión es un predictor de los problemas de salud mental y especialmente de las adicciones y éstas, predicen la exclusión, por ello se abordará la inclusión social desde el punto de vista de la patología dual. Todo ello justifica la necesidad de desarrollar un marco referencial para la inclusión social y laboral de las personas

con problemas de adicciones y salud mental que oriente en las intervenciones en el proceso de inclusión social, definiendo una metodología específica para el abordaje en esta materia. El marco referencial se basará en la Estrategia Regional Andaluza de Cohesión e Inclusión Social (ERACIS), la evidencia científica, teniendo en cuenta las diferencias de género, el enfoque de derechos y la participación activa de las personas expertas por experiencia y del movimiento asociativo en adicciones y salud mental en todas las fases de su elaboración.

Partirá de un diagnóstico de situación para conocer de una forma objetiva el punto de partida e incluirá entre sus contenidos: marco teórico, objetivos, naturaleza de los procesos de exclusión e inclusión social, criterios de orientación para abordar los procesos de inclusión social de la población con problemas de adicciones y/o salud mental, necesidades en materia de inclusión social desde un enfoque de género, marco jurídico y modelos de intervención y el papel de los recursos sociales y la comunidad en el proceso de inclusión.

Acciones a desarrollar.

- Constitución de un grupo de trabajo formado por profesionales de distintos recursos de la Red de Atención a las Adicciones y personal de redes asociativas y/o recursos comunitarios por sectores.
- Diagnóstico de situación inicial.
- Elaboración del documento base.

Población destinataria general.

Personas con problemas de adicciones y, en su caso, con problemas de salud mental, en tratamiento en recursos de la Red Pública de Atención a las Adicciones.

Población beneficiaria.

Personas que realizan su proceso de inclusión social en la Red Pública de Atención a las Adicciones.

Agentes Implicados.

- Profesionales de la Red Pública de Atención a las Adicciones, Salud Mental, SAS y Servicios Sociales Comunitarios.
- Dirección General de Protección Social y Barriadas de Actuación Preferente
- Profesionales de la Red de Atención a Víctimas de Violencia de Género.
- Personas en tratamiento en la Red Pública de Atención a las Adicciones.
- Familiares de las personas que son atendidas desde la Red de Adicciones y Salud Mental.

- Movimiento asociativo y tercer sector de acción social en materia de adicciones, incluidas las asociaciones que defienden derechos de grupos en exclusión o riesgo de exclusión social (migrantes, trata, explotación sexual, niñas, niños y adolescentes, LGTBIQ+, etc.).
- Tejido económico y social.
- Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.
- Servicio de Atención a la Mujer.
- Servicios de Atención a Menores en protección.
- Servicios Judiciales.
- Instituciones Penitenciarias.

Temporalización: 2027 - 2028.

P.10.05 Programa de agentes apoyo mutuo en salud mental y adicciones

Objetivos

- Mejorar el bienestar y la recuperación de las personas usuarias de los servicios de salud mental y adicciones mediante actividades de apoyo mutuo realizadas por personas expertas por experiencia.
- Aumentar la participación de las personas usuarias y de las asociaciones en la organización de los dispositivos de salud mental y adicciones.

Indicadores

- Porcentaje de altas terapéuticas en personas que participan del programa en adicciones entre porcentaje de altas terapéuticas en personas que no participan del programa. Datos desagregados por sexo y provincia.
- Resultados obtenidos en cuestionarios de satisfacción pasados a personas usuarias o receptoras de apoyo mutuo, agentes y profesionales en el primer trimestre de 2027 y el primer trimestre de 2029.

Descripción.

En el ámbito de la salud mental se viene trabajando desde hace años en programas de apoyo mutuo. Sin embargo, en el campo de atención a las adicciones las experiencias de agentes de apoyo mutuo son escasas y no sistematizadas. En los años 2010 y 2011 se produjo en Salud Mental un primer proyecto piloto

que formó a 80 personas como agentes de apoyo mutuo cuyo resultado fue analizado en documento específico elaborado por la EASP (“Bono A, Navarro B, Mena A. Informe de evaluación del proyecto de ayuda mutua: entrenamiento y prácticas en los servicios de salud mental de Andalucía. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2012.”) En 2015 se desarrolló un segundo curso en ayuda mutua (peer to peer) que, en sus dos ediciones, formó a otros 40 agentes de ayuda mutua. Esto supuso el incremento de estos programas en varias Unidades de Gestión Clínica de salud mental de nuestra comunidad autónoma. La Ayuda Mutua, fue considerada objeto de atención de una de las líneas estratégicas del III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (Línea estratégica OG4.3.8). A partir de aquí, la ayuda mutua ha tenido un desarrollo diferente en las distintas Unidades de Gestión Clínica de salud mental andaluzas atendiendo a sus particulares características, asistenciales, organizativas, dotación de recursos, etc. Tenemos que discriminar una doble vertiente en estos programas, por una parte, el desarrollo de programas “*peer to peer*” (entre dos personas) y, por otra, el desarrollo de Grupos de Apoyo Mutuo (GAM) como formato de intervención grupal.

En el área de adicciones encontramos algunas experiencias fuera de nuestra Comunidad, como el GAM del Centro de Tratamiento Ambulatorio de Leganés o GAMAR (Grupo de Ayuda Mutua de Alcohólicos Rehabilitados) en el Hospital del Mar de Barcelona. Un estudio publicado en la revista Adicciones concluye que la integración de los GAMs mejora la adherencia terapéutica de las personas con problemas de alcoholismo atendidas en el programa de continuación en el cuidado de Atención Primaria (Rubio G. y col; 2020). En otro artículo de la misma revista (Pascual F. (2015) Alcoholismo y ayuda mutua. Adicciones 27(4), 243-245) se concluye que, aunque es necesaria una evaluación más exhaustiva, es una opción terapéutica útil para disminuir las recaídas, incrementar la adherencia al tratamiento y mantener la abstinencia a más largo plazo, con mejores resultados cuando se trabaja con los familiares y personas adictas al mismo tiempo y con el correspondiente respaldo y tutela profesional.

La experiencia acumulada en estos años en el ámbito de la salud mental se considera extrapolable al ámbito de las adicciones, nos muestra que el desarrollo de los programas de la apoyo mutuo entre personas con problemas de salud mental, desarrollado en el marco de los servicios de salud mental, supone para las personas que han actuado como Agentes de Apoyo Mutuo la puesta en práctica de habilidades que pueden ser consideradas como terapéuticas, puesto que mejoran la autoestima, el sentimiento de autoeficacia y de pertenencia a un grupo.

El ejercicio de un rol socialmente valioso aporta sentido a la vida de la persona que actúa como Agente, y mejora la propia consideración de las personas, invirtiendo los procesos de auto-estigmatización que son claves en la recuperación. Además, el que se desarrolle en los propios servicios de Salud Mental, influye en la perspectiva de los y las pacientes receptores, que además de considerar útil y satisfactorio el contacto con iguales de manera formalizada, reciben el mensaje experiencial de pacientes que están actuando como referentes y llevan a cabo actividades de utilidad y significación social, fomentando la importancia de la red de apoyo social entre iguales.

El entrenamiento para el ejercicio del apoyo mutuo es un valor en sí mismo para las personas con enfermedad mental, independiente de su actuación formal como agentes de apoyo mutuo en cualquier ámbito. Los contenidos están orientados a fomentar el proceso de inclusión social de las personas con enfermedad mental y a potenciar las habilidades de comunicación y de superación de barreras a nivel personal y comunitario. Con el aprendizaje de técnicas de manejo del estrés, solución de problemas y toma de decisiones, con el fomento de las relaciones personales o la puesta en marcha de un plan de recuperación personal, antes de ayudar a otras personas, uno/a aprende a ayudarse a sí mismo/a.

Es importante destacar la existencia ya consolidada de diferentes Equipos de Apoyo Mutuo (formados por profesionales de salud mental y agentes de apoyo mutuo) como eje sobre el que debe pivotar esta prestación que pivota, de manera necesaria, sobre los servicios públicos de salud mental.

Acciones a desarrollar.

- Implantación del Programa de Apoyo Mutuo en Andalucía.
 - Constitución de Equipos de Apoyo Mutuo estables, mediante la designación de referentes profesionales y Agente/s de apoyo mutuo, en las redes asistenciales de salud mental y adicciones.
 - Desarrollo de actividades formativas regladas de la EASP para Agente de Apoyo Mutuo.
 - Desarrollo de encuentros anuales de Equipos de Apoyo Mutuo constituidos.
 - Registro de la actividad de apoyo mutuo en cada UGC SM/AGS (Agencia de Gestión Sanitaria): reuniones del EAM, agentes implicados, número de encuentros entre pares y GAM constituidos, etc.
 - Evaluación continuada del proceso a nivel cuantitativo (encuentros entre agentes y personas usuarias realizados, Grupos de apoyo mutuo constituidos, reuniones estables del Equipo de Apoyo Mutuo), y cualitativo (valoración sobre la consecución de Objetivos, valoración de impacto en usuarios y usuarias de los servicios y estabilidad de agentes de apoyo mutuo vinculados, etc.).
 - La evaluación cuantitativa se comenzará a realizar a partir de junio de 2026. La evaluación cualitativa se realizará en el primer trimestre de 2027 y el primer trimestre de 2029.
- Programa formativo en colaboración EASP/Programa Salud Mental (PSM) /FAISEM en el marco del catálogo de actividades formativas del Sistema Nacional de Empleo (Ministerio de Trabajo y Economía Social).

Población destinataria general.

Personas usuarias de las redes de salud mental y adicciones.

Población beneficiaria.

Personas usuarias de las redes de salud mental y adicciones que participan en encuentros con agentes de apoyo mutuo o en Grupos de apoyo mutuo.

Agentes Implicados.

- Plataforma “en primera persona”.
- Programa de Salud Mental.
- Profesionales de la Red de Atención a las Adicciones de Andalucía.
- Movimiento asociativo de Adicciones.
- Escuela Andaluza de Salud Pública.

Temporalización: 2026 - 2029.

P.10.CT01. Ayudas al alquiler a entidades del Tercer Sector que faciliten una solución habitacional a personas con problemas de salud mental y adicciones

Objetivos

- Incrementar el número de personas que, con problemas de salud mental y/o adicciones, acceden a una solución habitacional.
- Incrementar el número de viviendas y/o soluciones habitacionales gestionadas por entidades del tercer sector destinadas a personas con problemas de salud mental y /o adicciones

Indicadores

- Incremento porcentual del número de personas con problemas de salud mental y adicciones beneficiadas por la ayuda.
- Incremento porcentual del número de entidades del tercer sector dedicadas a los problemas de salud mental y adicciones que resulten beneficiadas por la ayuda.
- Incremento porcentual del número de viviendas y/o soluciones habitacionales beneficiarias de la ayuda gestionadas por entidades del tercer sector. Los datos de la ayuda se categorizan por condición de vulnerabilidad, desagregados por sexo, edad y provincia.

Descripción.

El acceso a una vivienda estable es un factor determinante en la recuperación de personas con situación con problemas de salud mental y/o adicciones, ya que facilita la adherencia a tratamientos, la estabilidad emocional y la inclusión social. Este programa, ejecutado por entidades del Tercer Sector con experiencia en intervención social, garantiza el alojamiento a estas personas mediante la financiación de la renta o precio de ocupación establecido de viviendas o cualquier alojamiento o dotación residencial pública o privada.

Se incorpora la perspectiva de género, clave para entender las distintas formas en que la adicción y la salud mental afectan a mujeres y hombres. Las mujeres, especialmente aquellas que han sufrido violencia de género, enfrentan mayores barreras y estigmas, por lo que disponer de un espacio seguro es esencial para su recuperación.

Acciones a desarrollar.

El 10 de abril de 2024, se publicó en BOJA la Orden de 18 de marzo de 2024, para la concesión de ayudas, en régimen de concurrencia no competitiva, a entidades del Tercer Sector que faciliten una solución habitacional a las víctimas de violencia de género, personas objeto de desahucio de su vivienda habitual, personas sin hogar y otras personas especialmente vulnerables.

- Difundir las ayudas a entidades del tercer sector, mediante envío de emails a entidades que ya han participado en otras convocatorias y a través de la página web de la Consejería de Fomento, Articulación del Territorio y Vivienda.
- Ofrecer asesoramiento a las entidades del tercer sector para realizar la solicitud y la justificación correctamente. Este asesoramiento se realizará mediante la publicación en la página de la Consejería de unas instrucciones para la cumplimentación de los anexos de la convocatoria, así como mediante la elaboración de preguntas frecuentes y sus correspondientes respuestas.
- Recoger y estructurar los datos necesarios de las ayudas concedidas para los efectos oportunos (evaluación, diagnóstico, ...).
- Concesión de la ayuda.

Población destinataria general.

Personas con problemas de salud mental y/o adicciones sin vivienda.

Población beneficiaria.

Personas con problemas de salud mental y/o adicciones que se han beneficiado de la ayuda para vivienda habitacional.

Agentes Implicados.

- Entidades del tercer sector.

- Secretaría General de Vivienda. Consejería de Fomento, Articulación del Territorio y Vivienda.
- Ayuntamientos (Servicios Sociales Comunitarios).
- Policía Local.

Temporalización: 2026 – 2029.

OE11

Mejorar el empleo de las personas con problemas de salud mental y/o adicciones

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en su informe «El empleo de las personas con discapacidad (EPD)» correspondiente al año 2021, solo el 17,7% de las personas con problemas de salud mental están empleadas. Por otra parte, sólo el 29% de los hombres y el 24% de las mujeres con problemas de adicciones tienen empleo, según un estudio realizado por UNAD (Red Nacional de Atención a Adicciones) en 2023.

Para poder alcanzar una vida plena y autónoma, el empleo es fundamental. La inserción laboral además, supone un vínculo con la sociedad, la autonomía económica y un reconocimiento de la dignidad intrínseca a cualquier persona.

La baja inserción laboral es una de las principales barreras para la inclusión social de las personas con problemas de adicciones y/o salud mental. Esto se debe, en gran medida, al estigma que aún existe en la sociedad, los prejuicios repercuten tanto en las oportunidades de empleo como en mantener el trabajo.

Desde la perspectiva comunitaria, para dar respuesta a las personas con problemas de las adicciones y/o salud mental, se debe ofrecer un tratamiento que incluya y cuide la fase de incorporación sociolaboral y la empleabilidad, teniendo en cuenta las desigualdades en el acceso al mercado laboral entre hombres y mujeres para eliminar las brechas de género y las discriminaciones que continúan presentes.

Para la mejora de la Empleabilidad se debe trabajar con itinerarios personalizados e integrados de inserción sociolaboral, realizar formación en competencias interpersonales y emocionales y competencias digitales adaptadas al mercado actual, intermediación laboral intensiva y personalizada con apoyo a la incorporación y mantenimiento del empleo, realizar seguimiento post-empleo para prevenir recaídas y promover estabilidad, así como crear alianzas con empresas para que desde la responsabilidad social corporativa, se fomente la contratación inclusiva y la reducción del estigma.

OE11 Mejorar el empleo de las personas con problemas de salud mental y/o adicciones

P.11.CT01

Asesoramiento en materia de empleo público por los Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo



P.11.CT02

Atención en materia de orientación laboral y mejora de la empleabilidad para personas con problemas de salud mental, a través de la participación en la Red Orienta del Servicio Andaluz de Empleo

P.11.CT01 Asesoramiento en materia de empleo público por los Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo

Objetivo: Aumentar el acceso al empleo público de personas con trastorno mental grave.

Indicadores

- Porcentaje de inserciones laborales en el sector público de personas con enfermedad mental. Datos desagregados por sexo.

Descripción.

La Ley 4/2017, de 25 de septiembre, de los **Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía**, en su artículo 28 donde se amplía la reserva del 7% a “...un cupo no inferior al 10% de las vacantes para ser cubiertas entre personas con discapacidad...” y como medida pionera establece por primera vez la reserva del **1% para personas con enfermedad mental**.

Cada Servicio provincial de Orientación y Apoyo al Empleo (en adelante SOAE) tiene como objetivo promover y consolidar un grupo estable de personas interesadas en empleo público. El grupo deberá reunirse al menos 1 vez al mes y aprovechará los medios digitales del SOAE para transmitir la información oportuna y reunirse cada vez que sea necesario.

Existe el precedente en 2019, en el Servicio de Orientación y Apoyo al empleo de Huelva. En este servicio se constató el desconocimiento de esta reserva para el empleo público y su escaso aprovechamiento entre el colectivo. Se decidió dar información sobre esta reserva y constituir un grupo de personas interesadas en preparar las oposiciones para las plazas que se fueran convocando a partir de entonces. En ese ejercicio se convocaron para el puesto de Personal de Lavandería y Planchado del Servicio Andaluz de Salud (SAS).

Esta experiencia se convirtió en la “prueba piloto” sobre la que se basa el Programa y que se pretende extender a todas las provincias andaluzas, con la incorporación y acceso a la metodología digital o e-learning.

Se trata de confluir con los objetivos estratégicos señalados y mejorar la inclusión social y laboral de las personas con discapacidad por padecer problema de salud mental, concretamente trastorno mental grave como colectivo de especial vulnerabilidad, a través del acceso e incorporación a un empleo público.

En virtud de la disponibilidad presupuestaria, el grupo contará con docentes profesionales que formarán a las personas participantes en los contenidos de ofertas y convocatorias específicas a las que se inscriban la mayoría de ellas.

Para conseguir el aumento de contrataciones en el sector público de personas con enfermedad mental se sensibilizará sobre las oportunidades de inclusión laboral que supone el sector público, especialmente a partir de la reserva del 1% incluida en la Ley 4/2017.

Se facilitará información sobre convocatorias y ofertas públicas, plazos, requisitos, adaptaciones, etc.

Se acompañará en las gestiones necesarias (inscripción, recopilación de documentación necesaria, solicitud de adaptaciones, realización de pruebas, etc.), así como en la preparación de temarios específicos.

En tanto que existe una mayor discriminación en las mujeres con problemas de salud mental en el mercado laboral, se prioriza su atención a través de los servicios provinciales de orientación y apoyo en el empleo de FAISEM.

Así mismo, se manejarán los datos desagregados por sexo que muestran realidades distintas para hombres y mujeres.

Acciones a desarrollar.

- Acciones de sensibilización entre las personas usuarias del SOAE.
- Información actualizada de ofertas y convocatorias.
- Acciones formativas sobre temas relevantes para la búsqueda de empleo y de empleo público (carpeta ciudadana, certificado de discapacidad, informe de aptitud profesional, reservas previstas en la Ley, adaptaciones, etc.).

- Preparación de temarios específicos.
- Acciones de apoyo a la realización de gestiones necesarias.
- Acompañamiento físico a pruebas, valoraciones, etc.

Población destinataria general.

Personas diagnosticadas de un trastorno mental grave que pueden beneficiarse de incorporarse al mercado laboral.

Población beneficiaria.

Personas diagnosticadas de un trastorno mental grave, atendidas en la Red de salud mental y derivadas a Servicios de orientación y apoyo al empleo de FAISEM, para la búsqueda de empleo.

Agentes Implicados.

- FAISEM.
- **Temporalización:** 2026 - 2029.

P.11.CT02. Atención en materia de orientación laboral y mejora de la empleabilidad para personas con problemas de salud mental, a través de la participación en la Red Orienta del Servicio Andaluz de Empleo

Objetivo: Aumentar las posibilidades de inserción laboral de las personas demandantes de empleo con problemas de salud mental, prestando orientación y asesoramiento especializado y personalizado.

Indicadores

- Número de personas con problemas de salud mental que son atendidas por un dispositivo de la Red Orienta. Datos desagregados por provincia, sexo y tramos de edad.

Descripción.

Para el desarrollo de las funciones y la prestación de los servicios de orientación, el SAE cuenta con un importante número de profesionales y entidades colaboradoras que permiten la atención a las personas demandantes de empleo en el territorio, de manera más localizada y cercana. Con la puesta en marcha de la Red Andalucía Orienta, las personas con discapacidad han contado con unidades específicas de atención, además de atención intensiva a través del Programa de Acompañamiento a la Inserción.

En este marco, para profundizar en la personalización y especificidad de las actuaciones en materia de orientación a personas con discapacidad, se diversifican las unidades específicas atendiendo a los tres tipos de discapacidad: física y orgánica, intelectual y psíquica y sensorial.

Las actuaciones dirigidas a favorecer la mejora de la empleabilidad de las personas que sufren problemas de salud mental se desarrollan específicamente por entidades colaboradoras representantes de estas personas.

Las entidades colaboradoras lo son en virtud de la subvención que el Servicio Andaluz de Empleo otorga en convocatoria pública anual y mediante concurrencia competitiva.

Acciones a desarrollar.

- Desarrollo de Itinerarios Personalizados de Inserción.
- Información sobre el mercado de trabajo.
- Asesoramiento sobre técnicas de búsqueda de empleo.
- Orientación laboral.
- Asesoramiento para el autoconocimiento y posicionamiento para el mercado de trabajo.
- Acompañamiento en la búsqueda de empleo.
- Detección de perfiles emprendedores y para el autoempleo.
- Auto-orientación.
- Gestión de planes de acción individualizados para las personas jóvenes.

Población destinataria general.

Personas con problemas de salud mental demandantes de empleo en Andalucía.

Población beneficiaria.

Personas con problemas de salud mental que acuden o son derivadas a los servicios de orientación laboral de las entidades colaboradoras de la Red de Andalucía Orienta.

Agentes Implicados.

- Servicio Andaluz de Empleo.
- Entidades colaboradoras de la Red de Andalucía Orienta.
- SAS (Salud Mental).

Temporalización: 2026 - 2029.

Línea	6	Interseccionalidad: Atención a personas con problemas de salud mental y/o adicciones en situación de especial vulnerabilidad
--------------	----------	---

OE12	Mejorar la atención especializada a las con problemas de adicciones y/o salud mental víctimas de violencia de género
-------------	---

La violencia contra las mujeres tiene múltiples formas y manifestaciones y constituye un problema de salud pública de primer orden.

Según la OMS, la violencia de género es uno de los determinantes de los problemas de salud mental. Las mujeres que viven violencia por parte de su pareja tienen hasta dos veces más probabilidades de desarrollar depresión. Además, el abuso sexual y la violación incrementan el riesgo de desarrollar trastorno de estrés postraumático.

La depresión es uno de los problemas de salud mental más prevalentes entre mujeres que han sufrido violencia de género, con cifras entre el 28% y el 86% (Toccalino D, Moore A, Cripps E, Gutiérrez SC, Colantonio A, Wickens CM, et al.). En cuanto a la prevalencia de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo se estima que en víctimas de violencia de género oscila entre el 20% y el 40% (Dokkedahl S, Kristensen TR, Murphy S, Elklit A.), aunque prácticamente el 100% de ellas presenta o manifiesta algún tipo de sintomatología postraumática.

Según estudios recientes (Ruiz-Pérez I, Rodríguez-Barranco M, Cervilla JA, Ricci-Cabello I), las mujeres con algún trastorno mental presentan prevalencias de violencia de género más elevadas que las que no tienen estos trastornos en la población general (depresión, 23,3 frente a 7; trastornos de ánimo, 32,8 frente a 11,3; riesgo de suicidio, 26,1 frente a 5,4).

Según la Confederación Salud Mental España (2018), 3 de cada 4 mujeres con problemas de salud mental han sufrido violencia de género en el ámbito familiar o de pareja y cuando esto ocurre, el 42 % no lo identifica como tal y, a las que sí lo reconocen y lo denuncian, no se les da credibilidad debido a su trastorno mental.

Los pensamientos de suicidio también son más frecuentes entre las mujeres víctimas de violencia. La Confederación de Salud Mental, en su Informe de 2018, señala que la violencia de género es un factor precipitante del suicidio y que podría ser la causa del 25% de los intentos de suicidio de las mujeres en España.

En el ámbito de las adicciones, la violencia de género y la adicción en mujeres se conforman como una doble vulnerabilidad. La violencia de género y la adicción en mujeres forman una doble vulnerabilidad, vinculada bidireccionalmente: pudiendo actuar tanto como causa como efecto entre sí.

Según datos del Ministerio de Sanidad, el 33% de las mujeres que han sufrido violencia física o sexual ha consumido alguna sustancia (medicamentos, alcohol o drogas) y según otros autores (Amor, P.J. 1, et al.) entre el 41% y el 80% de las mujeres con adicciones con sustancia han sufrido o sufren violencia de género.

En consecuencia, es un objetivo estratégico mejorar la atención integral e integrada a las mujeres que presentan problemas de adicciones y/o de salud mental y además son víctimas de violencia de género, mediante un marco que regule la actuación y coordinación de los equipos profesionales implicados en las diferentes redes de atención, tanto de Adicciones y de Salud Mental como de Violencia de Género.

OE12 Mejorar la atención especializada a las mujeres con problemas de adicciones y/o salud mental víctimas de violencia de género

P.12.01

Atención a las mujeres víctimas de violencia de género en salud mental y en adicciones



P.12.CT01

Atención a las mujeres con problemas de adicciones víctimas de violencia sexual

P.12.01 Atención a las mujeres víctimas de violencia de género en salud mental y en adicciones

Objetivos

- Proporcionar una atención especializada a mujeres víctimas de violencia de género con problemas de adicciones mediante la elaboración de un programa complementario de intervención en recursos residenciales basado en la evidencia científica.
- Mejorar la atención a las mujeres que sufren violencia de género en todos los dispositivos de

salud mental para garantizar la calidad y la mejora continua (a través del proceso de acreditación de centros o dispositivos de salud mental comprometidos con la violencia de género).

- Transformar las estructuras y procesos de los centros de tratamiento ambulatorio de las adicciones para mejorar la atención a las mujeres con problemas de adicciones víctimas de violencia de género.

Indicadores

- Variación interanual del porcentaje de altas terapéuticas de mujeres víctimas de violencia de género atendidas en recursos residenciales que tengan implantado el programa complementario.
- Implantación del proceso de acreditación de centros de salud mental comprometidos contra la violencia de género (SI/NO)
- Porcentaje de centros de tratamiento ambulatorio acreditados como centros de adicciones comprometidos contra la violencia de género. Datos desagregados por provincia y año.

Descripción.

La violencia contra las mujeres es una grave vulneración de derechos humanos con profundas repercusiones y un problema de salud pública. Además de aumentar el riesgo de sufrir ansiedad, depresión, trastorno por estrés post-traumático, pensamientos o intentos de suicidio, también tiene repercusiones en el consumo de sustancias y genera problemas relacionados con las adicciones.

Por un lado, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, establece la necesidad de implementar medidas integrales que aborden la violencia de género desde una perspectiva multidisciplinar, garantizando la protección, asistencia y recuperación de las víctimas. Además, refuerza la importancia de la formación especializada del personal y la coordinación entre los diferentes servicios implicados. Por otro lado, la **ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género**, en su artículo 45, apartado 1, establece una atención preferente en el acceso a la red pública de centros para mujeres que, además de sufrir violencia de género, tienen otras situaciones complejas en particular, entre otras, enfermedad mental y problemas de adicciones. Por último, la Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024) ya comprometía como reto imprescindible promover la detección precoz de la violencia de género en mujeres con problemas de adicciones, además de una atención adaptada.

Las mujeres con patología dual presentan mayor riesgo de sufrir violencia de género y están sometidas a mayor estigma y riesgo de exclusión social, afrontan más dificultades en el acceso al mercado laboral y en la conciliación de la vida personal y familiar y tienen mayores dificultades en el acceso a los servicios de atención tanto de la Red de Salud Mental como de la Red de Adicciones.

La relación entre la violencia de género y los problemas de salud mental o adicciones es bidireccional. En cuanto a las mujeres con problemas de salud mental, el 75% han sufrido violencia en el ámbito de pareja o familiar y el 40% han sido víctimas de violencia sexual. Además, sufrir violencia de género es un factor determinante y causa en sí misma, generadora de daños y secuelas que suponen problemas e incluso trastornos de salud mental. El 48,2% de las mujeres que han sufrido violencia de género por parte de sus actuales parejas, refieren secuelas o consecuencias psicológicas derivadas de la violencia padecida. Este porcentaje aumenta al 74,7% para aquellas que refieren maltrato por parte de ex parejas (relaciones anteriores o pasadas).

En este contexto, se va a trabajar con la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía para iniciar el proceso de elaboración de un Manual de estándares para dispositivos de salud mental comprometidos contra la violencia de género con la finalidad de mejorar tanto las infraestructuras como los procesos y, en definitiva, la atención a mujeres con problemas de salud mental víctimas de violencia de género.

En lo relativo a las adicciones, ser mujer y consumidora de sustancias supone un multiplicador del riesgo de sufrir violencia de género. Diversos autores internacionales señalan que las mujeres en tratamiento por problemas por uso de sustancias son víctimas de violencia ejercida por su pareja con una incidencia tres veces superior a la de la población general. Según la “macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019” el 24,4% de las mujeres que han sufrido que ha sufrido violencia física, sexual, emocional o miedo por parte de una pareja o expareja ha consumido alguna sustancia para afrontar lo sucedido. Según datos de la UNAD, el 56 % de las mujeres atendidas con problemas de adicciones han sufrido violencia de género en la pareja y el 32% son víctimas de violencia sexual. Por tanto, tal y como establecía la Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024) se debe incorporar la violencia de género como un aspecto estrechamente vinculado a las adicciones, no como relación causal, pero sí teniendo en cuenta que en los casos de abuso de sustancias los índices de violencia de género llegan a triplicarse con respecto al resto de la población. La violencia de género es un problema social que en el caso de las adicciones se multiplica. Es necesario trabajarlo tanto en la intervención con hombres como con mujeres.

En este escenario, se considera crucial que las mujeres que tienen problemas de adicciones y sufren violencia de género consideren los centros de tratamiento ambulatorio de las adicciones como espacios seguros y especializados a los que acercarse. Por esta razón, se diseñó un Manual de Estándares de centros de adicciones comprometidos contra la violencia de género. El manual define las pautas clave y requisitos para garantizar en los centros de adicciones de atención ambulatoria, una atención integral y de calidad a mujeres víctimas de violencia de género con problemas de adicción, así como a sus hijos e hijas y otras personas del contexto familiar víctimas de violencia de género, asegurando una intervención eficaz y coordinada. Se prevé que para el final del periodo de vigencia del PESMAA se hayan acreditado el 50% de

los centros de tratamiento ambulatorio de la Red Pública de Adicciones de Andalucía. Además, se va a diseñar un programa complementario de intervención en centros residenciales, para mujeres víctimas de violencia de género, que incorpore el abordaje desde una perspectiva de comorbilidad de la violencia de género con el problema de adicciones dado que ambos problemas interseccionan. El programa facilitará la atención, teniendo en cuenta las necesidades, voluntad y preferencias de la persona y el acceso a los recursos y adherencia al tratamiento. Desde este enfoque, el diseño del programa se realizará con una metodología de participación activa y organizada que cuente con la colaboración de profesionales de distintos recursos de la Red de Atención a las Adicciones, de personal de redes asociativas y/o recursos comunitarios (tejido cultural, social, educativo, laboral, etc.) y de personas expertas por experiencia. Se garantizará la paridad de género durante el proceso.

Acciones a desarrollar.

- Realizar formación del personal sanitario y social en materia de violencia de género.
- Constitución de una comisión sobre mujeres con patología dual víctimas de violencia de género con profesionales de salud mental y de adicciones.
- Constitución del grupo de trabajo con metodologías de participación activa y organizada para la colaboración de profesionales de distintos recursos de la Red de Atención a las Adicciones, de la Red de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género, de personal de redes asociativas y de recursos comunitarios (tejido cultural, social, educativo, laboral, etc.) y de personas expertas por experiencia para el diseño del programa complementario de intervención en comunidad terapéutica.
- Aprobación del programa complementario de intervención con mujeres con problemas de adicciones víctimas de violencia de género en comunidad terapéutica.
- Valoración de posibles cambios en el SIPASDA y su aplicación.
- Difundir el manual de estándares de calidad de centros de adicciones comprometidos contra la violencia de género entre los centros de tratamiento ambulatorio de las adicciones en los periodos de apertura del proceso de acreditación.
- Dar continuidad al trabajo con la ACSA en cuanto a la coordinación durante los procesos de acreditación de los centros de tratamiento ambulatorio, incluyendo el apoyo en las evaluaciones.
- Implantación de la guía para el abordaje sanitario de la violencia de género en mujeres con problemas de salud mental en todos los dispositivos de la red.
- Participación de profesionales de la red de SM en el Comité Territorial de Sevilla en materia de violencia de género del SSPA.
- Desarrollo de las distintas fases del proceso de acreditación de centros de salud mental comprometidos contra la violencia de género (constitución del comité director, constitución del

comité técnico, elaboración del manual de estándares, realización de las pruebas de concepto, difusión del manual entre los dispositivos de salud mental y acreditación).

- Desarrollo de herramienta tecnológica en salud mental que permita una gestión de calidad en la prevención y la atención de todos los casos detectados.
- Establecer reuniones de coordinación con distintos agentes y con el movimiento asociativo.
- Realización de campañas de sensibilización para profesionales de salud mental.

Población destinataria general.

Mujeres con problemas de adicciones y/o de salud mental, víctimas de violencia de género.

Población beneficiaria.

Mujeres con problemas de adicciones y/o de salud mental, víctimas de violencia de género que acceden a la Red Pública de Atención a las Adicciones en Andalucía o a la Red de Salud Mental.

Agentes Implicados.

- Dirección General de Cuidados, Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.
- Instituto Andaluz de la Mujer
- Profesionales de la Red Pública de Atención a las Adicciones.
- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
- Profesionales de la red de violencia de género.
- Movimiento asociativo.
- Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.
- Escuela Andaluza de Salud Pública.

Temporalización: 2026 – 2029.

P.12.CT01. Atención a mujeres con problemas de adicciones víctimas de violencia sexual

Objetivo: Mejorar la atención a mujeres con problemas de adicciones víctimas de violencia sexual mediante la revisión y mejora del Protocolo andaluz de coordinación para la atención a mujeres con problemas de adicciones víctimas de violencia de género.

Indicadores

- Número de mujeres con problemas de adicciones víctimas de violencia de género a las que se aplica el protocolo adaptado (nueva versión).
- Variación interanual del porcentaje de mujeres víctimas de violencia de género con alta terapéutica (línea base: medición de resultados del actual protocolo).

Descripción.

En Andalucía, tras la aprobación de la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual, se ha creado por parte del Instituto Andaluz de la Mujer el **Servicio de Centro de Crisis 24 horas** para el abordaje de situaciones relacionadas con mujeres víctimas de violencia sexual. Se consideran violencia sexual “cualquier acto de naturaleza sexual no consentido o que condicione el libre desarrollo de la vida sexual en cualquier ámbito público o privado, incluyendo el ámbito digital”.

La violencia contra las mujeres es una grave vulneración de derechos humanos con profundas repercusiones en la salud y en el consumo de sustancias. Además, la violencia de género y las adicciones son problemas sociales complejos y graves, considerados problemas de salud pública de primer orden atendiendo a su prevalencia, a su impacto en la salud y a la respuesta que exige por parte de los servicios de la red pública de adicciones y de salud.

En este contexto, a finales de 2023 comenzó a aplicarse el Protocolo andaluz de coordinación para la atención a mujeres con problemas de adicciones víctimas de violencia de género.

Considerando el riesgo que afrontan las mujeres de sufrir violencia sexual como consecuencia de tener problemas de adicciones, se plantea un programa con dos orientaciones. En primer lugar, se pretende mejorar el trabajo en red y el intercambio mediante el desarrollo de jornadas presenciales para profesionales de la red de atención a mujeres víctimas de violencia de género y la red de atención a las adicciones. Estas jornadas permitirán que las y los profesionales de cada red conozcan en profundidad el trabajo que se realiza en la otra red, sus enfoques, metodologías y recursos disponibles. Esto facilita la comprensión de las realidades y necesidades de cada campo. Además, los encuentros permitirán identificar puntos de intersección y conexiones, contribuirán a establecer mejores canales de comunicación e intercambiar experiencias y buenas prácticas.

Por otra parte, se va a ampliar la **aplicación del protocolo andaluz de coordinación para la atención a mujeres con problemas de adicciones víctimas de violencia de género a otras situaciones de violencia sexual contra las mujeres**. Así mismo, se trabajará para orientar el protocolo hacia una atención especializada (ver ficha “Atención a mujeres víctimas de violencia de género con problemas de salud

mental y/o adicciones”) con la finalidad de mejorar la adherencia al tratamiento de las mujeres víctimas de violencia sexual con problemas de adicciones.

Acciones a desarrollar.

- Análisis y evaluación de los resultados de la aplicación del protocolo en vigor.
- Cuantitativa (**Indicadores** de proceso y resultados).
- Cualitativa (Grupo de discusión de profesionales de la red de adicciones y/o violencia de género).
- Organización de dos encuentros presenciales, uno en Andalucía occidental y otro en Andalucía oriental (identificación de participantes, definición de **Objetivos**, diseño de programa, gestión de la logística de los encuentros, comunicación y difusión, desarrollo del encuentro, seguimiento y evaluación de los resultados del encuentro).
- Constitución de una Comisión Técnica a la que redactó el Protocolo para su revisión y análisis de posibles modificaciones. En cualquier caso, se garantizará la paridad de género durante el proceso.
- Puesta en marcha de metodologías de participación activa y organizada para la colaboración de profesionales de distintos recursos de la Red de Atención a las Adicciones, de la Red de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género, de personal de redes asociativas y de recursos comunitarios (tejido cultural, social, educativo, laboral, etc.) y de personas expertas por experiencia para recabar sugerencias de mejora.
- Redacción de un borrador nuevo del Protocolo o de anexos que complementen dicho protocolo.
- Valoración de los cambios necesarios en el SIPASDA para su aplicación.
- Aprobación del protocolo adaptado.

Población destinataria general.

Mujeres con problemas de adicciones y, en su caso de salud mental, víctimas de violencia de género.

Población beneficiaria.

Mujeres con problemas de adicciones y, en su caso de salud mental, víctimas de violencia sexual que acceden a un recurso de la Red andaluza de atención a las adicciones.

Agentes Implicados.

- Instituto Andaluz de la Mujer.
- Dirección General de Cuidados, Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.
- Profesionales de la Red Pública de Atención a las Adicciones.

- Profesionales de la red de violencia de género.
- Movimiento asociativo (víctimas/supervivientes).
- Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.
- Escuela Andaluza de Salud Pública.

Temporalización: 2027 - 2029.

OE13

Mejorar la atención a personas en situación de vulnerabilidad con problemas de salud mental y adicciones con especial atención a personas mayores, en situación de sinhogarismo, en situación de dependencia y en Instituciones Penitenciarias

El edadismo, la aporofobia, el sexismo, el capacitismo y otras discriminaciones y estructuras sociales son las que convierten a las personas en vulnerables, por tanto, se trata de una cuestión de poder y no una condición natural ni una característica de las personas.

Entre los factores de riesgo más presentes para la salud mental se encuentran personas en contextos de vulnerabilidad y exclusión en situaciones cronificadas, personas en situación de sinhogarismo y de prostitución, consumo de sustancias como estrategia disfuncional de afrontamiento en niños, niñas y adolescentes no acompañados, síntomas compatibles con duelos migratorios complejos en la gran mayoría de las personas migrantes y el abuso del consumo de sustancias, como estrategia de afrontamiento.

Mención especial merecen las personas mayores, las personas en situación de sinhogarismo, las personas internadas en instituciones penitenciarias y las personas con trastornos mentales graves.

Personas mayores.

Los problemas depresivos y de ansiedad en las personas mayores suelen estar infradiagnosticados e infratratados, pese a su relevancia clínica. Determinados prejuicios y estereotipos sobre las personas mayores favorecen el nihilismo terapéutico que conduce, por un lado, a no evaluar o tratar una enfermedad por considerarla como parte natural del proceso de envejecimiento y, por otra parte, a las propias personas mayores a no quejarse, a no buscar ayuda.

La Red de Atención a las Adicciones elabora anualmente un estudio que revela un incremento en la edad media de las personas atendidas por problemas de adicciones. El estudio considera dos tipos de personas mayores consumidoras de sustancias o con comportamientos potencialmente adictivos. Por un lado, aquellas personas mayores que han sido consumidoras de sustancias, han envejecido y presentan un deterioro significativo de sus condiciones físicas y mentales, enfermedades crónicas y afrontan situaciones de riesgo de exclusión social. Por otro lado, las personas mayores que comienzan a estar polimedicadas y desarrollan una adicción en edades avanzadas. A estas circunstancias, hay que añadir los cambios

significativos que se producen en la vida de las personas mayores (por ejemplo, la pérdida de seres queridos o el inicio de problemas de salud crónicos) y que suponen desafíos físicos, emocionales y sociales que incrementan su vulnerabilidad y pueden convertirse en factores desencadenantes de comportamientos adictivos. Las adicciones más comunes son el alcoholismo, las adicciones a opioides o benzodicepinas y las adicciones comportamentales.

Las personas mayores, fundamentalmente aquellas que están en situación de dependencia, y especialmente las que viven en residencias, están invisibilizadas y no suelen acceder a los programas de intervención con lo cual se cronifica su problema de adicciones.

La institucionalización de las personas mayores en residencias se asocia a factores predictores de la aparición de sintomatología depresiva y pueden dar lugar a un incremento de la prevalencia de esta enfermedad. Muñoz y Rodríguez (2015) concluyeron en su estudio sobre la institucionalización como factor de riesgo para desarrollar depresión que el 80% de las personas mayores que viven en residencias presentan riesgo de depresión bajando el porcentaje hasta el 26,8% entre aquellas que viven en sus casas.

Esto es razonable puesto que las personas mayores que comienzan a vivir en una residencia dejan atrás su casa, su barrio, sus relaciones vecinales y sociales. Ingresan en un sitio desconocido y comienzan una convivencia con personas a las que no conocen y tienen que asumir rutinas que le son ajenas.

Conocida esta situación se considera un objetivo estratégico la mejora de la atención de las personas mayores que viven en residencias, tanto en relación con los problemas de adicciones como en lo que concierne a problemas de salud mental.

Personas en situación de sinhogarismo.

El sinhogarismo es un problema complejo y multifactorial que puede afectar a personas de distintas edades, géneros y situaciones económicas. La falta de vivienda implica la privación de un lugar seguro y estable en el que residir, lo que conduce a la exposición a condiciones climáticas extremas, violencia, abuso y una constante inseguridad. Estas circunstancias extremas pueden desencadenar o agravar la dependencia de alcohol y otras sustancias, trastornos de personalidad, trastornos psicóticos y depresión mayor (Metges de Món, 2020).

La salud mental y el sinhogarismo son problemáticas estrechamente relacionadas, donde cada una puede influir significativamente en la otra. El sinhogarismo puede desencadenar o agravar problemas de salud mental, mientras que los trastornos mentales pueden aumentar la vulnerabilidad a quedarse sin hogar.

Personas en instituciones penitenciarias.

La salud mental de las personas internadas en instituciones penitenciarias es un tema de gran importancia, ya que presentan una prevalencia significativamente mayor de problemas de salud mental en comparación con la población general. Esta situación requiere una atención especial y adaptada a sus necesidades, tanto dentro como fuera de la prisión.

OE13 Mejorar la atención a personas en situación de vulnerabilidad con problemas de salud mental y adicciones con especial atención a personas mayores, en situación de sinhogarismo, en situación de dependencia y en Instituciones Penitenciarias

P.13.01

Programa de atención a personas con problemas de salud mental internadas en instituciones penitenciarias



P.13.02

Programa de atención para personas mayores con problemas de adicciones y/o salud mental que viven en centros residenciales de FAISEM

P.13.CT03

Programa de mayores en centros de participación activa y residenciales



P13.03

Programa específico de atención integral a personas con problemas graves de salud mental, con o sin problemas de adicciones, en situación de sinhogarismo

P.13.CT02

Detección y atención de personas en situación de vulnerabilidad con problemas de salud mental y/o adicciones



P.13.CT01

Atención integral a las personas en situación de dependencia con adicciones en Andalucía

P.13.01 Programa de atención a personas con problemas de salud mental internadas en instituciones penitenciarias

Objetivo: Mejorar la atención a las personas con trastornos de salud mental que están internadas en instituciones penitenciarias favoreciendo su recuperación y mejorando su reinserción social.

Indicadores

1. Número de comisiones provinciales incorporadas para el seguimiento de personas con trastorno mental en instituciones penitenciarias.

Descripción.

Las personas con trastorno mental grave o patología dual, que por cualquier motivo se encuentran en un régimen penitenciario, tienen los mismos derechos a nivel constitucional que las demás personas. Un derecho fundamental es el de la atención especializada adecuada a sus necesidades.

Según los estudios epidemiológicos realizados en las prisiones españolas y andaluzas hasta un 80% de las personas internas en centros penitenciarios han sufrido algún diagnóstico de patología mental a lo largo de

la vida (M López, FJ Saavedra, A López, & M Laviana, 2016). El trastorno mental grave (TMG) es 4 o 5 veces más presente en prisión que en el exterior. Los trastornos de personalidad y la patología dual (drogas y trastorno mental) son enormemente prevalentes; en general, se observa mayor carga psicopatológica en las mujeres. La ansiedad y la depresión se dan en mucha mayor proporción; más del 50% de los internos consumen psicofármacos.

La **“principal importancia de esta estrecha relación entre la prisión y la afectación de salud mental son las consecuencias”** que de ella se derivan, ya que las personas que tienen trastornos mentales en prisión tienen mayores dificultades de adaptación y cumplimiento de los programas de rehabilitación y tratamiento relacionados con su esfera delictiva, son asimismo más vulnerables a padecer las consecuencias psicológicas y emocionales derivadas del aislamiento social, son más propensas a sufrir victimización y, además y como consecuencia de todo ello, presentan mayores tasas de reincidencia y criminalidad cuando se procede a la reinserción comunitaria (Bebbington et al., 2021; Skar et al., 2019).

Otro punto de especial relevancia e interés mediático es la **elevada tasa de suicidio en la población penitenciaria**. Las estadísticas de los últimos años demuestran un incremento en el número de suicidios; en datos de 2020, 10.3/100.000 interno/as, superior a la tasa en años previos y en comparativa con la población general. El índice de suicidio es mayor en aquellas personas internas que tienen alguna forma de sufrimiento mental o adicción (Zhong et al., 2021).

La población penitenciaria es un colectivo de **riesgo de exclusión social**. Una gran proporción de las personas internadas en prisión provienen de ambientes conflictivos y marginales, han convivido en entornos familiares problemáticos o han sufrido situaciones adversas como maltrato o abusos. En general, el nivel socioeconómico de procedencia es bajo y hay relación con la migración particularmente irregular. Este perfil sociobiográfico es el campo donde se siembran las diferentes condiciones psicológicas y emocionales que, en determinadas circunstancias y ambientes, derivan en comportamientos disruptivos, desadaptativos y delictivos.

Por otro lado, hay que considerar la perspectiva de género en este ámbito de actuación. Según los últimos datos aportados por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, las mujeres suponen el **7,4% de la población total** en prisión.

El **peso poblacional en los centros penitenciarios es claramente masculino**. Es una realidad que la institución, desde su creación arquitectónica, equipamiento, normativa, lenguaje, servicios o programas tiene un claro sesgo de género que puede suponer una discriminación en la atención a dicha parte de la población penitenciaria.

Las mujeres no solo sufren el estigma asociado a estar en prisión y a tener problemas de salud mental, además tienen menor acceso a programas específicos adecuados a su patología. Tan solo tres de cada diez mujeres participan en programas de tratamiento específicos, tal y como se advierte en el Informe del año 2019 de Instituciones Penitenciarias. Estas conclusiones se desprenden de la jornada **Mujeres y salud mental en régimen penitenciario**.

En la actualidad, todavía no se ha producido la integración de la sanidad penitenciaria dentro de las competencias sanitarias de nuestra Comunidad Autónoma, por lo que coexisten dos sistemas sanitarios atendiendo a la población penitenciaria andaluza. En este sentido, para mejorar la atención de las personas con trastorno mental grave y con privación de libertad, se precisa de un programa específico intersectorial en el que participen Justicia, Fuerzas de orden público, SAS, FAISEM, Instituciones penitenciarias, el movimiento asociativo y las ONGs involucradas en trabajos dentro de los centros penitenciarios que contemple todas las etapas del proceso (presencial, internamiento en centro penitenciario e inclusión social tras la finalización del mismo).

En definitiva, se precisa de un tratamiento integrado fuera de los centros penitenciarios para completar la inclusión social comunitaria, valorando el cumplimiento de condenas mediante medidas alternativas a la entrada en prisión y favoreciendo su acceso a los recursos comunitarios. Cuando estas medidas no son posibles, es necesario establecer intervenciones de rehabilitación paralelas que sirvan de puente para la reincorporación en la vida social y comunitaria. En esta línea, será vital contar, en la toma de decisiones, con las personas afectadas y sus familiares en el desarrollo de todo el proceso evolutivo desde el ingreso en estas instituciones.

Acciones a desarrollar.

- Conformación y seguimiento de un grupo de trabajo intersectorial para la elaboración de un protocolo que defina las pautas a seguir en la gestión de casos con especial atención a las personas que cumplen su medida de seguridad en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario desde donde se activará el protocolo de búsqueda de recursos para que la salida del centro de las personas que residen allí sea lo más adecuada a su situación.
- Elaboración de un protocolo para la atención a la salud mental de las personas con trastorno mental grave y adicciones internadas en instituciones penitenciarias.
- Actualización, cada año, de la incidencia y prevalencia de personas con trastorno mental grave y/o patología dual internadas en las instituciones penitenciarias.
- Monitorización del seguimiento al proceso de salud mental de las personas que están internadas en las diferentes Instituciones Penitenciarias.
- Elaboración de un plan individualizado de tratamiento (PIT) para las personas atendidas en las instituciones penitenciarias orientado a la rehabilitación y reinserción social.
- Mantenimiento del PIT una vez se produzca la salida de las personas con trastorno mental de dichas instituciones.
- Entrevistas con familiares y personas allegadas de las personas con trastorno mental internadas en instituciones penitenciarias.

- Gestión de respuesta social (vivienda) para las personas con trastorno mental grave que salen de la institución penitenciaria. Aplicación del protocolo de tramitación preferente.

Población destinataria general.

Personas con trastorno mental grave internadas en instituciones penitenciarias que requieren seguimiento por las redes de salud mental.

Población beneficiaria:

Personas con trastorno mental grave internadas en instituciones penitenciarias atendidas por los equipos de la red de salud mental.

Agentes Implicados.

- Movimiento Asociativo.
- FAISEM.
- Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional.
- Consejería de Presidencia, Interior, Diálogo Social y Simplificación Administrativa.
- Consejería de Universidad, Investigación e Innovación.
- Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad.
- Consejería de Justicia, Administración Local y Función Pública.
- Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

Temporalización: 2026 - 2029.

P.13.02 Programa de atención para personas mayores con problemas de adicciones y/o salud mental que viven en centros residenciales de FAISEM

Objetivos

- Adecuar la atención a las personas con problemas de salud mental en un momento vital tan complejo como es pasar a tener más de 65 años, favoreciendo su tránsito por los diferentes dispositivos en función de su edad y problema de salud mental, pero especialmente de su adaptación a recursos previos.

- Mejorar la continuidad de cuidados a las personas con 65 años o más que viven en centros residenciales y afrontan un problema de salud mental, ofreciendo unos cuidados personalizados, centrados en las personas y con enfoque de derechos que contemple las diferentes maneras de envejecer.

Indicadores

- Número de personas con 63 años en seguimiento coordinado (UGC/FAISEM) para la incorporación próxima a recursos residenciales de > 65 años sobre el total de personas 63 años en la red de FAISEM.

Descripción.

La pirámide de la población de España sigue su aumento continuado de la proporción de personas mayores de 65 años, siendo la proyección del INE para 2035 un 26,5%, siendo en 2021 del 19,65%. Durante los próximos años y especialmente a partir de 2030 se registrarán mayores incrementos, con la llegada a la vejez de voluminosos nacidos durante el baby boom.

El concepto de esperanza de vida saludable añade a la cantidad de vida, la calidad de vida y es importante señalar que, si bien entre las personas de 65 y más años, las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que los hombres, sin embargo, su esperanza de vida saludable es menor por la supervivencia y morbilidad de las mujeres. Así mismo esa esperanza de vida mayor se va acercando a los 90 años, por lo que la jubilación tiene lugar 20 o 25 años antes (en los países desarrollados) Veinticinco años son muchos años para vivir sin un objetivo claro siendo invisibilizadas/os por la sociedad. Por eso las problemáticas de esta franja de edad ocuparán un mayor espacio en el debate público y requerirán más medidas para la población mayor en general y para las diferentes maneras de envejecer en particular.

Se ha evidenciado la necesidad de dar una respuesta coordinada y que garantice la continuidad de la atención a su salud mental a personas usuarias del programa residencial de FAISEM cuando alcanzan la edad de 65 años en la que deben salir del mismo y pasar a los recursos convencionales de dependencia en plaza de psico geriátrico o de residencia de personas mayores.

Así mismo se podrá atender a dos tipos de excepcionalidad.

- Personas que, por su buena situación psicofísica y adaptación al mismo, puedan seguir en el recurso de FAISEM y por el equipo multidisciplinar, previo acuerdo de la Comisión Intersectorial se plantee como adecuada esta situación.
- Personas que, por su deterioro psicofísico, y estando cercana la edad de paso obligatorio a otro recurso, no puedan continuar en el recurso de FAISEM y por el equipo multidisciplinar, previo acuerdo de la Comisión Intersectorial se plantee como adecuada esta situación.

Ambas situaciones se pueden revertir cuando se den las circunstancias oportunas previa información por el equipo multidisciplinar y previo acuerdo de la comisión Intersectorial.

En este Procedimiento resulta esencial definir el espacio de colaboración entre Salud Mental (SM) y los centros residenciales como un espacio de trabajo conjunto para la información, interrelación y decisión entre los profesionales de SM y esos centros.

La respuesta estará enmarcada dentro de las actuaciones asistenciales que se recogen en el Proceso Asistencial Integrado al Trastorno Mental Grave y de la Estrategia Andaluza para la Coordinación SocioSanitaria.

Para ello debemos.

- Garantizar la continuidad de los cuidados y la mejora de la calidad de la atención.
- Mejorar la capacidad de respuesta de los dispositivos asistenciales, sanitarios y sociales, asignando el recurso que mejor responda a las necesidades de la persona.

Acciones a desarrollar.

Coordinación interinstitucional de citas y seguimientos.

Para este seguimiento hemos de partir de dos supuestos diferentes.

1.- La persona se dirige a un centro al que da cobertura la misma USMC de referencia que lo hace al recurso residencial de FAISEM del que sale.

- Si es posible, los y las profesionales del recurso de FAISEM acompañarán a la persona residente a conocer el nuevo recurso.
- En este caso no cambiará de terapeutas de referencia y se coordinarán tantas visitas de acompañamiento como sean necesarias para apoyar el cambio de recurso residencial, estar atentos a los posibles efectos no deseados y reforzar el vínculo terapeuta-persona con problema de salud mental.
- La coordinación de las citas y de las ulteriores visitas se llevarán a cabo a través del Trabajador/a Social de la USMC de referencia que se integrará, si no lo hubiera hecho hasta la fecha, en el equipo terapéutico referente.

2.- La persona se dirige a un centro al que da cobertura una USMC distinta a la que lo hace al recurso residencial de FAISEM del que sale.

- En este caso se asignarán cuanto antes terapeutas de referencia en la nueva USMC y se llevará a cabo, si es posible, contacto entre los anteriores y los nuevos. Como objetivo deseable estaría la atención conjunta en algún momento para que el cambio sea lo más fluido y menos traumático posible.

- Si es posible, los y las profesionales del recurso de FAISEM acompañarán a la persona residente a conocer el nuevo recurso.
- Se procurarán visitas domiciliarias en el nuevo recurso por el equipo terapéutico de referencia hasta conseguir que la persona pueda ser vista en consulta de modo normalizado.
- La coordinación de estas actuaciones pivota sobre el profesional de Trabajo Social de la USMC de salida que se coordinará con la de la USMC de llegada, constituyendo un binomio imprescindible por el que deben pasar todas las actuaciones hasta el “destete” del recurso de FAISEM.

3.- No procede cambio de recurso.

- En los casos en que la persona que cumple 65 años no ha sufrido un deterioro físico o funcional o, por el contrario, se le prevé una esperanza de vida muy corta y el posible cambio puede suponer una involución en su trayectoria vital y su bienestar, previa deliberación de la Comisión Provincial Intersectorial puede acordarse la permanencia en un recurso residencial de FAISEM, estando esta decisión sujeta a las posibles modificaciones que se estimen oportunas en función de la evolución, en cuyo caso se procederá en función de los dos supuestos anteriores.

Actuaciones más relevantes.

- Tener realizada una valoración integral previa de la persona, del contexto familiar, educativo, social, poniendo especial énfasis en su nivel de dependencia y capacidad de afrontamiento del cambio.
- Individualización de la actuación, teniendo en cuenta las necesidades específicas de la persona, de modo que las intervenciones planificadas resulten eficaces.
- Informar de los posibles cambios de manera comprensible para la persona objeto del mismo.
- Dar a conocer a las personas que han de cambiar de recurso, el lugar al que van por los medios necesarios, audiovisuales y si es posible con una visita presencial.
- Favorecer la continuidad asistencial, apoyándose en la coordinación sociosanitaria.
- Involucrar a los equipos interdisciplinarios y en especial a los terapeutas de referencia (tanto de salida como de llegada) en el proceso de cambio.
- Realizar intervenciones o actividades para personas mayores y familiares de personas usuarias y centros residenciales integradas en el entramado social enriquecedoras intrapersonal e interpersonalmente.

Población destinataria general.

Personas entre 60 y 65 años residentes en recursos de FAISEM.

Población beneficiaria.

Población residente en un recurso de FAISEM con edad comprendida entre los 60 y 65 años que precisan traslado a un recurso residencial.

Agentes Implicados.

- Personas mayores que viven en centros residenciales.
- Profesionales que trabajan en los centros residenciales.
- UGC de referencia.
- Servicio Andaluz de Salud.
- ASSDA.
- FAISEM.
- Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.
- Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad.

Temporalización: 2026.

P.13.03 Programa específico de atención integral a personas con problemas graves de salud mental, con o sin problemas de adicciones, en situación o riesgo de sinhogarismo

Objetivos

- Garantizar el acceso a la atención comunitaria especializada en salud mental y adicciones a personas en situación o riesgo de sinhogarismo respetando las necesidades de cada persona.
- Impulsar la autonomía de las personas usuarias con problemas graves de salud mental a través de un enfoque centrado en la persona, con perspectiva de género y basado en los derechos, favoreciendo su integración comunitaria y evitando la institucionalización.
- Implementar estándares de calidad basados en la cobertura del programa, la reducción de la desinstitucionalización y satisfacción de las personas participantes.

Indicadores

- Número de personas en situación o riesgo de sinhogarismo con problemas de salud mental, con/sin abuso de tóxicos, que acceden al programa Átopos (datos desagregados por área de salud mental, género y tramos de edad).
- Porcentaje de personas que participan en el programa Átopos y han logrado recuperar o acceder a una vivienda (datos desagregados por viviendas independientes o del ámbito institucional).
- Porcentaje de personas que participan en el programa Átopos y acceden a recursos vinculados al empleo o la formación (datos desagregados por recursos comunitarios o del ámbito institucional).
- Porcentaje de personas que participan en el programa Átopos y logran una inclusión social exitosa tras su participación en el Programa.
- Grado de mejora en escalas de recuperación, como la Recovery Assessment Scale (RAS), así como la escala individual Recovery Outcomes Counter (I.ROC).
- Porcentaje de personas participantes del programa Átopos que precisan en algún momento de centros cerrados de tratamiento (datos desagregados respecto a unidades de agudos de salud mental o centros cerrados de tratamiento de drogodependencias).
- Tasa de personas participantes del Programa que solicitan, una vez en el Programa, certificado de discapacidad o grado de dependencia.
- Promedio de puntuación en los cuestionarios de satisfacción, con un objetivo mínimo de 6 puntos sobre 7 en la escala Likert.

Descripción.

La atención a personas en situación de sinhogarismo con problemas de salud mental y/o adicciones ha sido objeto de diversas iniciativas enfocadas en la desinstitutionalización y la promoción de la autonomía. Las más innovadoras y exitosas demuestran que debe priorizarse la flexibilización y adaptación de los recursos para facilitar el acceso a las redes de acompañamiento, así como el refuerzo de la atención psiquiátrica con un enfoque comunitario que evite la institucionalización.

Las personas en situación o riesgo de sinhogarismo son un grupo de especial vulnerabilidad por muchas razones. Suelen verse afectadas por distintos vectores de exclusión que incluyen factores personales (biografías abandonadas, inexistencia de red de apoyo, concomitancia de abuso de tóxicos, dificultades económicas, migración, etc.) e institucionales (fragmentación de la red de atención sanitaria y social, rigidez de criterios institucionales, falta de accesibilidad a recursos comunitarios, crisis del mercado de la vivienda, dificultad de acceso al empleo, etc.). Además, desde una **perspectiva de género**, es imprescindible reconocer que el sinhogarismo no afecta de la misma forma a mujeres y hombres. Las

mujeres, tanto cis como transgénero, en situación de sinhogarismo, aunque estadísticamente sean menos visibles, están más expuestas a formas específicas de violencia, como la violencia sexual, la explotación o el control por parte de parejas o terceros para garantizar techo o protección. Muchas de ellas atraviesan procesos de ocultamiento —residiendo en viviendas inseguras, en casas de familiares o personas conocidas, o aceptando relaciones de dependencia— como estrategias de supervivencia, lo que las excluye de los circuitos tradicionales de atención y dificulta su detección. Del mismo modo, su situación puede volverse más vulnerable en caso de estar embarazadas o con hijos o hijas a su cargo, lo que hace reflexionar sobre recursos específicos para ellas y sus familias.

Según los datos de la Encuesta de Personas Sin Hogar del Instituto Nacional de Estadística (INE) (2022), el 17% de personas sin hogar en España presentan síntomas compatibles con un «Trastorno Mental Grave», porcentaje que se incrementa significativamente si incluyéramos el espectro clínico que engloba toda la sintomatología del «trauma complejo» (normalmente sistematizada en torno a «trastornos de personalidad») y que desde hace unos años ocupa gran parte de la realidad clínica de los dispositivos de salud mental. En un estudio llevado a cabo en Algeciras, Granada y Zaragoza por la Fundación Cruz Blanca (2021), se constató que la tasa entre personas sin hogar que consumían alcohol era de un 35%, un 25% si se consideraban otras drogas. Todas estas cifras son globales, y ocultan las realidades específicas, como aquellas que enfrentan las mujeres, quienes sufren con mayor frecuencia abusos sexuales, violencia institucional y barreras de acceso a tratamiento adecuadamente enfocado en su condición de género.

Debe señalarse que ni todas las personas en situación sin hogar tienen problemas de salud mental, ni el consumo de sustancias psicoactivas en situación de calle conlleva siempre un problema de adicción. Sin embargo, la falta de vivienda es un factor de riesgo tanto para el malestar psíquico, pues se trata de una experiencia muchas veces atravesada por la soledad, las vivencias traumáticas y de violencia, el pesimismo respecto al futuro o el rechazo social, como para el abuso de tóxicos. La realidad clínica y social actual nos muestra que existe un alto porcentaje de personas en situación de sinhogarismo con problemas graves de salud mental, algunas con una adicción importante a sustancias, que no tienen acceso a los recursos básicos —clínicos y sociales— para construir un proyecto de vida y llevar a cabo un proceso de recuperación.

Cuando concurren problemas graves de salud mental, con o sin adicciones, y riesgo o situación de sinhogarismo se genera una doble discriminación en la que el acceso a los apoyos necesarios se hace mucho más complicado que cuando no existe clínica asociada. Los recursos comunitarios no están preparados para abordar estas problemáticas clínicas complejas y los de salud mental carecen de instrumentos suficientes para cubrir las necesidades básicas de esta población. Además, se constatan debilidades en relación a la escasa coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, a la reducida oferta de alternativas residenciales individualizadas, a la vasta tendencia a la institucionalización, así como a la falta de equipos que aseguren la continuidad de cuidados y posean formación específica.

La exitosa experiencia de más de veinte años de recorrido del **Programa PISMES de la UGC de Salud Mental del Hospital Regional de Málaga** ha demostrado que la coordinación entre las distintas instituciones y la constitución de equipos específicos de salud mental accesibles, flexibles y basados en la

autonomía y los derechos deben ser los ejes vertebradores de una red que facilite los procesos de recuperación de las personas en situación de sinhogarismo con clínicas graves de salud mental. Del mismo modo, «La Casa Libre», el pequeño pilotaje bajo el **modelo Housing Led** que se está llevando a cabo desde hace dos años entre la **Fundación HogarSí** y los **ETIC de las UGC de Salud Mental Virgen de la Victoria, Regional y Axarquía de Málaga**, se perfila como la alternativa más eficaz y alineada con las políticas europeas de inclusión para esta población. Este enfoque prioriza el acceso a una vivienda estable como un derecho fundamental y un requisito esencial para la recuperación, en lugar de condicionar la vivienda a procesos de tratamiento previos. Los estudios han demostrado que estos modelos reducen el uso de recursos de emergencia, disminuyen las hospitalizaciones y mejoran los **Indicadores** de salud y bienestar de las personas atendidas, por lo que se trata de prácticas que deben orientarnos a la hora de elaborar un programa específico que destruya las barreras añadidas que observamos en esta población.

Para pilotar el Programa Átopos son necesarias dos vías de actuación.

- Un proceso de **orientación y sensibilización de los recursos existentes** en torno a la problemática de las personas con problemas de salud mental, con o sin adicciones, en situación o riesgo de sinhogarismo.

Se trata, por un lado, de flexibilizar los recursos existentes evitando situaciones de discriminación por diagnóstico, así como informar a los distintos agentes sanitarios y sociales de los recursos de cada comunidad y, por otro lado, dar a conocer el Programa Átopos para hacerlo accesible, facilitando la incorporación de figuras clave a las redes de detección y seguimiento del programa.

Debe incluir a la atención primaria, los distintos dispositivos de salud mental (Unidades de Salud Mental Comunitaria -USMC- y dispositivos de tercer nivel), la red de adicciones, la red pública para personas sin hogar, FAISEM, servicios sociales comunitarios y el movimiento asociativo.

No todas las personas sin hogar con problemas de salud mental y/o adicciones requieren un seguimiento intensivo por parte de salud mental o la red de adicciones, pero debe asegurarse la accesibilidad a los servicios existentes. Del mismo modo, siempre se desea ser atendido por recursos comunitarios de servicios básicos -alojamiento, aseo, alimentación-, pero hay que garantizar que puedan hacer uso de ellos si la voluntad cambia. Para ello la red debe estar informada y actualizada de continuo sobre las variaciones en los recursos y sus requisitos.

- El diseño de un **Circuito Átopos específico**, gestionado desde los ETIC de la UGC de referencia, dotado de recursos suficientes y nuevas líneas de coordinación, especialmente planteado para evitar la cronificación y/o institucionalización de los problemas de la población objetivo del programa. En esta línea es imprescindible contar con la participación activa y la corresponsabilidad de las personas usuarias en el diseño de su itinerario terapéutico.

Las personas que accedan al circuito deben, como prioridad, tener garantizados sus derechos y el acceso a cubrir sus **necesidades básicas**, tanto subjetivas como materiales. Si éstas no se cubren, está demostrado que resulta inútil elaborar planes de tratamiento enfocados a los síntomas o al consumo. Así, debe dotarse

al programa de recursos suficientes para el acceso ágil y flexible a soluciones habitacionales a corto y medio plazo que permitan iniciar los procesos de recuperación y reinserción social con unas mínimas garantías de éxito.

Los **equipos** que lleven a cabo el programa deben ser específicos, para asegurar la continuidad de cuidados, estar formados en el modelo de recuperación, tanto respecto a los síntomas psíquicos como a las adicciones y estar imbricados en la red sanitaria pública. Las actuaciones deben ajustarse en tiempo y forma a la singularidad de cada persona: sistemas de valores, coyuntura cultural y biográfica, expectativas y preferencias, lugares donde se deben desarrollar los encuentros, tiempos del proceso adictivo, psicopatología, entorno en el que desarrolla su vida, perspectiva de género, experiencias previas instituciones. Factores que siempre deben tenerse en cuenta en el acompañamiento, lo que exige de profesionales flexibles y formados con un perfil comunitario específico. Los ETIC, como dispositivo de salud mental que se encarga del seguimiento intensivo y comunitario de los casos más complejos, deben apoyarse con recursos humanos y materiales adecuados para llevar a cabo el programa dentro de sus competencias. Del mismo modo, la red de adicciones debe reforzarse para poder gestionar nuevas competencias en materia de flexibilización y recursos a disposición del programa. Por último, se hace necesario introducir profesionales expertos y expertas por experiencia -sinhogarismo, adicciones, salud mental- como elemento de innovación que mejore la calidad de la atención y permita ampliar la capacidad de actuación de los equipos.

Debemos transitar hacia un sistema de atención basado en derechos y que sitúe a la persona en el centro del proceso. Las instituciones sanitarias y sociales deben adaptarse a las necesidades de la gente y no al contrario. Un cambio de paradigma que no solo es cuestión de justicia social, sino una condición esencial para garantizar una respuesta eficaz y equitativa a poblaciones especialmente vulnerables. Se trata de evitar la cronificación de la exclusión, minimizar las intervenciones de urgencia y construir soluciones sostenibles que devuelvan la dignidad y la autonomía a quienes han sido desproporcionadamente afectados por la rigidez del sistema actual.

Acciones a desarrollar.

Las acciones se realizarán en dos niveles.

1. Actualización de los recursos existentes.

- Elaboración de un **dossier** de los recursos de salud mental, adicciones y de la red sinhogar del territorio correspondiente a cada UGC de salud mental.

Contendrá los recursos existentes, criterios y forma de derivación a los mismos. Incluirá información sobre el acceso al programa Átopos.

- Difusión del dossier: atención primaria, servicios de urgencias, dispositivos de salud mental, red de adicciones, red pública para personas sin hogar, FAISEM, servicios sociales comunitarios, el movimiento asociativo y los dispositivos del tercer sector.

- Desarrollo de **actividades de formación** para profesionales que potencialmente pueden trabajar con la **Población beneficiaria**, tanto en salud mental como en la red de adicciones y red sin hogar. Estas formaciones organizarán su contenido siempre en base a los derechos, el modelo de recuperación y la perspectiva de género.
- Designación de **figuras de referencia** para población en situación de sinhogarismo con problemas de salud mental y/o adicciones en cada USMC, unidad de hospitalización psiquiátrica y dispositivos de la red de adicciones. Serán los interlocutores naturales con el programa Átopos.

2. Creación del Circuito Átopos.

- Observatorio Átopos. Una comisión de seguimiento interinstitucional por provincia. Servirá como espacio reflexivo para el seguimiento de los casos, resolución de conflictos y propuestas de mejora de la red y el programa. En ella estarán representados todos los agentes implicados:
 - ETIC de cada UGC de Salud Mental.
 - Red Sin Hogar de zona.
 - Dirección General de Protección Social y Barriadas de Actuación Preferente.
 - Servicios Sociales Comunitarios.
 - Red de Adicciones.
 - Movimiento asociativo.
 - FAISEM.
 - Entidades específicas del tercer sector.
- **Hoja de solicitud de intervención** al Programa, a disposición de la Red Sin Hogar de zona. Este documento dará cuenta de la detección de una posible persona candidata a la intervención y será remitida al ETIC de la zona correspondiente.
- El ETIC, una vez recibida la solicitud, comprobará si la persona tiene un lugar en la red (centro de atención primaria y USMC). Esta comprobación se realizará en coordinación con la red de adicciones de la zona. Se encargará de poner en marcha el Programa y deberá estar dotado de los **recursos humanos y materiales necesarios** (uno o dos profesionales por ETIC, dispersión geográfica y bolsa de gastos).
- Incorporación al programa de **profesionales por experiencia en primera persona**, tanto en situaciones de sinhogarismo, como de problemas de salud mental o adicciones. Estas figuras clave podrán incorporarse a través de entidades del tercer sector como desde el tejido asociativo.
- **Soluciones habitacionales y de apoyo** suplementarias que, desde el modelo Housing Led, den respuesta rápida y flexible a los casos más complejos que no pueden ser atendidos dentro de la red sinhogar.

- **Uso de recursos comunitarios** de la red sinhogar para las personas usuarias del programa (comedores, duchas, lavado de ropa, etc.), así como de los recursos de FAISEM para personas sin hogar (centros de día).
- Acompañamiento y seguimiento de los casos complejos a través de una **colaboración estrecha entre los ETIC y la red de adicciones (CEA/CPD/CTA)**. Diseño de un abordaje conjunto, tanto grupal como individual, para evitar la fragmentación de las prácticas y asegurar la coherencia en los cuidados.

Población destinataria general.

Población residente en Andalucía con sintomatología sugerente de problemas de salud mental, con o sin adicciones, en situación o riesgo de sinhogarismo.

Población beneficiaria.

Personas residentes en Andalucía en que concurren las siguientes circunstancias.

- Situación o riesgo de sinhogarismo.
- Clínica grave y compleja de salud mental con importante repercusión subjetiva y/o social.
- «Trastorno Mental Grave». Resume fundamentalmente espectros psicóticos, tanto esquizofreniformes como paranoides y melancólicos, así como trastornos de personalidad esquizoides o paranoides.
- «Trauma complejo». Clínicas complejas de la identidad que incluyen psicopatología de la acción, fenómenos psicóticos y disociativos y profundos cuadros depresivos. Tienen el TDV (trauma, desamparo y violencia) como denominador común de la experiencia biográfica y existe una alta prevalencia entre mujeres víctimas de violencia y abusos.
- Concomitancia o no de abuso de tóxicos como síntoma acompañante de la psicopatología que supone un problema importante en el proceso de recuperación de la persona.
- Situaciones importantes de vulnerabilidad: falta de recursos económicos, personales, red de apoyo, experiencias de abuso, convivencia en entornos violentos, etc.
- Necesidad de una intervención intensiva, estrecha y ajustada a sus necesidades para llevar a cabo un proyecto de vida.
- Fracaso de otras intervenciones de distinta índole o menor intensidad, sea por parte de salud mental, de la red de adicciones y/o la red de sin hogar.
- No existencia de problemas orgánicos que impidan radicalmente la intervención o sean la causa primera de los síntomas.
- No existencia de deterioros cognitivos o déficit intelectuales que impidan la intervención.

Agentes Implicados.

- ETIC de las UGC de Salud Mental.
- Red de Salud Mental.
- Red Sin Hogar.
- Red de Adicciones.
- Dirección General de Protección Social y Barriadas de Actuación Preferente
- Servicios Sociales Comunitarios.
- FAISEM.
- Entidades específicas del tercer sector.
- Movimiento asociativo.

Temporalización: 2026.

P.13.CT01. Atención integral a las personas en situación de dependencia con adicciones en Andalucía

Objetivo: Garantizar la continuidad de cuidados y apoyos a las personas en situación de dependencia con problemas de adicciones, articulando los mecanismos de coordinación intersectoriales necesarios.

Indicadores

- Número de personas con problemas de adicciones atendidos a través de la herramienta diseñada, desagregado por sexo y provincia.
- Porcentaje de personas con consumo de sustancias u otras adicciones y reconocimiento de la situación de dependencia que acceden a dispositivos residenciales de la Red del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) previo acceso al circuito de desintoxicación, desagregado por sexo, provincia y grado de dependencia.

Descripción.

Las personas en situación de dependencia que se enfrentan a una adicción se encuentran en una posición de especial vulnerabilidad que requiere una respuesta adaptada a sus necesidades concretas. El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) tiene como misión garantizar no solo los apoyos básicos para su autonomía, sino también una atención integral que sitúe a la persona en el centro, respetando su dignidad, sus decisiones y su proyecto de vida.

Sin embargo, atendiendo a nuestro marco normativo, cuando en el momento del ingreso a un dispositivo residencial, la persona en situación de dependencia precisa atención sanitaria continuada en régimen de hospitalización, derivada de su adicción o dependencia a alguna sustancia, no se cumplen los requisitos de acceso a este tipo de recurso. Lo que dificulta el desarrollo del servicio, e incluso imposibilita el acceso al centro residencial, lo cual crea una situación de exclusión paradójica: quienes más necesitan estos apoyos quedan fuera del sistema precisamente por la complejidad de su situación.

Por ello, este programa tiene por objeto ofrecer una atención de calidad a las personas en situación de dependencia que presentan patología dual, o manifiestan una discapacidad y una adicción activa que suponen una barrera que dificulta su acceso a ciertos servicios, como los centros residenciales del SAAD, garantizando que ninguna persona sea privada de atención residencial por esta situación.

La propuesta se centra en establecer mecanismos de coordinación fluidos entre los servicios sociales y sanitarios, permitiendo que cuando se identifique la necesidad de estabilización médica previa al ingreso residencial, exista un circuito ágil que derive a la persona a unidades especializadas como las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, siempre poniendo a la persona en el centro de todas las decisiones.

De este modo, este programa facilita, a través de herramientas de coordinación sociosanitaria, una respuesta personalizada a las necesidades de las personas en situación de dependencia con adicciones, garantizando un enfoque basado en derechos y centrado en su bienestar integral.

Concretamente, este proyecto parte de la necesidad de establecer canales de comunicación bien definidos entre los servicios sociales y sanitarios, que posibilite una derivación ágil y una atención integral y personalizada en el caso de que, en el momento del ingreso a un centro residencial, se identifique una situación de consumo que requiera de estabilización sanitaria.

Se determinará el circuito de derivación a una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) u otros recursos especializados de la Red Pública de Adicciones, siempre partiendo de la voluntad de la persona, antes de proceder a la incorporación a un recurso de atención a la dependencia.

Por ello, se propone la elaboración de un Protocolo que identifique, en caso de ser necesario, el modo de actuar de manera coordinada para favorecer la adecuada atención a las personas en situación de dependencia con reconocimiento del derecho de acceso al servicio de atención residencial que presentan dependencia a sustancias, atendiendo a sus necesidades y preferencias, cuando la situación de consumo así lo determine, con carácter previo a su acceso al centro residencial.

Acciones a desarrollar.

- Se creará un grupo de trabajo para analizar las necesidades específicas de las personas en situación de dependencia con adicciones que se encuentran a la espera de acceso a un recurso residencial, y de este modo, ofrecer una atención integral y personalizada.
- Dicho equipo desarrollará un protocolo de atención a personas con adicciones en situación de dependencia, que garantice la disposición de los recursos que precisa la persona, evitando desatenciones y asegurando la continuidad en los cuidados.
- Implantación del Protocolo.

Población destinataria general.

Personas en situación de dependencia en Andalucía que presentan consumo de sustancias u otras adicciones comportamentales en Andalucía.

Población beneficiaria.

Personas en situación de dependencia que presentan problemas de adicciones en Andalucía que accede a un recurso de adicciones para la desintoxicación a través del protocolo específico.

Agentes Implicados.

- Agencia de Servicios Sociales y Atención a la Dependencia. Servicios de Valoración de la Dependencia.
- Dirección General Cuidados y Atención Sociosanitaria.

Temporalización: 2026 - 2028.

P.13.CT02. Detección y atención de personas en situación de vulnerabilidad con problemas de salud mental y/o adicciones

Objetivos

3. Aumentar la detección de personas con problemas de salud mental y/o adicciones a través de los Servicios Sociales Comunitarios, especialmente las que se encuentran en una situación de gran vulnerabilidad.
4. Mejorar la atención de personas con problemas de salud mental y/o adicciones a través de los Servicios Sociales Comunitarios, especialmente las que se encuentran en una situación de gran vulnerabilidad.

Indicadores

- Número de profesionales que han mejorado su conocimiento sobre la salud mental y adicciones, tanto respecto a las personas en situación de sinhogarismo, como respecto a la población en general, desagregado por sexo.
- Número de personas derivadas al Servicio Andaluz de Salud a causa de posibles problemas de salud mental y/o adicciones, desde los Servicios Sociales Comunitarios, desagregado por sexo.
- Número de personas (desagregado por sexo) y familias atendidas de manera coordinada entre los Servicios de Salud y los Servicios Sociales.

Descripción.

Siguiendo lo establecido en la Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía en su artículo 50 corresponde a la Consejería competente en materia de servicios sociales, entre otras, *“h) Elaborar y desarrollar protocolos de coordinación con otros sistemas de protección social que puedan confluir con el Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía en áreas concretas de la intervención social”*. Asimismo y siguiendo el artículo 30 de la citada Ley *“los equipos profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios articularán mecanismos de coordinación eficaces con los equipos profesionales de los servicios sociales especializados y de otros sectores con capacidad para influir en la calidad de vida y el bienestar social de la población de referencia, especialmente con profesionales de atención primaria de salud, educación, vivienda, justicia y empleo, de acuerdo a los protocolos que se determinen”*.

Desde la Dirección General de Protección Social y Barriadas de Actuación Preferente se gestiona el Plan de Formación en Servicios Sociales Comunitarios, financiado por el Instituto Andaluz de Administración Pública. Dicha formación de carácter interadministrativo se dirige a los equipos profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios de Andalucía. En todos los cursos desarrollados se incorpora la perspectiva de género.

En dicho Plan de formación existen cursos en los que tiene cabida contenido relativo a la salud mental y las adicciones. Entre la población en situación especialmente vulnerable se encuentran las personas sin hogar que, en un alto porcentaje, tienen problemas de salud mental o/y adicciones. Actualmente, se encuentra en ejecución la I Estrategia de Atención a Personas sin Hogar en Andalucía 2023 – 2026 aprobada por Acuerdo de 27 de diciembre de 2023 del Consejo de Gobierno y destaca entre sus medidas el desarrollo de un *“protocolo de atención a Personas sin Hogar en Andalucía en Andalucía”*, dirigido a las y los profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios que atiendan a las personas sin hogar en Andalucía y que apliquen la atención integral centrada en la persona como modelo de intervención, así como a otras profesiones del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía”. En dicho protocolo se prestará especial atención a la perspectiva de género.

Otro marco de referencia clave es la “I Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria 2024-2027”, aprobada por Acuerdo de 30 de abril de 2024, del Consejo de Gobierno, en la que se constata que el trabajo coordinado de los sistemas de protección social y sanitario es una necesidad y uno de los principales retos a asumir por parte de las Administraciones implicadas. Entre sus líneas estratégicas cabe destacar la LE 1. *Implantar una estructura organizativa de coordinación sociosanitaria y un modelo de gobernanza* y concretamente la acción 1.4 establece la constitución y coordinación de los equipos locales intersectoriales para la gestión de casos complejos que precisan continuidad de atención sanitaria y social.

Acciones a desarrollar.

- Inclusión en el “Protocolo de atención a personas sin hogar desde los Servicios Sociales Comunitarios” actuaciones dirigidas a la prevención y detección precoz de problemas de salud mental y/o adicciones, creando procedimientos formales de coordinación entre el Sistema de Salud y los Servicios Sociales.
- Difusión del protocolo entre el personal de ambos sistemas, así como difusión entre la ciudadanía atendida en los Servicios Sociales Comunitarios de las acciones de sensibilización, prevención y atención realizadas por la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias, para generar información y conocimiento de los recursos existentes.
- Inclusión de contenido relativo a salud mental y adicciones en los cursos, incluidos en el Plan de Formación en Servicios Sociales Comunitarios, que estén relacionados con la atención a las personas sin hogar y a la población en general.
- Establecer la necesaria coordinación sociosanitaria mediante circuitos definidos que canalicen la demanda, para una adecuada intervención social.

Población destinataria general.

- Personas y familias con problemas de salud mental y adicciones atendidas por los Servicios Sociales Comunitarios de Andalucía.

Población beneficiaria.

- Personas en situación de sinhogarismo y familias atendidas por los Servicios Sociales Comunitarios de Andalucía y que se benefician de las medidas incluidas en el Protocolo.

Agentes Implicados.

- Dirección General de Protección Social y Barriadas de Actuación Preferente.
- Profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios de Andalucía.

- Profesionales de la atención primaria del SAS y de la Red de Salud Mental y Adicciones.
- Entidades del Tercer Sector.

Temporalización.2026 - 2027.

P.13.CT03. Detección precoz de problemas de adicciones en personas mayores en centros de participación activa y centros residenciales

Objetivos

Mejorar la detección de conductas adictivas, tanto de sustancias como comportamentales, de personas mayores en centros de participación activa y centros residenciales mediante circuitos de coordinación entre servicios sociales, atención primaria, salud mental, la red pública de atención a las adicciones y el tejido asociativo.

Facilitar el acceso al tratamiento de los problemas de adicciones a las personas que viven en centros residenciales o hacen uso de centros de participación activa.

Indicadores

5. Número de personas mayores que viven en centros residenciales en los que se realiza el pilotaje y son derivadas a un centro de tratamiento ambulatorio de la Red pública de atención a las adicciones. Datos desagregados por sexo y provincia.
- Número de personas mayores que hacen uso de centros de participación activa en los que se realiza el pilotaje derivadas a un centro de tratamiento ambulatorio de la Red pública de atención a las adicciones. Datos desagregados por sexo y provincia

Descripción.

Existe un gran consenso en torno a la idea de que el mayor logro que ha conseguido la humanidad durante el siglo XX ha sido el crecimiento constante de la esperanza de vida. La realidad en España en general y en Andalucía en particular, es que la esperanza de vida ha aumentado, la fecundidad ha disminuido, y la mortalidad se ha comprimido y desplazado a edades cada vez más avanzadas, lo que ha resultado en un envejecimiento de la población.

Según datos del Sistema de Información Demográfica de Andalucía (SIDEMA) la esperanza de vida al nacer en Andalucía se situó en el año 2023 en 82,5 años, la cifra más alta desde el año 1975, año en el que se inicia la serie histórica. Además, se observan diferencias de género puesto que la esperanza de vida al nacer de las mujeres alcanza los 85,1 años y la de los hombres se sitúa en 79,9 años. Son 5,2 años menos que las mujeres.

El Plan Nacional sobre Drogas ha elaborado la “Encuesta sobre alcohol, drogas y otras adicciones en mayores de 64 años en España” (ESDAM) con datos referidos a 2019/2020. Las sustancias psicoactivas de curso legal, es decir, alcohol, tabaco, hipnosedantes y analgésicos opioides, son las más consumidas entre la población de 65 o más años dependiendo el orden en la prevalencia de consumo del marco temporal considerado. Así, el consumo a diario en los últimos 30 días arroja diferencias significativas tanto en consumo de hipnosedantes (con o sin receta) con una prevalencia del 22,2% en personas mayores de 64 años frente al 6,4% en población de 15 a 64 años, una prevalencia del 19% en consumo de alcohol frente al 8,8% en la población de 15 a 64 años y una prevalencia del 9,8% en consumo de tabaco en personas mayores de 64 años frente al 32%.

El género influye en la forma en la que las personas se relacionan con las sustancias adictivas y experimentan comportamientos adictivos. Por lo tanto, la prevención, la detección, las intervenciones y las políticas relacionadas con las adicciones deben contemplar la perspectiva de género. Por un lado, las mujeres ocultan con mayor frecuencia las adicciones a sustancias para evitar la mayor incompreensión social respecto al consumo de las mujeres. Esto provoca una mayor invisibilización del consumo en las mujeres. Por otro lado, las mujeres mayores conforman un grupo poblacional muy medicalizado debido a la cronificación de algunas enfermedades y al triple estigma, uno derivado del edadismo, otro por el hecho de ser mujer y el tercero por tener problemas de adicciones, por lo que están especialmente invisibilizadas. Además, se prestará especial atención a situaciones en las que la violencia de género haya estado presente en la vida de las mujeres.

En general, los equipos de profesionales que trabajan en los centros de participación activa y centros residenciales para personas mayores no disponen de la formación ni las herramientas necesarias para detectar y atender a personas con problemas de adicciones. En este contexto, el programa de detección precoz de problemas de adicciones en personas mayores, pretende dar cobertura, desde un enfoque de derechos y con perspectiva de género, a esta problemática estableciendo para ello un protocolo de actuación conjunta entre todos los servicios intervinientes (atención primaria, servicios sociales, salud mental, adicciones, centros de participación activa, entramado social).

Acciones a desarrollar.

Diseño y realización de formación específica en detección de adicciones dirigida equipos profesionales que trabajan con personas mayores en centros residenciales y de participación activa.

- Desarrollo de diseños interdisciplinarios entre profesionales del ámbito de las adicciones, geriatría, atención primaria y servicios sociales para el abordaje del programa.
- Puesta en marcha de intervenciones/actividades para personas mayores y familiares integradoras en el entramado social enriquecedoras intrapersonal e interpersonalmente.
- Sensibilización de las personas que viven en centros residenciales o son usuarias de centros de participación activa sobre conductas adictivas y como contrapartida estilos de vida saludable y educación emocional.

- Desarrollo de un programa piloto.
 - Identificación de 6 centros residenciales y 6 centros de participación activa que sean representativos de la diversidad del territorio andaluz (tamaño, ubicación...).
 - Puesta en marcha del protocolo de coordinación.
 - Análisis de los resultados y de las oportunidades de mejora.
 - Revisión del protocolo e incorporación de las mejoras oportunas.
- Diseño del plan de escalado.

Población destinataria general.

Personas mayores que viven en centros residenciales o son usuarias de centros de participación activa.

Población beneficiaria.

Personas mayores con problemas de adicciones que viven en centros residenciales o son usuarias de centros de participación activa que participan en el programa.

Agentes Implicados.

Dirección General de Personas Mayores, Participación Activa y Soledad No Deseada.

- Dirección General de Cuidados, Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.
- Personas que viven en centros residenciales y personas usuarias de los centros de participación activa.
- Personal de las residencias y centros de participación activa.
- Personal de los centros de tratamiento ambulatorio.
- Agencia de servicios Sociales y dependencia de Andalucía.

Temporalización: 2026 - 2027.

La formación y la investigación son pilares fundamentales para mejorar la competencia profesional y la calidad de la atención en el sistema sanitario.

Por otro lado, los sistemas de información son herramientas claves para la gestión y atención sanitaria pues permiten llevar un control y seguimiento de los servicios prestados, obtener datos estadísticos y epidemiológicos y facilitar la toma de decisiones.

Se consideran, por lo tanto, áreas transversales ya que contribuyen a la mejora continua de la calidad asistencial, la eficiencia del sistema y el avance del conocimiento científico en salud.

Dichas áreas están contempladas en el desarrollo general de los diferentes programas incorporados en el PESMAA y que contribuyen a alcanzar los objetivos estratégicos definidos.

Este Plan, al presentar un carácter participativo en su diseño, ha querido tener en cuenta las aportaciones realizadas, en dicha materia, por los y las profesionales de las redes de salud mental y adicciones, personas usuarias y familiares, junto al movimiento asociativo, y los distintos agentes claves y entidades vinculadas con ambas redes.

A continuación, se detalla la estrategia de desarrollo para cada una de dichas áreas transversales.

T.01 Formación

La Unión Europea afirma que una de las exigencias generales de la ciudadanía del siglo XXI es la formación a lo largo de toda la vida. La responsabilidad se multiplica cuando hablamos de profesionales del ámbito sanitario.

La formación es una herramienta importante para mejorar la atención y la calidad de vida de las personas con problemas de adicciones y salud mental.

Desde este Plan, se pretende garantizar la actualización de los conocimientos de los y las profesionales y la mejora de su cualificación, así como incrementar la motivación, actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes ante las demandas y necesidades.

De la misma forma se considera fundamental facilitar instrumentos a los familiares para que desarrollen estrategias en la línea de fortalecer el vínculo familiar, conseguir una mayor participación en el tratamiento y reducir el estrés y ansiedad.

La formación continua se ha convertido en una piedra angular para los y las profesionales de la salud que buscan mantenerse a la vanguardia y garantizar una atención de calidad.

Teniendo en cuenta las aportaciones que se han hecho durante el proceso de redacción del Plan, en el cuestionario realizado a los y las profesionales para conocer sus necesidades, se puede observar que la actualización y la formación es un aspecto importante en el que las y los profesionales de salud mental otorgaron más de un 50% en todos los ítems para el valor de máxima importancia. Las dificultades que alcanzaron mayores porcentajes fueron las de la “falta de tiempo”, con un 68,2%, seguido de la “necesidad de formación conjunta”, con un 60,2%.

En los grupos focales realizados con profesionales del ámbito de la salud mental, se detectó la necesidad de poder realizar cursos más específicos en el ámbito de la salud mental, enfocados en las prácticas clínicas, competencias profesionales y habilidades de intervención de carácter multidisciplinar, duración prolongada y formato presencial, incluyendo a profesionales de enfermería especializada, profesionales de trabajo social y residentes.

En el informe de triangulación del PESMAA realizado con el objetivo de obtener información (cuantitativa y cualitativa) para la elaboración del diagnóstico preliminar sobre la situación de Salud Mental y Adicciones en Andalucía, se destaca la necesidad de disponer de un programa de formación estructurado y accesible para profesionales de salud mental y se resalta, la necesidad de formación en psicoterapia grupal y en desigualdades de género. También se hace referencia a la importancia de realizar formación sobre psiquiatría y adicciones, para conocer ambos ámbitos, incluyendo la atención a personas con problemas de salud mental y adicciones, así como aspectos específicos como la terapia sustitutiva durante las hospitalizaciones. Igualmente, se constata la falta de formación sobre metodologías de investigación aplicadas a la práctica clínica, con perspectiva social.

Se señala también la falta de formación en problemas de salud mental emergentes, como el autismo en personas adultas, o trastornos de la conducta alimentaria.

Desde la Red de Adicciones se destaca la necesidad de formación y actualización constante para poder dar respuesta a los nuevos patrones de adicciones, especialmente las adicciones comportamentales, y la conveniencia de que esta formación fuese en algunos casos compartida con Salud Mental y con profesionales de otras administraciones y entidades concertadas. Se considera además que sería necesaria mayor financiación para formación y en el caso de la red de prevención, se estima adecuado que esté alineada con el currículum europeo.

El grupo focal de patología dual cuando abordó la temática de la formación, señaló el importante desconocimiento mutuo entre las redes de Adicciones y Salud mental en aspectos como servicios, centros, recursos o formas de trabajo y se identificaron las siguientes necesidades: formación cruzada de ambas redes y formación conjunta, formación a los y las profesionales de los centros residenciales de la red de FAISEM para el abordaje de situaciones conflictivas vinculadas a la patología dual, formación sobre los

protocolos de actuación en distintas situaciones iguales en ambas redes y formación para las familias sobre el manejo de los problemas de sus familiares.

El grupo de personas usuarias, familiares, voluntariado y movimiento asociativo considera que no se tiene en cuenta a la familia en los tratamientos y, que sería necesario ofrecerles herramientas para actuar con una persona con problemas de adicciones y salud mental.

Teniendo en cuenta las aportaciones realizadas por las diferentes partes que participaron en la redacción del Plan y el análisis de la experiencia acumulada, para garantizar una atención de calidad, integral e integrada que asegure la continuidad asistencial a los problemas de salud mental y adicciones, se hace necesario que se desarrollen planes de formación continuada que actualicen y complementen las competencias a nivel multiprofesional, interprofesional e intersectorial, y que incorporen la perspectiva de género.

Se plantea durante la vigencia del PESMAA los siguientes contenidos formativos.

6. Detección e intervención temprana para la prevención del suicidio, siguiendo modelos de prevención basados en la teoría del aprendizaje y psicoeducación, dirigido a profesionales del ámbito sanitario, educativos y sociales.
7. Promoción del bienestar emocional y detección de comportamientos de riesgo en adicciones dirigida a personal docente, orientadores, tutores y otros profesionales que intervienen en los centros escolares.
8. Patología dual dirigida a profesionales de Salud Mental y Adicciones (Curso de experto/a).
9. Actualización y reciclaje en patología dual dirigida a profesionales de los Centros de Tratamiento Ambulatorio y Comunidades Terapéuticas de adicciones.
10. Formación a residentes MIR, PIR y EIR de salud mental en centros de adicciones.
11. Adicciones comportamentales dirigida a profesionales de Salud Mental y Adicciones.
12. Prevención en Adicciones y Salud Mental para la Red de Adicciones y Salud Mental (Curso de experto/a).
13. Reducción del Riesgos y daños en adicciones para profesionales de Adicciones.
14. Atención a Personas Mayores para la detección de Problemas de Adicciones y Salud Mental dirigida a profesionales de Adicciones y Salud Mental.
15. Detección precoz de adicciones dirigido a profesionales de atención primaria.
16. Formación y capacitación para la detección breve en salud mental y adicciones en población de riesgo dirigido a profesionales de la educación, salud y servicios sociales.
17. Salud mental y adicciones en la etapa perinatal para profesionales sanitarios.

18. Trastorno de conducta alimentaria (TCA) dirigido a profesionales de Atención Primaria, Pediatría y Adicciones.
19. Trastorno límite de la personalidad (TLP) para la capacitación de profesionales de salud mental y adicciones en intervenciones terapéuticas.
20. Protocolo de intervenciones en Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y Trastorno del Espectro Autista (TEA) en personas con menos de 18 años.
21. Terapia sustitutiva durante las hospitalizaciones de personas con trastornos de Salud Mental.
22. Problemas emergentes de salud mental y adicciones.
23. Alternativas a la coerción y enfoques centrados en la persona para profesionales de la salud mental y adicciones.
24. Formación y Sensibilización en enfoque de género y diversidad: Formación sobre violencia de género, masculinidades, salud LGBTQ+ a profesionales de Salud Mental y Adicciones.
25. Herramienta de la Planificación Anticipada en la toma de decisiones compartidas dirigida a profesionales de Salud Mental.
26. Atención integral a personas con problemas graves de salud mental, con o sin adicciones en situación o riesgo de sinhogarismo, con enfoque de derechos, modelo de recuperación y perspectiva de género, dirigido a profesionales de Salud Mental, Red de Adicciones y Red sin hogar.
27. Detección de adicciones, dirigida equipos profesionales que trabajan con personas mayores en centros residenciales y de participación activa.
28. Acompañamiento a familiares con patología dual, dirigido a familiares de personas con Patología Dual.
29. Formación en metodología de investigación dirigida a profesionales de la Red de Salud Mental y Adicciones.
30. Discapacidad intelectual.
31. Apoyo mutuo.
32. NO tratamiento e intervenciones no farmacológicas de baja intensidad (en el marco del modelo comunitario).
33. Formación a ETIC.
34. Hospitalización domiciliaria.

La investigación y la innovación sanitaria (I+D+i: investigación, desarrollo científico-tecnológico y de innovación) representan un eje estratégico para la mejora de los servicios asistenciales y el cuidado de la salud.

La generación del conocimiento científico y su transferencia a la práctica clínica, en el ámbito de la salud mental y las adicciones, es clave para dar respuesta a las demandas cada vez mayores y más específicas de la población . .

Los principales agentes (Institutos de Investigación Sanitaria, los centros sanitarios, tanto de Atención Primaria como de Atención Hospitalaria, las Fundaciones de Investigación Biomédica y las estructuras de investigación cooperativa) en el ámbito sanitario público que fomentan y desarrollan las actividades de I+D+i, deberían poder beneficiarse de la colaboración con universidades e instituciones investigadoras a nivel nacional e internacionales.

Asunción de la necesidad de mejorar el presente y adaptar el sistema sanitario a las necesidades cambiantes de la sociedad, aplicación del método científico, capacitación y motivación de los profesionales, entorno laboral facilitador y financiación adecuada deben vertebrar la construcción de un sistema sanitario donde la investigación e innovación estén estratégicamente integrados.

Por otro lado, será vital incorporar la perspectiva de género en proyectos de investigación e innovación en salud (I+D+i). Responde a una necesidad cada vez más urgente: asegurar que la ciencia médica tenga en cuenta las diferencias entre sexos y los roles de género para ofrecer una atención más precisa, justa y eficaz.

La necesidad de desarrollar esta área transversal durante la implantación del PESMAA viene avalada por las distintas aportaciones realizadas por profesionales de ambas redes, personas usuarias y familiares, movimiento asociativo, agencias y distintas entidades que han colaborado en el diagnóstico preliminar, en el que se identifica la situación previa a la elaboración de dicho Plan, por un lado, y se detallan las necesidades y los nuevos retos que se pretenden afrontar, por otro. Tales aportaciones se rescatan a través de cuestionarios a los profesionales, elaboración de grupos focales, talleres y celebración de unas jornadas participativas con la presencia de diferentes agentes clave y entidades vinculadas con la salud mental y las adicciones.

En general, el análisis que desde ambas redes se hace en relación a la actividad investigadora es similar en tanto que se identifican barreras muy parecidas. De forma más detallada, dentro de los distintos niveles de participación en estas fases previas del Plan, y en relación a la investigación, los datos recabados por el cuestionario indican que para los/as profesionales el problema principal radica en la “falta de tiempo”, seguido de las dificultades asociadas a “financiación” y al “acceso a oportunidades de investigación”.

La información obtenida a través de los grupos focales es coincidente con esta valoración y se amplía. Las personas participantes coinciden en identificar una situación de falta de reconocimiento, incentivación y dotación de recursos en el ámbito de la investigación. Se considera que no se les da suficiente valor a las actividades de investigación en la evaluación de objetivos, bolsas de trabajo o procesos de promoción profesional. Asimismo, se constata una falta de fomento de actividades de investigación en investigadores e investigadoras noveles.

Se observa una mayor presencia de investigaciones clínicas (entre ellas los ensayos clínicos e investigaciones sobre fármacos) en comparación con investigaciones sobre prevención, promoción de la salud, prácticas clínicas, evaluación de la propia práctica profesional, atención a la infancia y adolescencia y atención a trastornos leves adaptativos. Se señala la dificultad de conseguir financiación para este tipo de proyectos en las convocatorias públicas de concurrencia competitiva.

También se resalta la importancia de tener en cuenta en los procesos de investigación la parte más social y preventiva de la atención en salud mental, el contexto social, el enfoque de recuperación y el rol de profesionales de trabajo social y enfermería. En este sentido, se recomienda incluir al movimiento asociativo, tanto de personas usuarias como de familiares, a los proyectos de investigación.

Además, se constatan dificultades en el proceso de traslación de los conocimientos a la práctica clínica, a profesionales de salud mental y personas usuarias.

Por otro lado, en la Jornada Participativa se señaló cómo el hecho de no disponer de sistemas de información integrados afecta a esta área, así como la necesidad de que las distintas opciones terapéuticas por las que se opte, estén basadas en la evidencia.

También se pone énfasis en:

35. La necesidad de una mayor colaboración de investigación de la universidad en la práctica asistencial para la mejora de la atención.
36. Investigación no farmacológica y visión holística.
37. Mejorar los protocolos estandarizados validados, previamente, por la investigación.
38. Accesibilidad y disponibilidad de los datos y a la información por parte de los y las profesionales (estadísticas, clínico-epidemiológicos, compartir historias clínicas en la atención, para investigación, explotación de datos, etc.).

Finalmente, y tras el análisis de situación, se valoraron positivamente las fortalezas y oportunidades existentes para el abordaje de estos problemas y necesidades identificadas. Entre ellas, destacamos.

39. Reconocimiento de la importancia de incentivar la formación especializada, investigación/innovación, digitalización, divulgación y gestión en salud mental y adicciones, como camino al éxito y la excelencia del plan.

40. Lanzamiento de convocatorias de ayudas para la investigación e innovación en el ámbito de la salud mental y las adicciones.
41. Participación en redes de investigación nacional e internacional.
42. Solicitud de alianzas con grupos de investigación de universidades de Andalucía o asociaciones de expertos o de pacientes.

En el marco de este contexto general, se ha diseñado una estrategia de desarrollo de la práctica investigadora para los próximos cuatro años de vigencia del Plan (2026 – 2029) que contemplaría.

43. La creación de una red de centros de investigación biomédica en salud mental de Andalucía.
44. Mejora en la capacitación y formación de los y las profesionales en materia de investigación.
45. La creación de una red de investigación de profesionales de salud mental y adicciones.
46. Un incremento en la participación y colaboración en las redes nacionales de investigación en salud mental y adicciones.
47. Un aumento en el número de proyectos de investigación financiados en convocatorias públicas y ensayos clínicos que se realizan en el ámbito de la salud mental y adicciones.
48. Un incremento en la producción (impacto bibliométrico) y en la divulgación científica.
49. Un incremento en el número de innovaciones terapéuticas que se integran en el sistema asistencial de salud mental y adicciones.

Por otro lado, teniendo en cuenta las recomendaciones de los organismos nacionales e internacionales relacionados con la salud mental y las adicciones y las demandas de los y las profesionales en el ámbito de la investigación, se priorizan las siguientes líneas:

50. La conducta suicida en Andalucía.
51. Condicionantes en la oferta y necesidad en los servicios y recursos de atención a la salud mental y adicciones, desde la perspectiva territorial y poblacional.
52. La mejora de la salud física a través del deporte dirigido a personas con trastorno mental grave (TMG) y problemas de Adicciones.
53. Incorporación de un modelo de acción-investigación participativa en el Programa de Educación en Valores y detección precoz a través de la práctica deportiva en Andalucía.
54. Evaluación de programas de prevención, de atención y de incorporación social en el abuso de sustancias y adicciones comportamentales.
55. Prevención y reducción de daños causados por el consumo de sustancias psicoactivas y adicciones comportamentales, con especial referencia a adolescentes y jóvenes.

56. Factores etiológicos y pronósticos en trastornos de la conducta alimentaria (TCA).
57. Evaluación e investigación sobre la Patología Dual Grave.
58. Salud mental y adicciones en grupos de población en situación de gran vulnerabilidad (mayores, mujeres, migrantes, personas que practican chemsex, usuarios de metanfetamina, colectivos LGTBIQ+, personas sin hogar, etc.).

T.03

Sistemas de información

Los sistemas de información son un pilar esencial para la planificación y organización de cualquier servicio. La información, permite el seguimiento y evaluación de los propios servicios, facilita la gestión de la actividad asistencial y es un instrumento valioso para la investigación.

Para tener un marco de referencia, se ha partido de un análisis de situación donde, a través de distintas fases para este diagnóstico preliminar (cuestionarios a profesionales de las redes de salud mental y adicciones, elaboración de grupos focales y celebración de unas jornadas participativas con la presencia de diferentes agentes clave y entidades vinculadas a dichas redes), se han identificado los problemas y las necesidades a cubrir, en materia de sistemas de información, de cara a diseñar cuantas acciones sean pertinentes para alcanzar los objetivos que se han definido.

Sobre este punto, los y las profesionales, a través del cuestionario, consideraron como un problema vital la existencia de sistemas de información diferentes entre ambas redes (respaldado por un 70% de respuestas).

En la red de salud mental, en particular, un 46,3% de quienes respondieron al cuestionario identificaron como un problema de máxima relevancia las cuestiones relativas al acceso, a la posibilidad de registrar en la Historia de Salud Mental toda la información relevante para el seguimiento clínico de las personas usuarias, así como la posibilidad de explotación de dicha información para la gestión de casos.

En la aportación del grupo focal que abordó específicamente esta temática se destacó, en primer lugar, la importancia de fomentar la conexión entre los sistemas de Salud Mental y Adicciones, así como con los Servicios Sociales Comunitarios.

En la misma línea, se manifestaron las personas que acudieron a las jornadas participativas.

59. Carencia de integración de los sistemas de información a nivel territorial y entre territorios.
60. Accesibilidad y disponibilidad a la información on line por parte de los y las profesionales (estadísticas, clínico-epidemiológicos, compartir historias clínicas en la atención, para investigación, explotación de datos, etc.).

61. Desde el movimiento asociativo de personas usuarias y familiares se señaló la necesidad de actualizar la clasificación diagnóstica (pasar de CIE10 a CIE11) así como registrar en los sistemas de información todo lo referido al abordaje con las familias.
62. Para los profesionales de la red de adicciones, también se identifica la necesidad de acceder al Sistema de Información del Servicio Andaluz de Salud (DIRAYA), para realizar.
63. Solicitudes de pruebas analíticas.
64. Solicitudes de controles toxicológicos.
65. Solicitudes de Pruebas diagnósticas.
66. Solicitudes de primeras consultas para Atención Primaria y Especialidades.
67. Prescripción de medicamentos a través del módulo de Receta XXI por parte del personal médico de la red de adicciones.

Por otra parte, a través de la elaboración de un análisis DAFO, se identificaron los mismos problemas y necesidades: falta de conexión entre los sistemas de información existentes, tanto internamente en cada subsistema, como entre Salud Mental y Adicciones y, escasa interoperabilidad e integración entre los sistemas de información de los distintos organismos implicados, aunque también se aportaron ciertas fortalezas y oportunidades a tener en cuenta.

68. Se dispone de un sistema implantado de recogida de información histórica, actualizada y explotable en adicciones (SIPASDA), que facilita y monitoriza la labor asistencial.
69. Se prevé, por parte de las administraciones, la implantación de sistemas de información interoperables.

Tras dicho análisis de situación se diseña una estrategia de intervención que permita.

70. Incorporar los sistemas de información de las redes de salud mental y adicciones dentro de la vigilancia epidemiológica a nivel nacional.
71. Disponer de herramientas informáticas, software (Historia de Salud Mental y SIPASDA) y hardware que permitan el registro, compartan la información y aseguren el análisis en una integración total de los sistemas de información de las redes de salud mental y adicciones.
72. Disponer de acceso cruzado de información entre servicios asistenciales del SAS, entidades concertadas, agencias u organismos ajenos al SSPA que participen en el proceso de tratamiento de las personas atendidas: atención primaria, servicios especializados, hospitales concertados, Instituto Medicina Legal, Educación, Inspección, Shares, Hospital Psiquiátrico Penitenciario, diputaciones, ayuntamientos...

73. Asegurar la alineación con el Servicio Andaluz de Salud (SAS) en cuanto a las innovaciones que se realizan en los Sistemas de Información (herramienta: gestor de informes, sistemas de alerta, red coordinada de especialidades).

Finalmente, en esta tarea de interoperabilidad, se ha de tener en cuenta.

74. La variabilidad entre personas introduciendo variables específicas del estado de salud, personales, familiares, sociales y ambientales, así como la de los familiares y personas tutoras, en su proceso evolutivo de atención.
75. El género como otro condicionante de salud, por lo que debemos disponer de una herramienta que permita observar y analizar los ámbitos y factores que condicionan las desigualdades.
76. Incluir herramientas útiles de coordinación entre los servicios sanitarios, así como con otras entidades, agentes, y servicios que participen en el proceso de tratamiento para ofrecer una asistencia integrada y de calidad.



Evaluación y seguimiento

Como se ha referido previamente, el desarrollo de este Plan Integral incluye la participación de otras administraciones de la Junta de Andalucía que serán corresponsables tanto de la ejecución de los programas y actuaciones programados, como del seguimiento y evaluación de estos con el fin de verificar el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos.

Es importante mencionar que se han tenido en cuenta los datos relevantes e imprescindibles para establecer un sistema de objetivos e indicadores coherentes con los objetivos y capaces de ser satisfechos con los sistemas de información disponibles.

Igualmente, la elaboración de los programas que integran este Plan se realizó de forma participada y en colaboración con grupos de profesionales expertos en cada área que definieron los indicadores más adecuados y factibles para dichos programas.

Órganos de seguimiento y evaluación.

El **Comité Directivo** de seguimiento y evaluación del PESMAA, es un órgano de asesoramiento y apoyo de la administración de la Junta de Andalucía en materia Salud Mental y Adicciones.

Está integrado por las personas titulares de centros directivos de las Consejerías participantes en el Plan, así como por profesionales de reconocido prestigio, organizaciones sindicales y empresariales más representativas de la Comunidad Autónoma de Andalucía, representantes de colegios profesionales con presencia en el sector Salud Mental y Adicciones y por entidades representantes de personas con problemas de salud mental y adicciones y su familia.

Las funciones de este órgano referidas al Plan implican:

- Conocer y aprobar los informes anuales de seguimiento y evaluación y el de evaluación final.
- La toma de decisión en base a los informes emitidos por el Comité Técnico, que sea necesaria para la mejora continua del Plan y el establecimiento de los recursos que se requieran para lograr los objetivos previstos.

En cuanto a la temporalidad para el seguimiento y evaluación del Plan, con carácter general el Comité Directivo se reunirá anualmente, salvo circunstancias extraordinarias que hagan necesaria su convocatoria.

El **Comité Técnico de seguimiento y evaluación** del Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones, está integrado por personal técnico de los órganos de la Junta de Andalucía que han incluido programas en el Plan y serán los responsables del seguimiento de la ejecución de los Programas, medidas y/o actuaciones que hayan propuesto dentro de su ámbito así como de su evaluación. Se podrán incorporar puntualmente otros agentes implicados, tanto públicos como privados, que tengan un papel relevante en la consecución de los objetivos del Plan: personas expertas por experiencia, familias, Entidades del Tercer Sector, organizaciones sindicales y profesionales en el ámbito de la Salud Mental y Adicciones.

Las funciones del Comité son.

- Evaluar periódicamente el grado de cumplimiento de los programas y medidas del Plan de los que cada órgano es responsable a través del seguimiento y control de los indicadores definidos para tal fin en la ficha del programa.
- Estar alerta para la detección de las necesidades o identificación de problemas que puedan aparecer durante el transcurso de la ejecución del Plan, específicamente en relación con la implementación de sus programas y medidas.
- Revisar y proponer al Comité Directivo los informes anuales de seguimiento y evaluación y el de evaluación final, proponiendo sugerencias y propuestas de mejora.

En cuanto a la temporalidad para el seguimiento y evaluación del Plan, con carácter general el Comité Técnico se reunirá semestralmente, salvo circunstancias extraordinarias que hagan necesaria su convocatoria.

La Oficina Técnica de Seguimiento y Evaluación está formada por las personas técnicas responsables, profesionales de la Dirección General de Cuidados, Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones y responsables de Planificación de la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias y la Escuela Andaluza de Salud Pública. Las personas integrantes de la Oficina Técnica tendrán que desarrollar las siguientes funciones:

- Coordinar y establecer el calendario para la recogida sistemática de la información.
- Analizar los datos y la información recogida, elaborando los informes correspondientes, incluyendo las propuestas de modificación y mejora que se hayan planteado, y que se harán llegar al Comité Técnico de Salud Mental y Adicciones.

- Coordinar las aportaciones y actuaciones técnicas de los diferentes órganos implicados en el Plan, así como de otros agentes o entidades que puedan estar involucrados en la implementación de las medidas y programas que se estén desarrollando.
- Recabar la información necesaria para incluirla en el sistema de seguimiento y evaluación de las políticas públicas de la Junta de Andalucía del Instituto Andaluz de Administraciones Públicas.

Herramientas de evaluación y seguimiento.

Con el fin de asegurar la correcta y completa recogida de información, su análisis pormenorizado, la elaboración de los informes correspondientes, su publicación y difusión, la Oficina Técnica establecerá los siguientes instrumentos y herramientas de evaluación:

Comunicación y coordinación.

La Oficina Técnica se reunirá, al menos, cada tres meses, no solo para ejecutar y desarrollar los programas que tenga asignados en el PESMAA, sino para analizar la recogida de datos e información que vaya recibiendo del resto de organismos con programas o solicitarlos en caso de demora. Las reuniones de los Comités Técnico y Directivo las preparará y convocará telemáticamente, de forma prioritaria, en los plazos que ya se han mencionado, es decir, cada seis y cada doce meses, respectivamente.

Sistema de indicadores.

Los indicadores son la principal fuente de datos para el seguimiento y evaluación del PESMAA. Además del establecimiento de los indicadores de resultado (que permiten valorar en qué medida se están logrando los objetivos estratégicos fijados) y de realización (que indican cómo y de qué forma se están ejecutando los programas) que se han ido señalando en cada uno de los Programas y acciones establecidos y que se pueden encontrar claramente definidos en este documento.

También se han señalado los indicadores de contexto (e impacto), que permiten delimitar las líneas base o el contexto del que se parte y hacia donde se debe llegar.

Para la elaboración del diagnóstico preliminar se establecieron como base los datos consignados en el Sistema de Información del Programa de Salud Mental y en el Sistema de información del Plan Andaluz sobre drogas y adicciones (SIPASDA) correspondientes al año 2023, puesto que cuando se inició la recogida de datos para la información de partida y el diagnóstico, eran los únicos disponibles con cierre anual completo.

Igualmente, se han considerado datos de la Encuesta Andaluza de Salud (EAS) y de la Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía (ESSA) de 2023. También de los informes ESTUDES del año 2023 y “La población andaluza ante las drogas” (2022) sobre adicciones así datos del INE y del IECA del relativos a la conducta suicida.

Estas, y otras fuentes de información se han tomado en consideración para la elaboración de los indicadores de impacto vinculados a los objetivos estratégicos al tratarse de fuentes que garantizan la disponibilidad de la información y la periodicidad de su publicación.

Sistema de información y participación.

El derecho a la información pública y a la participación de la ciudadanía en los asuntos públicos que les afectan se regularon en la Ley 1/2014, de 24 de junio, de Transparencia Pública de Andalucía. Con el fin de garantizar estos derechos, desde la Oficina Técnica del PESMAA se adquieren los compromisos siguientes:

- Habilitar un enlace específico, dentro de la página web de la Consejería de Sanidad, Transparencia y Emergencias para el Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones que incluirá, además del propio Plan, el Diagnóstico, los estudios y herramientas de recogida de datos complementarios, los informes de las entrevistas, grupos focales y cuestionarios, los informes de seguimiento semestrales y de evaluación anuales, etc.
- Fomentar el desarrollo de sistemas de recogida y análisis de datos de forma homogénea directa que permitan un seguimiento fiable de la implementación y eficacia del Plan.
- Habilitar el mismo enlace a través del Portal de transparencia de la Junta de Andalucía.
- Promover la difusión del PESMAA haciendo uso de los canales institucionales disponibles.
- Establecimiento de contactos con personas beneficiarias del Plan y movimiento asociativo para solicitar sus valoraciones sobre el desarrollo del Plan e incluirlas en los informes de seguimiento y evaluación.

OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADORES PROPUESTOS	FUENTES	VALORES DE REFERENCIA	SEGMENTACIÓN	META
Línea estratégica 1. Promoción y prevención en Salud Mental y Adicciones					
OE1. Aumentar el bienestar emocional de la población andaluza	1. Índice Bienestar Emocional de la población Infantil (KIDSCREEN). Población de 8 a 16 años 2. Índice de Bienestar Emocional (IBSE). Población > 16 años	1. Encuesta Andaluza de Salud, 2023 2. Encuesta Andaluza de Salud, 2023	KIDSCREEN (percepción menor) Global=58,51; Niñas=57,54; Niños=58,93 IBSE BERICAT: Global =75,94; Mujeres=73,98; Hombres=78,01	1. Sexo/Edad 2. Sexo/Edad	1. Aumentar el valor del índice KIDSCREEN 2. Aumentar el valor del índice de Bienestar Socioemocional (BERICAT)
OE2. Mejorar la detección y atención precoz de las personas con problemas de adicciones y/o salud mental	1. Tiempo (años de media) transcurridos desde el inicio de consumo hasta la admisión a tratamiento por adicciones con sustancia 2. Tiempo (años de media) transcurridos desde el inicio de la conducta problemática hasta la admisión a tratamiento por adicciones comportamentales 3. Número de mujeres y sus parejas con problemas de salud mental o adicciones en el periodo perinatal (desde el embarazo y un año después del parto) que reciben ayuda protocolizada 4. Número de centros de escucha abiertos	1. SIPASDA 2. SIPASDA 3. Historia clínica salud mental (en elaboración) 4. FAISEM	1. Adicción a sustancia: Heroína/rebujao: 21,2 años Cocaína: 14,7 años MDMA: 5,7 años Hipnóticos: 14,6 años Cannabis: 11,8 años Alcohol consumo abusivo: 16,4 2. Adicción comportamental: Adicciones Comportamentales: 19,9 años Juego patológico: 5,7 años 3. Sin información valores de referencia 4. Un centro de escucha (Almería)	1. Sexo/Edad/Año 2. Sexo/Edad/Año 3. Sexo/Edad/Año 4. No procede	1. Reducción del tiempo desde el inicio del consumo hasta la admisión a tratamiento en un 3% a la finalización del periodo de vigencia del Plan 2. Reducción del tiempo desde la conducta problemática hasta la admisión a tratamiento en un 3% a la finalización del periodo de vigencia del Plan 3. Aumentar anualmente el número de mujeres y sus parejas con problemas de salud mental o adicciones en el periodo perinatal (desde el embarazo y un año después del parto) atendidas en las redes de SM y/o adicciones. 4. Un centro de escucha en cada provincia

<p>OE3.Mejorar la salud física de las personas con problemas de salud mental y adicciones</p>	<p>1. Porcentaje de personas fumadoras con problemas de adicciones, sobre el total de personas en tratamiento 2. Porcentaje de indicadores de bioquímica fuera de rango de personas en tratamiento que acceden a recursos residenciales 3. Porcentaje de personas fumadoras que participan en programas de salud física de FAISEM sobre el total de personas que participan en programas de salud física de FAISEM 4. Número de personas que participan en programas de salud física de FAISEM con IMC fuera de rango 5. Número de personas que participan en programas de salud física de FAISEM con presión arterial fuera de rango</p>	<p>1. SIPASDA (Ficha de información básica de admisión a tratamiento) 2. SIPASDA (Pruebas complementarias) 3. FAISEM 4. FAISEM 5. FAISEM</p>	<p>1. 28,3% de personas fumadoras al inicio del tratamiento en 2024. 2. 55% de personas con indicadores metabólicos fuera de rango en bioquímica que solicitan recursos residenciales en 2024 3. Sin información valores de referencia 4. Sin información valores de referencia 5. Sin información valores de referencia</p>	<p>1. Sexo/Edad/Año 2. Sexo/Edad/Año 3. Sexo/Edad/Año 4. Sexo/Edad/Año 5. Sexo/Edad/Año</p>	<p>1. Reducción del consumo de tabaco en personas con problemas de adicciones en un 3% a la finalización del periodo de vigencia del Plan 2. Reducción del porcentaje de indicadores metabólicos fuera de rango en personas con problemas de adicciones en un 2% a la finalización del Plan 3. Reducción del tabaquismo en personas que participan en programas de salud física de FAISEM 4. Reducción del número de personas que participan en programas de salud física de FAISEM con IMC fuera de rango 5. Reducción del número de personas que participan en programas de salud física de FAISEM con presión arterial fuera de rango</p>
<p>OE4.Disminuir las conductas suicidas y su impacto social</p>	<p>1. Tasa de suicidios por 100.000 habitantes 2. Tasa de tentativas de suicidio por 100.000 habitantes 3. Tasa de personas con tentativa de suicidio por 100.000 habitantes</p>	<p>1. INE/IECA. 2. Urgencias hospitalarias (tentativas) 3. Urgencias hospitalarias (tentativas)</p>	<p>1. Tasa 2023: Global=9; Hombres: 15; Mujeres=4 2. Tasa de tentativas < 18: Global =29; Hombres =10; Mujeres=48 >= 18: Global=72; Hombres =51; Mujeres=91 3. Tasa personas con tentativa < 18: Global =25; Hombres =9; Mujeres=41 >= 18: Global=59; Hombres =42; Mujeres=76</p>	<p>1. Sexo/Rango de edad/Provincia/ Año 2. Sexo/Rango de edad/Provincia/ Año 3. Sexo/Rango de edad/Provincia/ Año</p>	<p>1. Reducción de la tasa de suicidio con respecto al año anterior 2. Reducción de la tasa de tentativas de suicidio 3. Reducción de la tasa de personas con tentativas de suicidio</p>

OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADORES PROPUESTOS	FUENTES	VALORES DE REFERENCIA	SEGMENTACIÓN	META
Línea estratégica 2. Intervención comunitaria en salud mental y adicciones					
OE5.Fomentar un modelo comunitario y mejorar la coordinación Salud Mental, Adicciones y Atención Primaria (proceso asistencial de ansiedad, depresión y somatizaciones)	<ol style="list-style-type: none"> Porcentaje de personas con patología dual, clasificación C según Ries, identificadas que reciben atención coordinada entre SM, Atención Primaria y Adicciones. Número de profesionales dedicados al programa de PC en AP Actualización del Proceso Asistencial Integrado ADS 	<ol style="list-style-type: none"> SISPASDA. Historia clínica Programa de Salud Mental Programa de Salud mental 	<ol style="list-style-type: none"> <i>Sin información valores de referencia</i> Total=40; AL=2;CA=7;CO=3;GR=6;HU=2;MA=12;SE=8 No procede 	<ol style="list-style-type: none"> Sexo/Edad/Año UGC/Provincia/ Año No procede 	<ol style="list-style-type: none"> Consecución de coordinación con SM y Atención Primaria en un 80% de las personas atendidas en la red de adicciones con patología dual Aumento de profesionales dedicados al programa de PC en AP con respecto al año anterior Implantación PAI ADS antes de finalización del año 2027

OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADORES PROPUESTOS	FUENTES	VALORES DE REFERENCIA	SEGMENTACIÓN	META
Línea estratégica 3. Salud mental y Adicciones en población infanto juvenil					
OE6. Ajustar los recursos y programas específicos a la demanda de atención de las personas menores de 18 años y jóvenes, con especial atención a las adicciones comportamentales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tasa de personas adolescentes y jóvenes (hasta 29 años) atendidas con FIPS por adicciones con sustancia por cada 100.000 habitantes. 2. Tasa de personas adolescentes y jóvenes (hasta 29 años) atendidas con FIPS por adicciones comportamentales por cada 100.000 habitantes 3. Número de subequipos y espacios especializados en de salud mental infanto adolescente (IA) integrados en las Unidades de Salud Mental Comunitarias. 4. Número de Hospitales de Día (HD) integrados en las Unidades de Salud Mental Infanto-adolescentes 5. Número de unidades de hospitalización breve (UHB) de SM específicas para la población infanto-juvenil (IA) 6. Apertura de un recurso residencial de estancia temporal abierto 	<ol style="list-style-type: none"> 1. FIPS (SIPASDA) 2. FIPS (SIPASDA) 3. Programa salud Mental 4. Programa salud Mental 5. Programa salud Mental 6. FAISEM 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin información valores de referencia 2. Sin información valores de referencia 3. Sin información valores de referencia (se van a definir los criterios mínimos (plasmados como indicadores de programas) 4. Sin información valores de referencia (se van a definir los criterios mínimos (plasmados como indicadores de programas) 5. Número de UHB específicas = 5 6. Recurso residencial temporal: no existe aún 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sexo/Año 2. Sexo/Año 3. No procede 4. No procede 5. No procede 6. No procede 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incrementar la tasa de atención a personas adolescentes y jóvenes (hasta 29 años) atendidas con FIPS por adicciones con sustancia por cada 100.000 habitantes 2. Incrementar la tasa de atención a personas adolescentes y jóvenes (hasta 29 años) atendidas con FIPS por adicciones comportamentales por cada 100.000 habitantes 3. Existencia de un subequipos y espacios especializados en de salud mental infanto adolescente (IA) integrados en cada Unidad de Salud Mental Comunitaria (79) 4. Existencia de un Hospital de Día (HD) integrado en cada una de las Unidades de Salud Mental IA 5. Existencia de una Unidad de hospitalización breve (UHB) de SM específicas para la población infanto-juvenil (IA) en cada provincia. 6. Seis recursos residenciales temporales abiertos en Andalucía para menores

OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADORES PROPUESTOS	FUENTES	VALORES DE REFERENCIA	SEGMENTACIÓN	META
Línea estratégica 4. Casos complejos en salud mental y Adicciones					
OE7.Mejorar la atención a las personas con trastorno grave de personalidad, personas con trastorno de la conducta alimentaria y personas con discapacidad intelectual	1. Número de UGC que cuentan con un programa específico para la atención a las personas diagnosticadas con TCA, que incluya intervenciones terapéuticas individuales, grupales, y familiares 2. Número de UGC que cuentan con un programa específico para la atención a las personas diagnosticadas con TLP, que incluyen intervenciones terapéuticas individuales, grupales, familiares 3. Actualización del PAI TCA 4. Número de UGC de salud mental que han definido el circuito de atención a las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental	1. Programa de Salud Mental 2. Programa de Salud Mental 3. Programa de Salud Mental 4. Programa de Salud Mental	1. Sin información valores de referencia 2. Sin información valores de referencia 3. Sin información valores de referencia 4. Sin información valores de referencia	1. No procede 2. No procede 3. No procede 4. No procede	1. El 100 % UGC contarán con un programa específico para la atención a las personas diagnosticadas con TCA, que incluya intervenciones terapéuticas individuales, grupales, y familiares 2. El 100 % UGC contarán con un programa específico para la atención a las personas diagnosticadas con TLP, que incluyen intervenciones terapéuticas individuales, grupales, familiares 3. Actualización del PAI TCA 4. El 100 % UGC contarán con un circuito definido de atención a las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental

<p>OE8. Conseguir que las personas con trastorno mental complejo y adicciones complicadas tengan una atención especializada y personalizada</p>	<p>1. Porcentaje de personas con trastorno mental complejo y adicciones complicadas atendidas de manera especializada y personalizada, a través de un ingreso en CT dual o de manera ambulatoria a través de interconsultas según "Protocolo de Actuación Conjunta". 2. Número de equipos de hospitalización domiciliaria (EDH) 3. Número de Equipos de Tratamiento Intensivo Comunitario (ETIC) en las UGC 4. Número de personas con trastorno mental grave, y domicilio propio, que precisan de un programa de atención domiciliaria especializada (provincia, edad y sexo) atendidas.</p>	<p>1. SIPASDA. Historia Clínica 2. Programa de Salud Mental 3. Programa de Salud Mental 4. FAISEM</p>	<p>1. Sin información valores de referencia. 2. EDH=0 3. ETIC = 32 4. Sin información valores de referencia</p>	<p>1. Sexo/Edad/Año 2. No procede 3. No procede 4. Sexo/Edad/Año/Provincia</p>	<p>1. Alcanzar el 100% del porcentaje de personas con trastorno mental complejo y adicciones complicadas (grupo C según RIES) atendidas de manera especializada y personalizada, a través de un ingreso en CT dual o de manera ambulatoria a través de interconsultas según "Protocolo de Actuación Conjunta", a la finalización del Plan. 2. Aumentar el número de equipos de hospitalización domiciliaria con respecto al año anterior (1/JGC) 3. Aumento del número de Equipos de Tratamiento Intensivo Comunitario 4. Aumento anual del número de personas con TMG y domicilio propio, que precisan de un programa de atención domiciliaria especializada, (provincia, edad y sexo) atendidas.</p>
--	---	--	--	---	---

OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADORES PROPUESTOS	FUENTES	VALORES DE REFERENCIA	SEGMENTACIÓN	META
Línea estratégica 5. Humanización, garantía de derechos y participación social					
OE9.Ofrecer una respuesta personalizada a las necesidades y expectativas de las personas con problemas de Salud Mental y Adicciones desde un enfoque de derechos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje de personas que participan activamente en su proceso de atención en Comunidades terapéuticas de las Red de Adicciones 2. Número de horas de contención mecánica 3. Porcentaje de ingresos involuntarios en unidades de hospitalización en SM sobre el total de ingresos en unidades de hospitalización de salud mental (UHSM) 4. Porcentaje de personas con planificación anticipada de decisiones sobre el número de personas atendidas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. SIPASDA. Encuestas de satisfacción en el momento del alta (nuevos ítems a incluir) 2. Base de datos de contenciones 3. Informe de ingresos involuntarios (PSM) 4. Historia clínica de salud mental 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin información valores de referencia 2. Horas de contención: Global= 22,85; Hombres=23,4; Mujeres=21,97 <18: Global=11,78; Hombres=12,46; Mujeres=9,09 >=18: Global= 23,44; Hombres=24,01; Mujeres=22,55 3. % ingresos involuntarios Andalucía 2024=48,77% 4. Sin información valores de referencia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sexo/Edad/Año 2. Sexo/Edad/Año/Provincia 3. Sexo/Año /Provincia 4. Sexo/Edad/Año/Provincia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alcanzar al menos el 80% de participación activa en los procesos de tratamiento en las comunidades terapéuticas de la Red Pública de Adicciones 2. Reducción del número de horas de contención mecánica con respecto al año anterior 3. Reducir porcentaje de ingresos involuntarios con respecto al año anterior 4. Aumento del porcentaje de personas con planificación anticipada de decisiones con respecto al año anterior
OE10.Mejorar la inclusión social de las personas con problemas de salud mental y/o adicciones en colaboración con el tejido asociativo, mediante la reducción del estigma y la discriminación y fomentando la participación social.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje de personas que acceden a VSR sobre el total de personas que solicitan VSR 2. Porcentaje de personas andaluzas con una percepción negativa de las personas con problemas de adicciones 3. Porcentaje de la Unidades de Gestión Clínicas de Salud Mental que disponen de Equipos de Apoyo Mutuo consolidados 4. Número de personas usuarias que participan en los Equipos de Apoyo Mutuo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. SIPASDA 2. Población Andaluza ante las Adicciones 3. Programa de salud mental 4. Programa de salud mental 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 61% 2. 86,9% 3. 52% (14 UGC de 27) 4. 30 personas usuarias 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edad/sexo/Año 2. Edad/sexo/Año 3. UGC/ Año 4. Edad/sexo/Año/Provincia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento del 8% de las personas que ingresan en VSR respecto a las que lo solicitan, al finalizar el plan 2. Disminución del 10% de personas andaluzas que tienen una percepción negativa de las personas con problemas de adicciones, al finalizar el Plan 3. Aumento del porcentaje de la Unidades de Gestión Clínicas de Salud Mental que disponen de Equipos de Apoyo Mutuo consolidados con respecto al año anterior (meta 100%). 4. Aumento del número de personas usuarias que participan en los Equipos de Apoyo Mutuo con respecto al año anterior

OE11.Mejorar el empleo de las personas con problemas de salud mental y/o adicciones	1. Número de contratos en empleo ordinario (personas con TMG) 2. Número de contratos en centros especiales de empleo (empresas sociales o centros especiales: 70% de personas con discapacidad) 3. Número de contratos en empleo público (reserva del 1% en empleo público para personas con TMG) (7% discapacidad)	1. SOAE (FAISEM) 2. SOAE (FAISEM) 3. SOAE (FAISEM)	1. Empleo ordinario. 459 2. Centros especiales de empleo. 516 3. Empleo público =125	1.Edad/sexo/Año/Provincia 2.Edad/sexo/Año/Provincia 3.Edad/sexo/Año/Provincia	1. Aumento del número de contratos en empleo ordinario (personas con TMG) con respecto al año anterior 2. Aumento del número de contratos en centros especiales de empleo (empresas sociales o centros especiales: 70% de personas con discapacidad) con respecto al año anterior 3. Aumento del número de contratos en empleo público con respecto al año anterior
--	---	--	--	---	---

OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADORES PROPUESTOS	FUENTES	VALORES DE REFERENCIA	SEGMENTACIÓN	META
Línea estratégica 6. Interseccionalidad: Atención a personas con problemas de SM y/o Adicciones en situación de especial vulnerabilidad					
OE12. Mejorar la atención especializada a las mujeres con problemas de adicciones y/o salud mental víctimas de violencia de género	1. Porcentaje de Centros de Tratamiento Ambulatorio de Adicciones acreditados comprometidos contra la VG sobre el total de centros de adicciones 2. Media de días de acceso a Comunidad Terapéutica con plaza especializada a mujeres víctimas de violencia de género en riesgo extremo 3. Media de días de acceso a Comunidad Terapéutica con plaza especializada a mujeres víctimas de violencia de género en riesgo no extremo 4. Porcentaje de dispositivos de SM acreditados comprometidos contra la VG sobre el total de dispositivos de SM 5. Porcentaje de mujeres víctimas de VG derivadas a los equipos provinciales de atención a mujeres víctimas de VG sobre el total de mujeres víctimas de VG identificadas	1. SIPASDA 2. SIPASDA 3. SIPASDA 4. Programa SM 5. Historia Salud Mental / Equipos provinciales de atención a mujeres víctimas de VG	1. Centros acreditados en 2025=13 (<i>primer año de acreditaciones</i>) 2. Media días acceso riesgo extremo: 19 días en 2024 3. Media días acceso Riesgo No extremo: 27 días en 2025 <i>*Se ha cogido de referencia para el basal 2025 porque en 2024 fue el pilotaje de este programa</i> 4. Sin información valores de referencia (<i>aún no hay centros acreditados en VG la red de SM</i>) 5. Sin información valores de referencia	1. Año 2. Año 3. Año 4. No procede 5. Edad /Provincia	1. Alcanzar el 40 % de los Centro de Tratamiento Ambulatorio acreditados como centros comprometidos contra la violencia de género sobre el total de centros de adicciones 2. Alcanzar 15 días de media de acceso a Comunidad Terapéutica con plaza especializada a mujeres en riesgo extremo al finalizar el Plan 3. Alcanzar 20 días de media de acceso a CT con plaza especializada a mujeres en riesgo no extremo de VG, al finalizar el Plan 4. Aumento desde el primer año de medición hasta la finalización del plan del porcentaje de dispositivos de SM acreditados contra la VG sobre el total de dispositivos de SM. 5. Aumento desde el primer año de medición hasta la finalización del plan del porcentaje de mujeres víctimas de VG derivadas a los equipos provinciales de atención a mujeres víctimas de VG sobre el total de mujeres víctimas de VG identificadas

<p>OE13. Mejorar la atención a personas en situación de vulnerabilidad con problemas de salud mental y adicciones con especial atención a personas mayores, en situación de sinhogarismo, en situación de dependencia y en Instituciones Penitenciarias</p>	<p>1. Porcentaje de personas con 65 o más años atendidas por problemas de salud mental y/o adicciones sobre el total de personas en tratamiento en la Red 2. Número de personas censadas con trastorno mental que mantienen un seguimiento, con respuesta satisfactoria a su plan individual (citas, adherencia al sistema, asignación de recursos...), tras la salida del hospital psiquiátrico penitenciario (HPP) / total de personas con trastorno mental que sale del HPP 3. Diseño e implantación de un protocolo andaluz para la incorporación de personas en situación de sinhogarismo, con trastorno mental grave, detectadas por cualquier entidad o agente local 4. Número de personas que cambian de recurso residencial para mayores de 65 años, de forma satisfactoria, tras llegar a la edad de 65 años</p>	<p>1. SIPASDA 2. Hospital psiquiátrico penitenciario / Programa de salud mental 3. Programa de salud mental 4. FAISEM</p>	<p>1. 3,4% de personas activas con 65 o más años por problemas de salud mental y/o adicciones de 65 años y más en 2024 2. Sin información valores de referencia 3. No existe 4. Sin información valores de referencia.</p>	<p>1. Sexo/Año 2. Sexo/Edad/Año/Provincia 3. No procede 4. Sexo/Edad/Año/Provincia</p>	<p>1. Aumento del 2% de personas en tratamiento con 65 o más años por problemas de salud mental y/o adicciones al finalizar el Plan 2. Aumento, anual, del número de personas censadas con trastorno mental que mantienen un seguimiento, con respuesta satisfactoria a su plan individual (citas, adherencia al sistema, asignación de recursos...), tras la salida del hospital psiquiátrico penitenciario (HPP) / total de personas con trastorno mental que sale del HPP 3. Diseño e implantación de un protocolo andaluz para la incorporación de personas en situación de sinhogarismo, con trastorno mental grave, detectadas por cualquier entidad o agente local. Año 2026 4. Aumento del número de personas con 63 años en seguimiento coordinado (UGC/FAISEM) en respuestas a recursos residenciales de > 65 años / total de personas 63 años en la red de FAISEM (100% en el 2026)</p>
--	---	--	---	---	--

Presupuesto del Plan.



En el marco del presente Plan, la planificación se articula mediante la definición de dos escenarios de ejecución, concebidos como instrumentos estratégicos que permiten ordenar y priorizar las actuaciones en función de la disponibilidad de recursos y de la evolución del contexto presupuestario y organizativo.

El **escenario 1** constituye el escenario base o conservador, plenamente alineado con las disponibilidades presupuestarias actuales. Se corresponde con el gasto consolidado existente, especialmente en materia de personal. Es el único escenario que incorpora cuantificación económica, al financiarse exclusivamente con los créditos ya disponibles, garantizando así la viabilidad y coherencia del Plan desde el punto de vista presupuestario.

El **escenario 2**, de carácter estratégico, no incluye cuantificación económica, al depender su ejecución de la existencia de recursos adicionales y de su compatibilidad con otras prioridades. Su desarrollo se plantea de forma progresiva, priorizando en una primera fase las actuaciones urgentes mediante optimización de recursos existentes; en una segunda, la expansión gradual con programas específicos; y, finalmente, el despliegue completo del Plan, condicionado en todo caso a la disponibilidad presupuestaria.

CÓDIGO PROGRAMA	FUENTE FINANCIACIÓN	2026	2027	2028	2029	TOTAL
P.01.01	Autofinanciada	0,00	18.000,00	18.000,00	0,00	36.000,00
P.01.03	Autofinanciada	30.000,00	100.000,00	150.000,00	250.000,00	530.000,00
P.02.CT02	Autofinanciada	3.500,00	3.500,00	0,00	0,00	7.000,00
P.02.CT03	Autofinanciada	66.662,78	66.662,78	66.662,78	66.662,78	266.651,12
P.03.CT01	Autofinanciada	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	100.000,00
P.05.01	Autofinanciada	5.419.970,24	5.419.970,24	5.419.970,24	5.419.970,24	21.679.880,96
P.06.01	Autofinanciada	2.834.157,11	2.834.157,11	2.834.157,11	2.834.157,11	11.336.628,44
P.06.02	Autofinanciada	12.390.557,29	12.390.557,29	12.390.557,29	12.390.557,29	49.562.229,16
P.06.03	Autofinanciada	5.605.760,78	5.605.760,78	5.605.760,78	5.605.760,78	22.423.043,12
P.06.04	Autofinanciada	8.000,00	15.000,00	25.000,00	30.000,00	78.000,00
P.06.CT02	Autofinanciada	295.021,34	295.021,34	295.021,34	295.021,34	1.180.085,36
P.06.CT03	Autofinanciada	6.435,00	100.000,00	0,00	0,00	106.435,00
P.07.01	Autofinanciada	2.021.106,93	2.021.106,93	2.021.106,93	2.021.106,93	8.084.427,72
P.07.02	Autofinanciada	7.388.422,00	7.388.422,00	7.388.422,00	7.388.422,00	29.553.688,00
P.07.CT01	Autofinanciada	50.000,00	50.000,00	0,00	0,00	100.000,00
P.08.01	Autofinanciada	604.015,11	586.015,11	586.015,11	586.015,11	2.362.060,44
P.08.02	Autofinanciada	5.751.548,19	5.751.548,19	5.751.548,19	5.751.548,19	23.006.192,76
P.08.03	Autofinanciada	1.230.434,24	1.230.434,24	1.230.434,24	1.230.434,24	4.921.736,96
P.09.01	Autofinanciada	0,00	18.000,00	0,00	0,00	18.000,00
P.10.01	Autofinanciada	0,00	18.000,00	0,00	0,00	18.000,00
P.10.02	Autofinanciada	0,00	0,00	18.000,00	0,00	18.000,00
P.10.03	Autofinanciada	0,00	0,00	150.000,00	150.000,00	300.000,00
P.10.CT01	Autofinanciada	0,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	300.000,00
P.11.CT01	Autofinanciada	72.950,00	72.950,00	72.950,00	72.950,00	291.800,00
P.13.CT02	Autofinanciada	18.000,00	18.000,00	0,00	0,00	36.000,00
P.13.CT03	Autofinanciada	0,00	45.000,00	15.000,00	0,00	60.000,00
Autofinanciada		43.821.541,01	44.173.106,01	44.163.606,01	44.217.606,01	176.375.859,04
P.01.02	Servicio 18	745.635,00	904.598,00	904.598,00	904.598,00	3.459.429,00
P.01.03	Servicio 18	20.000,00	50.000,00	100.000,00	150.000,00	320.000,00
P.06.04	Servicio 18	7.000,00	15.000,00	20.000,00	30.000,00	72.000,00
P.07.CT01	Servicio 18	200.000,00	200.000,00	0,00	0,00	400.000,00
P.08.CT02	Servicio 18	0,00	351.959,40	703.918,80	703.918,80	1.759.797,00
P.10.CT01	Servicio 18	100.000,00	0,00	0,00	0,00	100.000,00
P.11.CT02	Servicio 18	3.045.955,00	3.045.955,00	3.045.955,00	3.045.955,00	12.183.820,00
Servicio 18		4.118.590,00	4.567.512,40	4.774.471,80	4.834.471,80	18.295.046,00
TOTAL		47.940.131,01	48.740.618,41	48.938.077,81	49.052.077,81	194.670.905,04

Por otro lado, procede señalar que el contenido económico-financiero del presente plan, atendiendo a su naturaleza eminentemente estratégica, tiene un carácter necesariamente estimativo. Esta consideración resulta especialmente relevante en el contexto actual, caracterizado por una persistente incertidumbre fiscal y macroeconómica, que limita la capacidad de proyectar con un grado razonable de fiabilidad los recursos presupuestarios disponibles en el medio y largo plazo.

Esta incertidumbre viene determinada por una combinación de factores, entre los que destacan: la persistencia de tensiones geopolíticas y comerciales en el ámbito internacional y su impacto sobre los precios energéticos y las cadenas de suministro; la orientación de la política monetaria de los principales bancos centrales, en un escenario de tipos de interés todavía elevados, y su incidencia tanto en los mercados financieros como en el coste de la deuda pública; el proceso de reactivación y aplicación del nuevo marco europeo de reglas fiscales; el grado de ejecución, absorción e impacto efectivo de los fondos del Mecanismo de Recuperación y Resiliencia (Next Generation EU); y, finalmente, la falta de actualización y necesidad de reforma del Sistema de Financiación de las Comunidades Autónomas, así como de otras variables fiscales con incidencia directa en los ingresos y en la sostenibilidad presupuestaria.

En cualquier caso, serán las sucesivas leyes de presupuestos las que determinarán los recursos efectivamente disponibles en cada momento durante la vigencia del plan.

Cronograma.



Programas PESMAA	2026	2027	2028	2029
P. 07.03. Programa para la atención a las personas con discapacidad intelectual.	[Barra verde]			
P. 08.01. Desarrollo de una red de atención a la patología dual y apertura de una unidad de patología dual desde un modelo integrado.	[Barra verde]			
P. 08.02. Programa de Tratamiento Intensivo Comunitario (ETIC)	[Barra verde]			
P. 08.03. Programa de hospitalización domiciliaria para personas con problemas de salud mental.	[Barra verde]			
P. 08.CT01. Trabajo colaborativo para una atención personalizada y efectiva.	[Barra verde]			
P. 08.CT02. Atención social especializada en el domicilio a personas con trastorno mental grave.	[Barra verde]			
P. 09.01. Participación activa y enfoque de derechos en las comunidades terapéuticas públicas.	[Barra verde]			
P. 10.03. Desarrollo de red de apoyo a la inclusión social y creación de recursos específicos de media estancia para la inclusión social de mujeres.	[Barra verde]			
P. 10.04. Marco referencial de inclusión social y laboral de personas con problemas de adicciones.	[Barra verde]			
P. 10.05. Agentes de apoyo mutuo en salud mental y adicciones.	[Barra verde]			
P. 10.CT01. Ayudas al alquiler a entidades del Tercer Sector que faciliten una solución habitacional a personas con problemas de salud mental y adicciones.	[Barra verde]			
P. 11.CT01. Asesoramiento en materia de empleo público por los Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo.	[Barra verde]			
P. 11.CT02. Atención en materia de orientación laboral y mejora de la empleabilidad a través de la participación en la Red Orienta del Servicio Andaluz de Empleo.	[Barra verde]			

P. 09.02. Modelo de centro de día basado en actividades motivacionales para personas con problemas de adicciones y/o salud mental



P. 09.03. Programa para el uso de alternativas a las medidas coercitivas en dispositivos de salud mental y adicciones (unidades de hospitalización de la red de SM, casas hogar y viviendas tuteladas de FAISEM).



P. 09.04. Planificación anticipada de decisiones en salud mental.



P. 09.05. Oficina de atención a las personas con problemas de salud mental y sus familias .



P. 10.01. Concienciación y sensibilización en colaboración con el tejido asociativo para la reducción del estigma en personas con problemas de salud mental y/o adicciones mediante Comunidades de Aprendizaje.



P. 10.02. Adaptación del Programa de viviendas de supervisión y reinserción para el desarrollo de un plan individual de atención consensuado.



Programas PESMAA	2026	2027	2028	2029
P. 12.01. Atención a mujeres víctimas de violencia de género en salud mental y adicciones.	[Barra verde completa]			
P. 12.CT.01. Atención a mujeres con problemas de adicciones víctimas de violencia sexual.	[Barra verde completa]			
P. 13.01. Atención a personas con problemas de de salud mental internadas en instituciones penitenciarias.	[Barra verde completa]			
P. 13.02. Atención para personas mayores con problemas de adicciones y/o salud mental que viven en centros residenciales de FAISEM	[Barra verde completa]			
P. 13.03. Programa específico de atención integral a personas con problemas graves de salud mental, con o sin problemas de adicciones, en situación o riesgo de sinhogarismo.	[Barra verde completa]			
P. 13.CT01. Atención integral a las personas en situación de dependencia con adicciones en Andalucía.	[Barra verde completa]			
P. 13.CT02. Detección y atención de personas en situación de vulnerabilidad con problemas de salud emntal y/o adicciones.	[Barra verde completa]			
P. 13. CT.03. Detección precoz de problemas de adicciones en personas mayores en centros de participación activa y centros residenciales.	[Barra verde completa]			

Participant.



Comité director

ANTONIO SANZ CABELLO.

Consejero.
Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

NICOLAS NAVARRO DÍAZ.

Viceconsejero de Sanidad y Consumo.
Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

SILVIA MARAVER AYALA.

Secretaría General de Humanización, Calidad y Planificación Asistencial.
Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

ÁUREA MORILLO GARCÍA.

Secretaría General de Investigación, Innovación y Salud Digital
Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

TRINIDAD RUS MOLINA.

Dirección General de Cuidados, Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.
Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

MANUEL FERNÁNDEZ ZURBARÁN.

DG de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

CELIA FERNÁNDEZ DELGADO.

DG de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.
Servicio Andaluz de Salud.
Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

ISMAEL VARGAS PINA.

Director General de Tecnologías de la Información y Comunicaciones.
Servicio Andaluz de Salud.
Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

FERNANDO CASTRO ROLDÁN.

Director Gerente de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM).
Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

JOSE REPISO TORRES.

Viceconsejero de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad.
Director Gerente de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.
Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad.

ROCÍO BARRAGÁN BARRAGÁN.

Directora General de Personas Mayores, Participación Activa y Soledad no Deseada.
Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad.

FRANCISCO JOSÉ MORA COBO.

Director General de Infancia, Adolescencia y Juventud.
Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad.

PEDRO CALBÓ ROCA.

Director General de Personas con Discapacidad.
Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad.

ANTONIO ISMAEL HUERTAS MATEO.

Director General de Protección Social y Barriadas de Actuación Preferente.
Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad.

FRANCISCO JESÚS TORONJO BENÍTEZ.

Director General de Políticas Migratorias.
Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad.

PEDRO ANTONIO RAMÍREZ SÁNCHEZ.
Director General del Instituto Andaluz de la Juventud.
Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad.

OLGA CARRIÓN MANCEBO.
Directora del Instituto Andaluz de la Mujer.
Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad.

AURORA LAZO BARRAL.
Directora General de Incentivos para el Empleo y Competitividad empresarial.
Consejería de Empleo, Empresa y Trabajo Autónomo.

LUIS RODA OLIVEIRA.
Director General de Trabajo, Seguridad y Salud Laboral.
Consejería de Empleo, Empresa y Trabajo Autónomo.

MARÍA EVA MELERO TORRES.
Directora General de Formación Profesional para el Empleo.
Consejería de Empleo, Empresa y Trabajo Autónomo.

CARMEN MARÍA DURÁN BARRANTES.
Directora General de Trabajo Autónomo y Economía Social.
Consejería de Empleo, Empresa y Trabajo Autónomo.

MARÍA VICTORIA MARTÍN-LOMEÑA GUERRERO.
Directora Gerente del Servicio Andaluz de Empleo.
Consejería de Empleo, Empresa y Trabajo Autónomo.

ALMUDENA GARCÍA ROSADO.
Directora General de Participación e Inclusión Educativa.
Consejera de Desarrollo Educativo y Formación Profesional.

MARIOLA RUS RUFINO.
Directora General de Sistemas y Valores del Deporte.
Consejería de Cultura y Deporte.

DAVID GIL SÁNCHEZ.
Secretario General de Interior.
Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

RAÚL JIMÉNEZ JIMÉMEZ.
Gerente de la Agencia Digital de Andalucía.
Consejería de Industria Energía y Minas.

MARÍA NIEVES VALENZUELA ROMERO.
Directora General de Fomento de la Innovación.
Consejería de Universidad, Investigación e Innovación.

MARIA ESTELA VILLALBA VALDAYO.
Directora General de Innovación y Formación del Profesorado.
Consejera de Desarrollo Educativo y Formación Profesional.

JUAN CRISTÓBAL JURADO VELA.
Director General de Vivienda y Regeneración Urbana.
Consejería de Fomento, Articulación del Territorio y Vivienda.

ROSALÍA DE LOS ANGELES ESPINOSA LÓPEZ.
Secretaria General de Servicios Judiciales.
Consejería de Justicia, Administración Local y Función Pública.

ESTEBAN RONDÓN MATA.
Director General de Justicia Juvenil y Cooperación.
Consejería de Justicia, Administración Local y Función Pública.

MANUEL VÁZQUEZ MARTÍN.
Secretario General de Hacienda.
Consejería de Economía, Hacienda, Fondos Europeos y Dialogo Social.

BLANCO VENZALÁ, MATILDE
Coordinadora del Plan Estratégico del Plan de
Salud Mental y Adicciones
Psiquiatra. Directora UGCSM.
A.G.S. Sur de Sevilla.

CRESPO FACORRO, BENEDICTO.
Coordinador del Plan Estratégico del Plan de
Salud Mental y Adicciones
Psiquiatra.
Director UGC SM HUV del Rocío.

VÁZQUEZ GARCÍA, FRANCISCO.
Director del Plan Andaluz de Drogas y otras
Adicciones. Consejería de Sanidad,
Presidencia y Emergencias.

Comité técnico

ANDRÉS LÓPEZ PARDO.
Fundación Pública Andaluza para la
Integración Social de personas con
Enfermedad Mental. CSPE.

ÁNGELA M. RAIGADA SOTO.
Jefa de Departamento de Vigilancia de la
Salud. DG de Trabajo, Seguridad y Salud
Laboral. CEETA.

ANTONIO JOSÉ MORENO CAMPOS.
Coordinador. Unidad de Hospitalización de
Salud Mental Infanta Margarita. Cabra. CSPE.

ANTONIO REYES SERRANO HIGUERUELO.
Jefe de Servicio de Ordenación y Formación
en Empresas. DG de Formación Profesional.
CDEFP.

MARÍA JOSÉ GUTIÉRREZ RIVAS.
Servicio de Valoración y Orientación. DG de
personas con Discapacidad. CISJFI.

ENCARNACIÓN GAVIRA CAMERO.
Directora de Área de Dependencia y
Promoción de la Autonomía. ASSDA.

FEDERICO ALONSO TRUJILLO.
Jefe de Servicio de Atención Sociosanitaria.
CSPE.

FRANCISCO JOSÉ FONTA VELASCO
Asesor Técnico. Programa Salud Mental.
CSPE.

GEMA LUQUE GRANADOS.
Jefa de Servicio. Secretaría Comunidad
Gitana. DG de Protección Social y Barriadas
de Actuación Preferente. CISJFI.

IGNACIO SÁNCHEZ BARRANCO VALLEJO.
Asesor Técnico. DG de Salud Pública y
Ordenación Farmacéutica. CSPE.

INMACULADA GARCÍA CHACÓN.
Asesora Técnica. DG de Formación
Profesional para el Empleo. CEETA.

IRENE BO RODRÍGUEZ.
Jefa de Gabinete Técnico Discapacidad. DG
de personas con Discapacidad. CISJFI.

ISABEL SEGURA VELASCO.
Jefa de Servicio de Estudios y Planificación.
DG de Coordinación de Políticas Migratorias.
CISJFI.

SANTIAGO HOYA COTO.
Jefe de Servicio de Estudios y Planificación.
DG de Coordinación de Políticas Migratorias.
CISJFI.

JAVIER FERNÁNDEZ PRESA.
Jefe de Servicio de Sistemas de Información
Sectoriales. ADA. CIEM.

JOSÉ DANIEL SOTO ALBA.
Jefe de Servicio de Informática. ADA. CIEM.

JUAN ANTONIO PONCE GARRIDO.
Subdirector General de Infancia. DG de
Infancia, Adolescencia y Juventud. CISJFI.

MARÍA JESÚS CAMPOS AGUILERA.
Jefa de Servicio de Prevención. DG de Salud
Pública y Ordenación Farmacéutica. CSPE.

TERESA CAMPOS GARCÍA.
Subdirectora de Ordenación Farmacéutica,
Estrategias, Prevención y Promoción. DG de
Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
CSPE.

MARCOS PÉREZ FORMIGÓ.
Consejero Técnico. DG de Fomento de la
Innovación. CUII.

ANTONIO VALVERDE RAMOS.
DG de Planificación de la Investigación. CUII.

BEGOÑA GALBIS PERALVO.
Asesora Técnica. Servicio de Convivencia e
Igualdad. DG de Ordenación, Inclusión,
Participación y Evaluación Educativa. CDEFP.

MARÍA JOSÉ FERRER HIGUERAS.
Subdirectora de Gestión Sanitaria
Hospitalaria. SAS.
DANIEL Fito García.
Subdirector de Estrategias Planes y Procesos.
CSC.

M^a DEL ROCÍO VÉLEZ MORALES.
Jefa de Servicio de Estrategia y Planificación
de la Salud. CSC.

REBECA MARTIN ALÉS.
Consejera Técnica. Instituto Andaluz de la
Juventud. CISJFI.

CONCEPCIÓN BEJINES AMUEDO.
Jefa de Servicio de Atención Integral a
Víctimas. IAM.

ROSARIO BALLESTA GÓMEZ.
Técnica de la Agencia de Servicios Sociales y
Dependencia. ASSDA.

ARA MILLÁN JIMÉNEZ.
Técnica de la Agencia de Servicios Sociales y
Dependencia. ASSDA.

SONIA RAQUEL ORTEGA ÁLVAREZ.
Jefa de Servicio de Proyectos e Iniciativas
Emprendedoras. DG de Trabajo Autónomo y
Economía Social. CEETA.

SONIA ANDALUZ SÁNCHEZ.
Jefa de Servicio de Convivencia e Igualdad.
DG de Ordenación, Inclusión, Participación y
Evaluación Educativa. Dirección General de
Participación e Inclusión Educativa. CDEFP.

MARÍA DOLORES ROBLEDA CABALLERO.

Asesora Técnica. Dirección General de
Ordenación, Inclusión, Participación y
Evaluación Educativa. CDEFP.

ARACELI BURGOS RUÍZ DE CASTROVIEJO.
Técnica. Dirección General de Formación
Profesional. CDEFP.

MAYTE PERIAÑEZ VEGA.
Coordinación de la Dirección Gerencia.
Dirección General de Intermediación y
Orientación Laboral. Servicio Andaluz de
Empleo.

NURIA BOLAÑOS MÁRQUEZ.
Técnica Coordinación Dirección Gerencia del
SAE. CEETA.

ANA BELÉN MARTÍNEZ AMORÓS.
Jefa de Departamento de Innovación
Educativa. CDEFP.

MARÍA DOLORES RODRÍGUEZ SOTO.
Técnica de la Dirección General de
Tecnologías Avanzadas y Transformación
Educativa. CDEFP.

YOLANDA RUÍZ CAMACHO.
Jefa de Servicio de Promoción y desarrollo
Local. DG de Incentivos para el Empleo y
Competitividad Empresarial. CEETA.

M^a DEL CARMEN REY AGUDO.
Jefa de Departamento de Programas y
Evaluación. D.G. de Personas Mayores,
Participación Activa y Soledad no deseada
CISJFI.

ELENA CUBERO GONZÁLEZ.
Jefa de Servicio de Menores Infractores. D.G.
de Justicia Juvenil y Cooperación. CJALFP.

JAVIER MEDINA HERNÁNDEZ.
Jefe de Servicio de Autorizaciones. Dirección
General de Tributos, Financiación, Relaciones
Financieras con las Corporaciones Locales y
Juegos. CEHFEDS.

JUAN MANUEL PÉREZ ALARCÓN.
Coordinador de la Secretaría General de
Interior. CSPE.

ALBERTO MORILLAS FERNÁNDEZ.
Jefe de Servicio de Cooperación.
Dirección General de Vivienda y
Regeneración Urbana. CFATV.

JOSÉ ANTONIO PONCE BLANDÓN.
Coordinador del Centro Andaluz de Medicina
del Deporte. D.G de Sistemas y Valores del
Deporte. CTCD.

FRANCISCO MÁRQUEZ QUINTANA.
Jefe Servicio del Medicina Legal. S.G de
Servicios Judiciales. CJALFP.

FERNANDO GARCÍA RUIZ.
Jefe del Gabinete de Innovación y Programas
de Prevención de la Consejería de Empleo,
Empresa y Trabajo Autónomo. D.G de
Trabajo, Seguridad y Salud laboral.

OLALLA GARCÍA PINEDA
Asesora técnica de salud mental.
Subdirección de Programas y Desarrollo.
Servicio Andaluz de Salud.

Participantes

ALBA RODRIGUEZ, RAQUEL.
Enfermera especialista salud mental.
UGC Sur de Granada.

ALI DELGADO, AMAL.
Enfermera especialista salud mental.
Programa de Salud Mental. Consejería de
Sanidad, Presidencia y Emergencias.

ANCA CONTRERAS, ISIDORO.
Licenciado Ciencias de la Información.
Programa de Salud Mental. Consejería de
Sanidad, Presidencia y Emergencias.

ANGUITA PARRADO, ANA.
Psicóloga.
Unidad de Adicciones del Instituto Provincial
de Bienestar Social.

ARRABAL FERNANDEZ, IRENE.
Psicóloga.
Coordinadora del Centro Municipal de
Encuentro y Acogida en Granada. Fundación

Atenea.

BALLESTA GÓMEZ, ROSARIO.
Técnica de la ASSDA.
Jefatura de Seguimiento de Programas y
Gestión del Conocimiento en Adicciones.

BLANCO VENZALÁ, MATILDE.
Coordinadora del Plan Estratégico del Plan
de Salud Mental y Adicciones.
Psiquiatra. Directora UGCSM.
A.G.S. Sur de Sevilla.

BARRERA ESCUDERO, MARISOL.
Enfermera especialista salud mental.
Coordinadora de cuidados UGC SM HUV
Macarena.

BEGOÑA DE PABLO GARCÍA.
Médica.
Directora CPD Sevilla.

BENÍTEZ ZAMORANO, MANUEL.
Enfermería. Director de centro. Centro
Cartaya. Comunidad Terapéutica.
Consejería de Inclusión Social, Juventud,
Familias e Igualdad

BENITO DUARTE, ANA M^a.
Psiquiatra.
Coordinadora CTSM Reina Sofía.

BILBAO ACEDOS, IZASKUN.
Socióloga.
Responsable Jefatura Atención Social y
Sanitaria (ASSDA).

BLANCO VENZALÁ, MATILDE.
Coordinadora del Plan Estratégico del Plan
de Salud Mental y Adicciones
Psiquiatra. Directora UGCSM.
A.G.S. Sur de Sevilla.

BONO DEL TRIGO, LALA.
Profesora.
Escuela Andaluza de Salud Pública.

BORDALLO ARAGÓN, ANTONIO.
Psiquiatra.
Director UGC SM H.U. Regional de Málaga (H.
Civil).

BOSCH VERA, ZAYDA.
Terapeuta Ocupacional.
Programa de Salud Mental. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

CABALLERO RIVAS, CARMEN.
Psicóloga.
Centro Provincial de drogodependencias de Granada.

CÁCERES ARMENDÁRIZ, MARTA.
Subdirectora de Adicciones e inclusión.
DG Cuidados, Atención sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.
Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

CALDERÓN JIMÉNEZ, ANA MARÍA.
Enfermera especialista salud mental.
Coordinadora UGC SM Complejo hospitalario Granada. H. San Cecilio.

CARMONA JURADO, RAQUEL.
Psiquiatra.
Directora UGC SM Norte de Córdoba.

CAZALLO MUÑOZ, MANUEL.
Educador Social.
Unidad de Adicciones del Instituto Provincial de Bienestar Social.

CLAVIJO SEGADO, ANA BELÉN.
Enfermera especialista salud mental.
Coordinadora UGC SM Complejo Hospitalario de Jaén.

CONDE GARCÍA, MABEL.
Trabajadora Social.
Centro Provincial de Drogodependencias Málaga.

CORONEL VALLADOLID, FRANCISCA.
Psicóloga.
Directora Comunidad Terapéutica de Adicciones de Almonte. ASSDA.

CRESPO FACORRO, BENEDICTO.
Psiquiatra.
Coordinador del Plan Estratégico del Plan de Salud Mental y Adicciones

Director UGC SM HUV del Rocío.

DE MIGUEL, MAGDALENA.
Psicóloga.
Directora de la Unidad de Adicciones del Instituto Provincial de Bienestar Social.

DIAZ DOMINGUEZ, DANIEL.
Educador.
Director de Comunidad Terapéutica de Adicciones de La Línea (ASSDA).

DÍAZ SIBAJA, MIGUEL ANGEL.
Psicólogo clínico.
Director UGC SM Campo de Gibraltar.

FERNÁNDEZ BURGOS, FRANCISCA.
TRABAJADORA SOCIAL SALUD MENTAL.
A.G.S. Este de Málaga-Axarquía (U.S.M. Comunitaria Vélez Málaga).

FONTA VELASCO, FRANCISCO JOSÉ.
Enfermero. Asesor Técnico.
Programa de Salud Mental. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

FONTALBA NAVAS, ANDRÉS.
Psiquiatra.
Director UGC SM Norte de Málaga.

GARCÍA JURADO, MARIA ANGELES.
Psicóloga.
Centro Provincial de Drogodependencias de Málaga.

GARCÍA MORENO, M^a DOLORES.
Trabajadora Social.
USMC Almería.

GARCÍA SÁNCHEZ, JUAN ANTONIO.
Enfermero especialista salud mental.
Coordinador de cuidados UGC SM H.U. Regional de Málaga.

GIRÁLDEZ JIMÉNEZ, FRANCISCO.
TÉCNICO TITULADO SUPERIOR (ADMT. GENERAL).
Programa de Salud Mental. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

GIMENEZ CIRUELA ANA. Psiquiatra. USMIJ.

Hospital Universitario Virgen del Rocío.

GÓMEZ CASTRO, ÉLIA.

Jefa de Planificación, Análisis y Sistemas de Información.

Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad.

GÓMEZ GONZÁLEZ, JAIME.

Psiquiatra.

Director UGC SM HUV Macarena.

GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, JUAN RAMÓN.

Enfermero especialista salud mental.

Coordinador UGC SM Nordeste Granada (H. de Baza).

GONZÁLEZ MESA, FRANCISCO.

Enfermero especialista salud mental.

Coordinador de Cuidados UGC SM Este de Málaga (Axarquía).

GUERRA ARÉVALO, JOSEFA.

Enfermera especialista salud mental.

Coordinadora de cuidados UGC SM Norte de Cádiz.

GUERRERO DÍAZ, MIGUEL.

Psicólogo clínico.

Coordinador de la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Marbella.

GUERRERO MERCHAN, MANUEL.

Psicólogo.

CTA Jerez de la Frontera. Drogodependencias.

GUERRERO SÁNCHEZ, ROSARIO.

Enfermera salud mental.

Coordinadora UGC SM Sur de Sevilla (H.U. Virgen de Valme).

GUTIÉRREZ MORENO, SUSANA.

Psiquiatra.

Directora Área Sanitaria Integrada Poniente.

GUTIÉRREZ ORTEGA, PEPA.

Médica.

Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.

HERNÁNDEZ CORDERO, ANA.

Psicóloga.

Servicio Provincial de Drogodependencias de Huelva.

HERNÁNDEZ GONZÁLEZ, LOURDES.

Psiquiatra.

Directora UGC SM H. Juan Ramón Jiménez. UGC Salud Mental Huelva.

HERRERO MARTÍN, JUAN JESÚS.

Psiquiatra.

Ex Director UGC SM Nordeste de Granada (Baza).

HUIZING, EVELIN.

Enfermera especialista en SM. Asesora técnica del Programa de Salud Mental.

Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

IRIARTE RIBERO, MARÍA.

Psiquiatra.

Coordinadora CTSM Valme.

BILBAO ACEDOS, IZASKUN.

Socióloga.

Jefa de Servicio de Atención Sociosanitaria. ASSDA.

IZQUIERDO REINA, FERNANDO SANTIAGO.

Medicina.

Unidad de Adicciones del Instituto Provincial de Bienestar Social.

JIMÉNEZ GÓMEZ, MARÍA DEL CARMEN.

Auxiliar Administrativa.

Programa de Salud Mental. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

LARA RUIZ GRANADOS, IGNACIO.

Psiquiatra.

Coordinador UHSM HU V Macarena.

LÁZARO RUIZ, MARÍA DOLORES.

Enfermera salud mental.

Coordinadora de Cuidados UGC SM H.U. Torrecárdenas.

LINARES COBACHO, ANTONIO.

Enfermero especialista salud mental.

Coordinador de cuidados UGC SM Puerto

Real.

LIRIA CORRAL, REMEDIOS.
Trabajadora Social.
Centro Provincial de Drogodependencias de Almería.

LÓPEZ ARQUILLOS, CONCEPCIÓN.
Psiquiatra.
Directora UGC SM HUV de la Victoria.

LÓPEZ CASTILLO, JUAN JESÚS.
Psiquiatra.
Director UGC SM H.U. Virgen de las Nieves.

LÓPEZ MEDINA, ÁNGELA.
Enfermera salud mental.
Coordinadora de cuidados UGC Poniente. Norte de Almería.

LÓPEZ PARDO, ANDRÉS.
Psiquiatra.
Director UGC SM Osuna.

MACHADO DÍAZ, MARÍA JOSÉ.
Trabajadora Social.
Directora Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz.

MAESTRO BARÓN, JUAN CARLOS.
Psicólogo clínico.
Programa de Salud Mental. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

MARTÍN BARATO, AMELIA.
Profesora.
Escuela Andaluza de Salud Pública.

MARTÍN LÓPEZ-ANDRADE, LAURA.
Psiquiatra.
ETIC UGC Virgen de la Victoria.

MARTÍN OLALLA, MACARENA.
Psiquiatra.
USMC Huércal Overa. Almería Norte.

MARTÍNEZ GÓNZALEZ, JOSE MIGUEL.
Psicólogo.
Centro Provincial de Drogodependencias de Granada.

MARTÍNEZ GONZÁLEZ, MARÍA ISABEL.
Trabajadora Social. Asesora Técnica.
Programa de Salud Mental. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

MARTÍNEZ HINOJOSA, CARLOS.
Psiquiatra.
Coordinador UTCA Granada.

MENA JIMÉNEZ, ÁNGEL LUIS.
Profesor.
Escuela Andaluza de Salud Pública.

MILLÁN CARRASCO, ALMUDENA.
Profesora.
Escuela Andaluza de Salud Pública.

MIRAS TRIPIANA, SUSANA.
Psiquiatra.
Directora UGC SM H.U. Torrecárdenas.

MORENO CAMPOS, ANTONIO JESÚS.
Psiquiatra.
Director UGC SM Sur de Córdoba (U. de Hospitalización de S.M. Infanta Margarita).

MORENO CORONA, CRISTINA.
Psiquiatra.
Directora UGC SM H.U. Puerta del Mar (U.S.M. Comunitaria San Fernando).

MORENO RAMOS, RICARDO MANUEL.
Jefe Servicio Programas y Centros de Adicciones.
Dirección General de Cuidados Sociosanitarios, Salud Mental y Adicciones.
Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

MORILLO MARTÍN, ANDRÉS.
Director Médico.
AGS Serranía de Málaga (Ronda).

MUÑOZ COBO, BELÉN.
Psicóloga.
Comunidad Terapéutica Los Palacios. ASSDA.

NAVARRO CABRERA, HERMINIA.
Psiquiatra.
Directora CPD Jaén.

NOVAL DÍAZ, MARTA.
Enfermera especialista salud mental.
Coordinadora de Cuidados UGC SM
Intercentros de la provincia de Huelva.

OLEA PERALTA, BUENAVENTURA.
Psiquiatra.
Director UGC SM Complejo Hospitalario de
Jaén.

ORTEGA RUIZ, CRISTINA.
Psicóloga.
Jefa de Servicio Provincial de
Drogodependencias y Adicciones de Almería.

PABLO MUÑOZ, JOSÉ.
Psiquiatra.
Director UGC SM Nordeste de Granada.

PADILLA ORTEGA, ANTONIO.
Sociólogo.
Dirección General de Cuidados, Atención
Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.

PALACÍN LÓPEZ, JAIME.
Psiquiatra.
Director UGC SM Serranía de Málaga.

PANIAGUA URBANO, DAVID.
Psiquiatra.
Ex Director UGC SM Osuna.

PASCUAL LÓPEZ, MARGARITA.
Psiquiatra.
Coordinadora UTCA HU Regional Málaga.

PELAYO VAZQUEZ, ANTONIO.
Educador Social.
Servicio Provincial de Drogodependencias
Huelva.

PÉREZ CORRAL, OLIVIA.
Psicóloga. Profesora.
Escuela Andaluza de Salud Pública.

PÉREZ COSTILLAS, LUCÍA.
Psiquiatra UGC SM del Hospital Regional de
Málaga.

PÉREZ RAMÍREZ, BERNARDO.
Psiquiatra.
Director UGC SM Norte de Almería (Huércal

Overa).

PICÓN GALLOSO, CARMEN.
Trabajadora Social.
Directora del Centro de Tratamiento
Ambulatorio (C.T.A.) de Jerez de la Frontera.

PIÑERO MONTERO, PEDRO LUIS.
Enfermero especialista salud mental.
Coordinador de Cuidados UGC SM Campo de
Gibraltar.

PONCE HERNANDEZ, JOSÉ ANTONIO.
Enfermero especialista salud mental.
Coordinador de Cuidados UGC SM HUV
Rocío.

PRADA CARRASCO, CARMEN.
Psiquiatra.
Directora UGC SM H.U. Reina Sofía (U.R.S.M.
Reina Sofía).

PRADO CALA, MANUEL.
Director del Programa de Salud Mental.
Dirección General de Cuidados, Atención
Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.

REINOSO BELLIDO, ROSA.
Trabajadora Social.
Centro Provincial de Drogodependencias
Málaga.

REYES TABOADA, ANTONIO MIGUEL.
Enfermero especialista salud mental.
Coordinador de cuidados UGC SM H.U.
Virgen de la Victoria (C.T. de Salud Mental V.
de la Victoria).

RIVERA HIDALGO, M^a LUISA.
Enfermera especialista salud mental.
Coordinadora de cuidados UGCSM Reina
Sofía.

RODRÍGUEZ GÓMEZ, FRANCISCO JOSÉ.
Supervisor de enfermería.
A.G.S. Osuna (H. La Merced).

RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, MARÍA ROSARIO.
Técnica Superior. Dirección General de
Cuidados, Atención Sociosanitaria, Salud
Mental y Adicciones. Consejería de Sanidad,

Presidencia y Emergencias.

RODRÍGUEZ NAVARRO, JOSÉ CARLOS.
Psiquiatra.
Director UGC SM Este de Málaga-Axarquía
(U.S.M. Comunitaria Vélez Málaga).

RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, ANTONIO JUAN.
Psiquiatra.
Director UGC SM Sur de Granada (U.S.M.
Comunitaria Motril).

ROMERO CUESTA, JAVIER.
Psiquiatra.
Ex director UGC SM H. V. de la Victoria.

RUIZ RUIZ, JUAN JESÚS.
Medico.
Director CPD MÁLAGA.

RUIZ SÁEZ, ANGELA.
Enfermera especialista salud mental.
Coordinadora de cuidados UGC SM HUV de
las Nieves.

SELMA RODRIGUEZ, BEATRIZ.
Psicóloga.
Centro Provincial de Drogodependencias de
Sevilla.

SERRANO GÓMEZ, INMACULADA.
Enfermera especialista salud mental.
Coordinadora de cuidados UGC SM Sur de
Córdoba (H. Infanta Margarita).

SICRE ALONSO, SILVIA.
Enfermera.
Directora UGC Prevención, promoción y
vigilancia de la Salud.
Distrito Sanitario Aljarafe y Sevilla Norte.

SOLER IBORTE, AGUSTÍN.
Psiquiatra.
Director UGC SM. Nordeste de Jaén (H. San
Juan de la Cruz).

SORIANO PEÑA, MARÍA FELIPA.
Psicóloga Clínica.
Directora UGC SM Norte de Jaén (H. San
Agustín).

THOMAS CARAZO, ANGEL.
Psiquiatra.
Director UGC SM Complejo hospitalario
Granada. H. San Cecilio.

TORO CÁRDENAS, SILVIA MARÍA.
Estadística. Técnica.
Escuela Andaluza de Salud Pública.

UCEDA OÑORO, RAMONA.
Psicóloga.
Directora Comunidad Terapéutica de
Adicciones de Los Palacios (ASSDA).

VALMISA GÓMEZ DE LARA, EULALIO JUAN.
Psiquiatra.
Director UGC SM H.U. de Puerto Real (U. de
Hospitalización de S.M. Puerto Real).

VÁZQUEZ GARCÍA, FRANCISCO.
Director del Plan Andaluz de Drogas y otras
Adicciones Consejería de Sanidad,
Presidencia y Emergencias.

VERDUGO GORDILLO, JUAN SEBASTIÁN.
Trabajador Social.
Centro de Atención de. Adicciones
Diputación de Cádiz.

VIDAL-ABARCA GONZÁLEZ, M^a ISABEL.
Trabajadora Social.
Directora de la Comunidad Terapéutica de
Tarifa (ASSDA).

VILLAGRÁN MORENO, JOSÉ MARÍA.
Psiquiatra.
Director UGC SM Jerez, Costa Noroeste y
Sierra de Cádiz (H. Jerez de la Frontera).

VIZCAÍNO PÉREZ, ANA MARÍA.
Psicología.
Responsable de la Jefatura del Servicio
Provincial de Drogodependencias de Huelva.

Consejo Asesor externo

LUIS SALVADOR CARULLA.
Psiquiatra y catedrático de Salud Mental en
la Universidad de Canberra (Australia).
Consultor de salud mental para la OMS y el

Departament de Salut de Catalunya.

RAFAEL TABARES SEISDEDOS.

Psiquiatra y catedrático de Psiquiatría de la Universitat de València. Miembro del Comité Científico de Expertos del Ministerio de Sanidad y Política Social-IMSERSO. Comisionado de la presidencia de la Generalitat para el Plan Valenciano de Acción para la Salud Mental, Drogodependencias y Conductas Adictivas.

JORDI BLANCH ANDREU.

Psiquiatra y expresidente del Plan Director de Salud mental y adicciones de Cataluña.

MERCEDES NAVÍO.

Psiquiatra y coordinadora de la oficina regional de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid.

JOSÉ LUIS AYUSO MATEOS.

Psiquiatra y catedrático en Psiquiatría de la universidad Autónoma de Madrid. Director del Centro Colaborador de la OMS para Investigación y Formación en Servicios de Salud Mental.

Oficina técnica

OFICINA TÉCNICA Y REDACCIÓN.

ROSARIO BALLESTA GÓMEZ.

Técnica de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.

FRANCISCO JOSÉ FONTA VELASCO.

Asesor Técnico. Programa Salud Mental.

Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

OLIVIA PÉREZ CORRAL.

Psicóloga. Profesora. Escuela Andaluza Salud Pública. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

SILVIA MARÍA TORO CÁRDENAS.

Estadística. Técnica. Salud Pública. Escuela Andaluza Salud Pública. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

COLABORACIONES

ELIA GÓMEZ CASTRO.

Técnica de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.

ARA MILLÁN JIMÉNEZ.

Técnica de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.

FEDERICO ALONSO TRUJILLO.

Jefe de Servicio de Atención Sociosanitaria. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

ASESORÍA METODOLÓGICA: IAAP

INSTITUTO ANDALUZ DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA (IAAP)

Referencias bibliográficas.



1. Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors. Background paper by WHO Secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012. URL: <https://www.who.int/publications/m/item/risks-to-mental-health>
2. Comunicación de la comisión al parlamento europeo, al consejo, al comité económico y social europeo y al comité de las regiones sobre un enfoque global de la salud mental. Bruselas, 7.6.2023. COM (2023) 298 final.
3. Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024. Estrategia Salud Mental del SNS. MADRID. 2022. URL: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/PLAN_ACCION_SALUD_MENTAL_2022-2024.pdf
4. OMS. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030 [Comprehensive mental health action plan 2013-2030]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. URL: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>.
5. III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020. SEVILLA. 2016. URL: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/servicios-y-centros/salud-mental/iii-plan-integral-de-salud-mental-2016-2020-en-revision>.
6. III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones 2016-2021. SEVILLA. 2016. URL: <https://www.juntadeandalucia.es/servicios/publicaciones/detalle/78114.html>.
7. F Vázquez García, F Alonso Trujillo, M Cáceres Armendáriz, A Millán Jiménez, R Ballesta Gómez, P Montiel Gallardo, Al Real Gil y grupo de personas expertas de la comisión de evaluación y redacción del III PASDA. Informe Final de Evaluación. III Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones (2016-2021). Dirección General de Cuidados Sociosanitarios. Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía. SEVILLA. 2022. DOI: 10.13140/RG.2.2.30485.40165. URL: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/transparencia/planificacion-evaluacion-estadistica/planes/detalle/93222.html>.
8. Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad 2022-2026. MADRID 2022. URL: https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf.
9. Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Andalucía (2023-2026). SEVILLA. 2023. URL: https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2023/programa_prevenccion_conductas_suicidas_andalucia_2023_2026_def.pdf
10. III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020. SEVILLA. 2016. URL: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/servicios-y-centros/salud-mental/iii-plan-integral-de-salud-mental-2016-2020-en-revision>.
11. III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones 2016-2021. SEVILLA. 2016. URL: <https://www.juntadeandalucia.es/servicios/publicaciones/detalle/78114.html>.
12. F Vázquez García, F Alonso Trujillo, M Cáceres Armendáriz, A Millán Jiménez, R Ballesta Gómez, P Montiel Gallardo, Al Real Gil y grupo de personas expertas de la comisión de evaluación y redacción del III PASDA. Informe Final de Evaluación. III Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones (2016-2021). Dirección General de Cuidados Sociosanitarios. Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía. SEVILLA.

2022. DOI: 10.13140/RG.2.2.30485.40165. URL:

<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/transparencia/planificacion-evaluacion-estadistica/planes/detalle/93222.html>.

13. Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía. ESSA. <https://easp.es/info/essa/>

14. Encuesta Andaluza de Salud. <https://easp.es/info/eas/>

15. Diagnóstico sobre la infancia y la adolescencia en Andalucía.

<https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=7905&tipo=documento>

16. Módulo de tratamiento de información. SAS. URL: <https://ayudadigital.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/ayudadigital/aplicaciones/explotacion-de-datos/mti-microstrategy>

17. J Pérez-Sola V, Roca M, Alonso J, Gabilondo A, Hernando T, Sicras-Mainar A, Sicras-Navarro A, Herrera B, Vieta E. Economic impact of treatment-resistant depression: A retrospective observational study. J Affect Disord. 2021 Dec 1;295:578-586. doi: 10.1016/j.jad.2021.08.036. Epub 2021 Aug 27. PMID: 34509073.

18. Fernández-Miranda, J.J., Pascual-Pastor, F., Díaz-Fernández, S. et al. Differences in Substance Use Disorders and Other Mental Disorders in Mental Health and Addiction Settings: Sociodemographic, Clinical, Drug Treatment, and Gender Differences. Int J MentHealthAddiction (2022).

<https://doi.org/10.1007/s11469-022-00989-6>

19. Modelos de organización de servicios para el tratamiento integrado de los trastornos mentales y las adicciones: elementos para una propuesta en Andalucía (González Saiz, 2023).

<https://rodin.uca.es/handle/10498/28211>

20. Sistema de información del Plan Andaluz sobre drogas y adicciones (SIPASDA).

<https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/adicciones/informacion/paginas/sistema-informacion.html>.

21. Mancheño-Velasco C, Dacosta-Sánchez D, Blanc-Molina A, Narvaez-Camargo M, Lozano-Rojas ÓM. Changes in the Care Activity in Addiction Centers with Dual Pathology Patients during the COVID-19 Pandemic. J Clin Med. 2022 Jul 26;11(15):4341. doi: 10.3390/jcm11154341. PMID: 35893432; PMCID: PMC9369119.

22. 2016 Childrend's mental health report. URL: <https://childmind.org/wp-content/uploads/2021/09/2016-Childrens-Mental-Health-Report.pdf>

23. European Drug Report 2022: Trends and Developments.

https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2022_en

24. Gaceta Médica. 2018. La OMS avisa de que el 50% de las enfermedades mentales comienzan a los 14 años. URL: <https://gacetamedica.com/investigacion/la-oms-avisa-de-que-el-50-de-las-enfermedades-mentales-comienzan-a-los-14-anos-ig1769947/>

25. Instituto Nacional de Estadística. INE. <https://www.ine.es/>

26. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. IECA. <https://www.ieca.junta-andalucia.es/>

27. Proyecciones de Población 2022-2072. https://www.ine.es/prensa/pp_2022_2072.pdf

28. Fundación Pública Andaluza para la integración Social de Personas con Enfermedad Mental. Prevalencia de problemas de salud mental en centros penitenciarios andaluces. Informe general, Sevilla: FAISEM; 2012.
29. Programa de prevención de la conducta suicida en Andalucía. https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2023/programa_prevenccion_conductas_suicidas_andalucia_2023_2026_def.pdf
30. Ley de dependencia. <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39>
31. La Población Andaluza ante las drogas XV.
URL:<https://juntadeandalucia.es/organismos/sanidadpresidenciayemergencias/servicios/publicaciones/detalle/364435.html>
32. Encuesta sobre el uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2023. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2023_Informe.pdf
33. SIPASDA: Indicador intervenciones Psicoeducativas. Año 2024. https://www.assda.junta-andalucia.es/images/publicaciones/adicciones/Informe_FIPS_2024.pdf
34. SIPASDA: Indicador Admisiones a Tratamiento. Años 2024. URL: https://www.assda.junta-andalucia.es/images/publicaciones/adicciones/Informe_tratamiento_2024.pdf
35. Módulo de tratamiento de información. SAS. <https://ayudadigital.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/ayudadigital/aplicaciones/explotacion-de-datos/mti-microstrategy>
36. Macroencuesta de Violencia contra la Mujer. URL: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/macroencuesta2015/macroencuesta2019>.
37. Guía Investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Investigacion-violencia-genero-salud-mental-2017.pdf>
38. Perspectiva de género en el tratamiento de las drogodependencias en Andalucía: Conocimiento, expectativas y propuestas de intervención. https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/informe_genero_drogas_4_dic_2015.pdf
39. Mujeres, usos de drogas y adicciones. UNAD 2019. URL: https://www.unad.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/1615209480_mujeres_usos_de_drogas_y_adicciones_version_web.pdf
40. Macroencuesta de violencia contra la mujer. <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaencifras/macroencuesta-de-violencia-contra-la-mujer-2024/>
41. Belza MJ, González-Recio P, Moreno-García S, Donat M, Iglesias A, Guerras JM, Granda E, Palma D, Barba R. Transaludes: salud en personas trans y/o no binarias en España. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2024. <https://repisalud.isciii.es/entities/publication/a1702ded-a65d-4079-bf27-1cff0633e1e4>



Acrónimos.

AAEE	Atención Especializada de Salud.
AAPP	Atención Primaria de Salud.
ACD	Andalucía Compromiso Digital.
ACSA	Agencia de la Calidad Sanitaria de Andalucía.
ADA	Agencia Digital Andalucía.
AE	Atención Especializada.
AH	Atención Hospitalaria.
AP	Atención Primaria de Salud.
ASSDA	Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.
BDU	Base de Datos de Usuarios.
BPS	Base Poblacional de Salud.
CCAA	Comunidades Autónomas.
CD	Centro de Día.
CDEFP	Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional.
CEA	Confederación de Empresarios de Andalucía.
CEETA	Consejería de Empleo, Empresa y Trabajo Autónomo.
CERMI	Comité de Entidades Representantes de Personas con Discapacidad.
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades.
CIF	Clasificación Internacional Funcionamiento.
CISJFI	Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad.
CJALFP	Consejería de Justicia, Administración Local y Función Pública.
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de datos.
CPD	Centro Provincial de Drogodependencias.
CSC	Consejería de Salud y Consumo.
CSPE	Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.
CT	Comunidad Terapéutica.
CTA	Centro de Tratamiento Ambulatorio
CTSM	Comunidad Terapéutica Salud Mental.
CUII	Consejería de Universidad, Investigación e Innovación.
CVO	Centro de Valoración y Orientación.
DDD	Dosis Diaria Definida.
DDHH	Derechos Humanos.
DG	Dirección General.
DGPD	Dirección General de Personas con Discapacidad.
DGSPOF	Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.

DI	Discapacidad Intelectual.
DT / DDTT	Delegación Territorial.
EASP	Escuela Andaluza de Salud Pública.
EDD	Estancia Diurna de Personas con Discapacidad.
EDTO	Estancia Diurna con Terapia Ocupacional.
EECTI	Estrategia Española de Ciencia Tecnología e Innovación.
EELL	Entidades Locales.
EGC	Enfermería Gestora de Casos.
EIDIA	Estrategia de I+D+i de Andalucía.
EIR	Enfermero/a Interno/a Residente.
EOE	Equipos de Orientación Educativa.
EPES	Empresa Pública de Emergencia Sanitaria.
ESSA	Encuesta Social y Sanitaria de Andalucía.
ESTUDES	Encuesta sobre uso de drogas en enseñanza secundaria en España.
ETF	Equipos de Tratamiento Familiar.
ETIC	Equipo Tratamiento Intensivo Comunitario.
ETAC	Equipo de tratamiento de Terapia Asertiva Comunitaria.
FAISEM	Fundación pública andaluza para la Integración Social de personas con Enfermedad Mental.
FSMA	Federación Salud Mental Andalucía.
FEAS	Facultativo/a Especialista de Área.
GADU	Gestión y Archivo de Datos de Usuarios.
GERHONTE	Aplicación del SAS para la gestión de los recursos humanos.
GRAFA	Grupos de afrontamiento a la ansiedad.
GRUSE	Grupos Socioeducativas en Atención Primaria.
HDSM	Hospital de Día de Salud Mental.
IAAP	Instituto Andaluz de Administración Pública.
IAJ	Instituto Andaluz de la Juventud.
IAM	Instituto Andaluz de la Mujer.
IATA.	Iniciativa Andaluza de Terapias Avanzadas
IECA	Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía.
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
INE	Instituto Nacional de Estadística.
IPREM	Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples.
LAPAD	Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.

LSE	Lenguaje de Signos Español.
MIR	Médico Interno Residente del SAS.
MTI	Módulo de Tratamiento de Información.
NTIC	Nuevas Tecnologías de Información y Comunicación.
OMS / WHO	Organización Mundial de la Salud.
ONU	Organización Naciones Unidas.
PAI	Proceso Asistencial Integrado.
PAIDI	Plan Andaluz de Investigación, Desarrollo e Innovación.
PASDA.	Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones
PESMAA	Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de Andalucía.
PIA	Proyecto de Intervención Social.
PIR	Psicólogo Interno Residente del SAS.
PISMA	Plan Integral de Salud Mental de Andalucía.
PNSD	Plan Nacional Sobre Drogas y Adicciones.
PRL	Prevención de Riesgos Laborales.
PSLT	Promoción de la Salud en los lugares de trabajo.
RELAS	Red de Acción Local en Salud.
RESUELVE	Aplicación del SAS para la gestión de las reclamaciones, sugerencias y agradecimientos.
RPAА	Red Pública de Atención a las Adicciones de Andalucía.
SAAD	Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.
SAD	Servicio de Ayuda a Domicilio.
SAE	Servicio Andaluz de Empleo.
SAS	Servicio Andaluz de Salud.
SAT	Servicio Andaluz de Teleasistencia.
SG	Secretaría General.
SGHCPA	Secretaría General de Humanización, Calidad y Planificación Asistencial.
SIPASDA	Sistema de Información del Plan Andaluz de Adicciones.
SISAAD	Sistema de Información del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.
SM	Salud Mental.
SPAPD	Sistema Público Andaluz de Personas con Dependencia.
SPSSA	Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía.
SSCC	Servicios Sociales Comunitarios.
SSPA	Servicios Sanitarios Públicos de Andalucía.
TCA	Trastorno de Conducta Alimentaria.
TCS	Trastorno de Comunicación Social.

TD	Trastornos del Desarrollo.
TDAH	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
TDC –.	Trastorno del desarrollo de la coordinación
TEA	Trastorno de Espectro Autista.
TIC	Tecnologías de Información y Comunicaciones.
TL	Trastorno del lenguaje.
TMG	Trastorno Mental Grave.
TS Hospitalario	Trabajador Social Hospitalario.
TS Salud	Trabajador Social de Salud.
TS SSCC	Trabajador Social de Servicios Sociales Comunitarios.
TUC	Trastorno por Uso de Sustancias.
UDSMC	Unidad Hospital Día Salud Mental.
UE	Unión Europea.
UED	Unidades de Estancia Diurna.
UGC	Unidad de Gestión Clínica.
UHSM	Unidad Hospitalaria Salud Mental.
UNAD	Red de Atención a Adicciones.
URSM	Unidad Rehabilitación Salud Mental.
USMC	Unidad Salud Mental Comunitaria.
USMIJ	Unidad Salud Mental Infanto Juvenil
USN	Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo.
UTCA	Unidad Trastorno Conducta Alimentaria.
UTS	Unidades de Trabajo Social.
VFSEM	Violencia Física, Sexual, Emocional o han pasado Miedo.
VG	Violencia de Género.
VSR	Vivienda Supervisión a la Reinserción.
VST	Vivienda Supervisión al Tratamiento.
ZBS	Zonas Básicas de Salud.
ZNTS	Zonas con Necesidades de Transformación Social.
ZTS	Zonas de Trabajo Social.

Anexos.



Anexo I. Diagnóstico Definitivo.

Diagnóstico Definitivo del Plan Integral de Salud Mental y Adicciones de Andalucía.

Anexo II. Análisis de Grupos Focales.

Informe de Resultados de los grupos focales con profesionales y personas usuarias de las redes de Salud Mental y Adicciones de Andalucía.

Anexo III. Análisis de encuestas a profesionales.

Informe de Resultados de encuesta a profesionales de Salud Mental y Adicciones de Andalucía.

Anexo IV. Informe de las Jornadas Participativas.

Informe de Síntesis de las Jornadas Participativas Plan Integral de Salud Mental y Adicciones de Andalucía.

Anexo V. Árbol de problemas.

Informe del Árbol de Problemas para la elaboración del Plan Integral de Salud Mental y Adicciones de Andalucía.

Anexo VI. Informe DAFO.

Informe DAFO para la Elaboración del Plan Integral de Salud Mental y Adicciones de Andalucía.

