

Departamento de Salud
Gobierno Vasco

Estrategia de Salud Mental de Euskadi

2023-2028



Euskadi, bien común

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse
en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco:

https://www.katalogoak.euskadi.eus/cgi-bin_q81a/abnetclop?SUBC=VEJ/J0001

EDICIÓN

1ª, septiembre 2023

TIRADA

300 ejemplares

©

Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Salud

INTERNET

www.euskadi.eus

DIRECCIÓN, COORDINACIÓN Y ELABORACIÓN

Departamento de Salud, Gobierno Vasco

IMPRESIÓN

Printheus, S.L.

DEPÓSITO LEGAL

BI-01541-2023

PORTADA

La ilustración de portada está inspirada en la obra
“Playa”, 1881, de Anselmo Guinea
(Bilbao, 1855 - 1906).
Acuarela sobre papel, 19,3 x 28,8 cm.
Museo de Bellas Artes de Bilbao.

Agradecimientos

En la elaboración de la Estrategia de Salud Mental de Euskadi 2023-2028 han participado:

José Luis Quintas Díez, Presidente del Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi y Viceconsejero de Salud. Departamento de Salud.

Ana González-Pinto Arrillaga, Secretaria del Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi. Psiquiatra y Jefa de Servicio. OSI Araba.

José Antonio de la Rica Giménez, Director de Atención Sociosanitaria. Departamento de Salud.

Lucía Torrealday Berruero, Directora de Innovación Educativa. Departamento de Educación.

Ana Bustinduy Bascaran, Subdirectora de Asistencia Hospitalaria. Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza.

Susana Martín Benavides, Subdirectora de Atención Primaria. Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza.

Inmaculada Moro Casuso, Subdirectora de Enfermería. Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza.

María José Cano Mesías, Gerenta de la Federación Salud Mental Euskadi (FEDEAFES) que integra a las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental.

Edorta Elizagárate Zabala, Psiquiatra y Jefe de Servicio. Red de Salud Mental de Araba.

Leire Erkoreka González, Psiquiatra y Jefa de Servicio. OSI Barrualde-Galdakao.

Aranzazu Fernández Rivas, Psiquiatra infantil y Jefa Clínica. OSI Bilbao- Basurto.

Andrea Gabilondo Cuéllar, Psiquiatra. Red de Salud Mental de Gipuzkoa.

Élida Grande Argudo, Psiquiatra. Asociación de Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental (OME-AEN).

María Ángeles Larrínaga Vélez, Trabajadora Social. Red de Salud Mental de Bizkaia.

Rafael Segarra Echevarría, Psiquiatra y Jefe de Servicio. OSI Eskerraldea-Enkarterri- Cruces.

Enara Urgoiti Otazua, Enfermera de Salud Mental. OSI Donsotialdea.

José Uriarte Uriarte, Psiquiatra y Jefe de Servicio. Red de Salud Mental de Bizkaia.

María Ángeles Yáñez Mendizábal, Psicóloga clínica. Red de Salud Mental de Gipuzkoa.

Iñaki Zorrilla Martínez, Psiquiatra. Sociedad Vasco-Navarra de Psiquiatría.

SECRETARÍA TÉCNICA

Catarina Paz Camaño, Socióloga. BIOEF.

Es de destacar la implicación de las y los miembros del Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi, en la elaboración de esta Estrategia, demostrando una dosis importante de flexibilidad y pragmatismo, imprescindible para llegar a consensos amplios y ambiciosos.

Presentación

La Estrategia de Salud Mental de Euskadi 2023-2028 es un documento que recoge los principios, objetivos y líneas de acción para mejorar la atención a las personas con trastornos mentales y a sus familias en Euskadi. Esta estrategia es el resultado de un amplio proceso participativo, sustanciado en el Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi, que ha contado con la colaboración de profesionales, personas expertas, asociaciones y administraciones públicas implicadas en el ámbito de la salud mental. Quiero mostrar mi agradecimiento a todas las personas y organizaciones que han contribuido con su experiencia, conocimiento y compromiso a la elaboración de este documento, que representa una hoja de ruta, construida en torno al consenso, para avanzar hacia un modelo de atención integral, centrado en la persona, basado en la evidencia y orientado a la recuperación.

La salud mental es un componente esencial de la salud y el bienestar de las personas y las sociedades. Afecta a todos los ámbitos de la vida: personal, familiar, laboral, social y comunitario. Sin embargo, todavía persisten estigmas, prejuicios y barreras que dificultan el acceso a los recursos y servicios adecuados para las personas con trastornos mentales y sus familias. Por ello, es necesario impulsar políticas públicas que promuevan la prevención, la detección precoz, el tratamiento eficaz y la rehabilitación e integración

social de las personas con trastornos mentales, garantizando sus derechos y su participación activa en la sociedad.

La Estrategia de Salud Mental de Euskadi tiene como visión una sociedad inclusiva, solidaria y respetuosa con la diversidad, donde las personas con trastornos mentales puedan desarrollar su proyecto vital con plenitud. Para ello plantea como ejes estratégicos:

- Mejorar la calidad y la equidad en la atención a la salud mental.
- Fomentar la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales.
- Reforzar la coordinación y la colaboración entre los diferentes niveles asistenciales y sectores implicados en la atención a la salud mental.
- E impulsar la investigación, la innovación y la evaluación en salud mental.

Cada uno de estos ejes se despliega en objetivos específicos y líneas de acción concretas que orientan las actuaciones a desarrollar en los próximos años.

La Estrategia de Salud Mental de Euskadi es un documento vivo, dinámico y flexible, que se adapta a las necesidades y demandas cambiantes de la población y del contexto sociosanitario. Su implementación va a requerir el compromiso y la implicación de todos los agentes involucrados en el ámbito de la salud mental: administraciones públicas, profesionales sanitarios y sociosanitarios, entidades del tercer sector, asociaciones de personas con trastornos mentales y sus familias, medios

de comunicación, sociedad civil e instituciones académicas y científicas. Solo así podremos lograr una atención a la salud mental más humana, más cercana y más eficiente.

Espero que esta estrategia sea una herramienta útil para mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales y la de sus familias en Euskadi. Estoy convencida de que con el trabajo conjunto y coordinado de todos los agentes implicados podremos avanzar hacia un sistema de salud más inclusivo, más equitativo y más solidario.

Gotzone Sagardui Goikoetxea
Consejera de Salud

Índice

1	Introducción	16
2	Marco de desarrollo de la Estrategia de Salud Mental de Euskadi	20
	2.1. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud	20
	2.2. Modelo Comunitario, base de la nueva Estrategia de Euskadi	20
	2.3. Metodología	22
	2.4. Priorización	22
	2.5. Evaluación	23
3	Líneas estratégicas	26
	3.1. Líneas estratégicas	26
	<i>Línea 1: Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona</i>	<i>27</i>
	Objetivo general 1.1. Garantizar el ejercicio de la autonomía y la vida independiente	27
	Objetivo general 1.2. Erradicar la discriminación derivada del estigma y favorecer la inclusión social de las personas con enfermedad mental	29
	Objetivo general 1.3. Reducir al mínimo las intervenciones involuntarias sobre personas con enfermedad mental garantizando el respeto a la dignidad de las personas	30
	<i>Línea 2: Promoción de la salud mental de la población y prevención de los trastornos mentales</i>	<i>32</i>
	Objetivo general 2.1. Promover la salud mental de la comunidad y de grupos específicos y prevenir la aparición de las enfermedades mentales, incluidos los trastornos por adicciones y conductas problemáticas	32
	<i>Línea 3: Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida</i>	<i>35</i>
	<i>Línea 4: Atención a las personas con enfermedades mentales basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario</i>	<i>37</i>
	Objetivo general 4.1. Contribuir a recuperar, mantener y mejorar la autonomía y la calidad de vida de las personas con trastornos mentales	41
	Objetivo general 4.2. Disponer de servicios y recursos alineados con los principios básicos de la atención basada en el modelo de recuperación de las personas en el ámbito comunitario	42
	<i>Línea 5: Salud mental en la infancia y en la adolescencia</i>	<i>43</i>
	Objetivo general 5.1. Promoción de la salud mental en la infancia y adolescencia. Prevención y detección precoz de los síntomas y trastornos de salud mental en estas edades	43
	Objetivo general 5.2. Atención a niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales	44
	Objetivo general 5.3. Luchar contra la discriminación y la estigmatización social de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales	46

Línea 6: Atención e intervención familiar **47**

Objetivo general 6.1.
Atención y relación con las familias **47**

Línea 7: Coordinación **49**

Objetivo general 7.1.
Desarrollar la cooperación organizativa entre las redes de salud mental y los servicios de psiquiatría y atención primaria de las organizaciones sanitarias integradas **49**

Objetivo general 7.2.
Desarrollar la coordinación interinstitucional e intersectorial **50**

Línea 8: Participación de la ciudadanía **52**

Objetivo general 8.1.
Promover la participación colectiva a través de grupos organizados de la sociedad civil **52**

Objetivo general 8.2.
Incorporar a las personas con trastornos mentales como agentes activos de salud **53**

Línea 9: Formación **54**

Objetivo general 9.1.
Promover la formación en salud mental desde las administraciones públicas **55**

Objetivo general 9.2.
Abrir vías de participación ciudadana en el diseño de políticas públicas de formación en salud mental **56**

Línea 10: Investigación, innovación y conocimiento **57**

Objetivo general 10.1.
Impulsar la investigación en todos los ámbitos relacionados con la Salud mental **57**

Objetivo general 10.2.
Establecer líneas de investigación interdisciplinarias en salud mental **58**

Objetivo general 10.3.
Incorporar la perspectiva de género en todas las líneas de investigación **58**

Objetivo general 10.4.
Desarrollar investigaciones sobre los factores sociofamiliares de las personas con problemas de salud mental **59**

Objetivo general 10.5.
Potenciar el uso de las tecnologías de la información en el ámbito asistencial de atención a la salud mental en relación con la Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud **59**

3.2. Buenas Prácticas desarrolladas **60**

4 Anexos **64**

Anexo I.
Priorización de proyectos **64**

Anexo II.
Documento monográfico del Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi sobre Trastorno de Conducta Alimentaria **73**

Anexo III.
Documento monográfico del Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi sobre Patología Dual **85**

Anexo IV.
Documento monográfico del Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi sobre Salud Mental Infantil y de la Adolescencia **124**

1. Introducción

En Euskadi, la salud mental y la asistencia psiquiátrica se asientan en tres hitos significativos y fundacionales que predeterminan y catalizan su devenir en Euskadi hasta nuestros días.

- El primero de ellos es la publicación en el año 1983 del **Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Euskadi** que con la dirección del Profesor Julián de Ajuriaguerra y bajo el concepto de la psiquiatría comunitaria posibilitan la transición del modelo manicomial al modelo comunitario.
- El segundo hito es la **integración de todos los recursos de asistencia psiquiátrica y salud mental dentro de la estructura del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza en el año 1986**, que, a través de los tres programas de adulto, infanto-juvenil y adicciones, marca una línea de no retorno.
- El tercer hito lo constituye la aprobación de la [Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad](#) que en su capítulo tres, recoge las conclusiones del informe sobre la reforma psiquiátrica y establece el ámbito comunitario como preferente en la prestación de la asistencia psiquiátrica con la atención hospitalaria dentro de la estructura de los hospitales generales: los servicios de psiquiatría.

Con estos mimbres, a partir de la década de los 80, se ha ido construyendo la asistencia a la salud mental de Euskadi y en este proceso se han producido avances significativos en la dirección estratégica y táctica de la asistencia psiquiátrica y la salud mental plasmados en distintos documentos:

- En el año 1990 se publican dos documentos estratégicos de gran relevancia: **Servicios de Salud mental: Plan Estratégico y Servicios de Salud mental: bases técnicas**. Estos documentos, íntimamente relacionados, establecen cuáles deben ser las bases técnicas y las definiciones en la implantación y desarrollo de los recursos de salud mental atendiendo a una visión estratégica y equilibrada.
- En el año 2004 se publica el [Asistencia psiquiátrica y Salud mental: Plan estratégico 2004/2008](#), que introduce los elementos no solamente descriptivos sino de gestión y calidad en la implantación de los servicios de salud mental orientando los mismos hacia la gestión clínica.
- En el año 2007 se crea el Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi y se convierte, como órgano colegiado con la participación del ámbito institucional, profesional y asociativo, en la referencia para el Departamento de Salud y para Osakidetza en la planificación y visión estratégica de la salud mental. Su primera encomienda es la elaboración de una estrategia de salud mental, que tiene como elemento orientador la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, publicada ese mismo año. Se publica la [Estrategia en](#)

Salud Mental de la CAPV 2010, en la que existe un alineamiento explícito con el modelo comunitario en sus características principales, así como la introducción de las líneas de promoción de la salud mental, prevención de las enfermedades psiquiátricas, lucha contra el estigma o coordinación sociosanitaria, entre otras, que hablan de su carácter integral.

- En el año 2016 se elaboran, por parte del Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi, **una serie de documentos monográficos** sobre aquellos temas que se priorizan como emergentes o complejos, y que constituyen retos asistenciales u organizativos. Estos 16 documentos aportan recomendaciones que han tenido una presencia determinante para la elaboración de propuestas concretas o la implementación de recursos asistenciales, como la [Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi](#) del año 2019, la creación de una Comisión Interinstitucional para la lucha contra el estigma o la incorporación de recursos de alta intensidad en salud mental infanto-juvenil a lo largo de estos años.
- En el año 2022 el Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi elabora tres nuevos documentos monográficos: trastornos de la conducta alimentaria, atención infanto-juvenil y patología dual, por considerarse tres áreas prioritarias que debían ser actualizadas (véanse [anexos II, III y IV](#)).

El Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi está llamado por tanto a tener esa labor catalizadora asentada en la adopción de consensos amplios que incorporen los numerosos elementos virtuosos de nuestro sistema y hagan una lectura radical y crítica de nuestras ineficiencias. Como órgano de representación, estable en sus características institucionales y variable en cuanto a su composición para adaptarse a las distintas circunstancias y relevos que se producen en el ámbito institucional, profesional y asociativo, se enfrenta en estos momentos ante una serie de retos, algunos de ellos derivados de la situación pospandémica, que se sustanciarán en la nueva propuesta estratégica que el Consejo tiene en estos momentos como labor principal. El objetivo de esta Estrategia es **proporcionar una herramienta útil para mejorar la salud mental de la población, atender de forma integral la salud mental y física de las personas con enfermedad mental, apoyar a sus familias y promover un modelo de atención integral y comunitario que favorezca la recuperación e integración social.**

La Estrategia de Salud Mental debe servir, por lo tanto, de punto de encuentro, e incorporar los principales retos que actualmente se están planteando y que van a tener como elemento clave la sostenibilidad del sistema asistencial, íntimamente relacionada con la **promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales**. El desarrollar líneas potentes e integradas en salud pública, y en el Plan de Salud, y con una presencia en todas las políticas públicas, debe implicar el avance de actuaciones claves para el desarrollo de una buena salud mental y una saludable capacidad de resiliencia.

2. Marco de desarrollo de la Estrategia de Salud Mental de Euskadi

2. Marco de desarrollo de la Estrategia de Salud Mental de Euskadi

2.1. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

La [Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud \(2022-2026\)](#) fue aprobada en el Consejo Interterritorial de Salud con fecha de 2 de Diciembre de 2021.

Adopta como principio rector la máxima de que la atención a la salud mental de las personas y de las comunidades de las que estas forman parte es condición indispensable para el desarrollo de una calidad de vida aceptable y el ejercicio pleno de una ciudadanía en la que se conjuguen los derechos y deberes. Esta estrategia, por lo tanto, se fundamenta, entre otras fuentes, en los valores y principios de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y los derechos que reconoce a las personas con trastorno mental y sus familias.

Tal y como estableció en su día la [Declaración de Helsinki](#) de la Conferencia Ministerial de la OMS para la salud mental de 2005, “no hay salud sin salud mental”.

Su vocación es constituir un texto de apoyo para la coordinación en todo el Estado de los planes o programas de promoción de la salud mental, de los programas de prevención y de los medios de diagnóstico, terapéuticos y rehabilitadores apropiados para realizar una atención integral y continuada de las personas con trastornos mentales.

En base a los consensos establecidos en dicha Estrategia se ha desarrollado, por parte del Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi, una propuesta estratégica a partir del desarrollo y afianzamiento del Modelo comunitario como continuo de nuestra reflexión estratégica desde los años 80, reconociendo nuestras idiosincrasias y priorizando nuestras necesidades.

2.2. Modelo Comunitario, base de la nueva Estrategia de Euskadi

La comunidad es algo más que el entorno social y los servicios que tenemos a nuestro alrededor. Supone además elementos en común, identidad, cultura y valores.

El modelo comunitario no es solo un modelo técnico, basado en la evidencia de efectividad y mejores resultados asistenciales; es un modelo cuya base son los valores, el respeto de los derechos de las personas y su acceso a una atención de calidad en un sistema integrado sanitario y social. Un modelo comunitario exige no solo servicios en la comunidad, sino servicios de calidad, capaces de ofrecer intervenciones efectivas a una población determinada a su cargo, según sus necesidades, y de hacerlo en colaboración con otros servicios, sanitarios y sociales.

Hay algunos principios básicos que deben regir a los servicios en un sistema moderno de atención público: deben promover la autonomía de las personas; garantizar la continuidad de la atención entre servicios (por ejemplo, del alta de la hospitalización a la atención ambulatoria); sus intervenciones deben de ser efectivas, seguras, basadas en evidencia y coste efectivas; los servicios deben ser accesibles, tanto geográficamente como en el acceso a la atención en tiempo razonable; deben proporcionar cuidados integrales, incluyendo la multidisciplinariedad; deben basar su atención en la equidad, es decir, priorizar recursos a quienes más los necesitan, deben ser responsables y transparentes, capaces de coordinarse internamente y con otros servicios y organizaciones.

Tras décadas de experiencia, también hay reflexiones que hacer y cuestiones a tomar en cuenta para el futuro:

- La atención comunitaria de calidad no es solo una cuestión de pasión y entusiasmo; no se trata de hacer cosas en la comunidad; se trata de hacer las cosas correctas. **El modelo comunitario es un marco para el tratamiento, no el tratamiento en sí.**
- Los servicios tienen que ser planificados según criterios técnicos y valores básicos y comunes, no en base a ideologías o al servicio de marcos teóricos cerrados en sí mismos. Es necesaria una visión a largo plazo, blindada a cambios políticos y sustentada por el consenso social; es un compromiso a largo plazo, sujeto a evaluación continuada y que debe implicar a las personas afectadas.
- La experiencia de las/los profesionales es el pilar básico de la asistencia. Dando por descontada la competencia técnica, existen algunas competencias básicas que dominan las exigencias de la atención actual y lo harán cada vez más en el futuro: el/la paciente, la persona como centro de la atención; la capacidad para colaborar, no solo dentro del propio equipo, sino con otros servicios y profesionales y con los/las propios/as pacientes y sus familias. Una cultura de evaluar lo que hacemos y sus resultados para mejorar; el uso de las nuevas tecnologías. Y una perspectiva de salud pública, de responsabilidad de la salud de un grupo de población, de responsabilidad sobre recursos públicos.

Desarrollar recursos de salud mental según un modelo comunitario consiste en crear servicios alternativos a la hospitalización de larga estancia, planificar adecuadamente los recursos y promover un ambiente social propicio, con visión a largo plazo, generando la colaboración entre servicios, organizaciones e instituciones. Estar en la comunidad no te hace comunitario; lo comunitario se define en base a la orientación a la recuperación de los recursos disponibles.

2.3. Metodología

Para cumplir con estos objetivos a finales de 2022 y principios del 2023 se ha completado una lectura pormenorizada del documento de la [Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud \(2022-2026\)](#) en base a una metodología de intercambio y análisis documental previa al debate en las diferentes sesiones de trabajo desarrolladas para la puesta en común.

Tras las sesiones se han reunido y consensuado aquellas acciones que por su dimensión se consideran oportunas para el desarrollo de las líneas propuestas. Esa labor de consenso, generada tras un fructífero debate del Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi, caracterizado por un alto nivel de participación y un tono reflexivo y realista, impregna el documento y lo hace asumible por los miembros del Consejo.

2.4. Priorización

Cada una de las líneas específicas de actuación se despliega en objetivos generales y objetivos específicos a los que se asocian unas acciones propuestas. Estas acciones se priorizarán en base a su importancia, oportunidad o nivel actual de despliegue, de acuerdo con los siguientes niveles:

- **Prioridad 1**, se corresponde con los temas más urgentes, ya iniciados o de posible abordaje inmediato. El plazo para su ejecución o planteamiento finaliza en 2024.
- **Prioridad 2**, son temas para desarrollo o logro a medio plazo, o segundas fases de acciones propuestas de mayor prioridad. El plazo para su planteamiento, inicio y ejecución concluye en 2026.
- **Prioridad 3**, se trata de temas menos acuciantes o que, siendo importantes, exigen una larga planificación, ejecución o implican necesidades de coordinación ambiciosas. El plazo para su inicio, ejecución o planteamiento finaliza en 2028.

2.5. Evaluación

Con periodicidad bienal se elaborará un informe de evaluación para conocer el despliegue de esta Estrategia, que tendrá en consideración los resultados obtenidos por los indicadores de proceso definidos. En 2028, coincidiendo con la finalización de las acciones de prioridad 3 y la conclusión del período de vigencia de esta Estrategia se realizará la evaluación final de la misma.

- **2023-2024: acciones asistenciales**
- **2025-2026: acciones de promoción**
- **2027-2028: acciones contra el estigma**



3. Líneas Estratégicas

3.1. Líneas estratégicas

LÍNEA 01	<i>Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona</i>
LÍNEA 02	<i>Promoción de la salud mental de la población y prevención de los trastornos mentales</i>
LÍNEA 03	<i>Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida</i>
LÍNEA 04	<i>Atención a las personas con enfermedades mentales basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario</i>
LÍNEA 05	<i>Salud mental en la infancia y en la adolescencia</i>
LÍNEA 06	<i>Atención e intervención familiar</i>
LÍNEA 07	<i>Coordinación</i>
LÍNEA 08	<i>Participación de la ciudadanía</i>
LÍNEA 09	<i>Formación</i>
LÍNEA 10	<i>Investigación, innovación y conocimiento</i>

LÍNEA

01

Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona

Toda persona tiene derecho a vivir con dignidad y a ser tratada con consideración sin que a ello afecte la situación de salud que atraviese.

El compromiso de la lucha contra las diversas actitudes y prácticas discriminatorias y estigmatizantes ha llevado a la creación de la alianza internacional “Global Anti-Stigma Alliance”, de la que forman parte distintas estrategias de lucha contra el estigma.

Luchar por el reconocimiento y ejercicio de los derechos, y la recuperación de los que se han perdido arbitrariamente, es el objetivo principal en cualquier política de atención a las personas con trastornos mentales.

Objetivo general 1.1.

Garantizar el ejercicio de la autonomía y la vida independiente

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.1.1. Garantizar a la persona con problemas de salud mental, o persona que esta designe, la participación activa en todo lo concerniente a sí misma, desde el primer momento que entra en contacto con los servicios de atención, de modo que se garantice un proceso terapéutico fundamentado en las decisiones y planes de cuidados compartidos.

- Estandarizar el formato de recogida de los Planes de Atención Individualizados (en adelante PAI) en la historia clínica.
- Incorporar sistemáticamente dentro del PAI en la historia clínica los valores, preferencias y proyectos vitales del/de la paciente.
- Extender y compartir entre todos los recursos asistenciales los PAI de los hospitales de día.

1.1.2. Establecer, con la persona atendida, una planificación de decisiones compartidas durante su proceso asistencial y de recuperación ante situaciones o momentos que puedan plantear problemas éticos en situaciones de crisis.

- Crear un grupo de trabajo para la planificación de decisiones compartidas que será contrastado con asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental.

- Incorporar y difundir las conclusiones del grupo de trabajo en materia de la planificación de decisiones compartidas.
- Incorporar las voluntades anticipadas en el PAI en la historia clínica.

1.1.3. Sustentar la práctica de la atención en la voluntad de la persona.

- Sistematizar un procedimiento escrito y consensuado entre centro de ingreso y centro de tratamiento para lograr un ingreso programado y voluntario.
- Elaborar un protocolo o procedimiento escrito y consensuado para personas menores de edad y/o con declaración de apoyo judicial (curatela).

1.1.4. Promover la empleabilidad de las personas con enfermedad mental con los soportes sociales adecuados, como máxima expresión de autonomía.

- Asociar a las personas con enfermedad mental como colectivo diana al [V Plan de Inclusión](#) vigente del departamento competente en materia de trabajo y empleo, apoyando y colaborando en el impulso del empleo para personas con enfermedad mental desde las organizaciones de salud mental.

1.1.5. Facilitar la autonomía y vida independiente garantizando el acceso a la vivienda digna por parte de la institución/administración competente.

- Adecuación del número de plazas residenciales destinadas a personas con enfermedad mental en función de sus diferentes niveles de autonomía.

1.1.6. Promover las políticas preventivas de salud pública teniendo en cuenta el impacto del contexto social sobre la salud mental de la población en general.

1.1.7. Establecer vías de participación entre los diferentes departamentos de la Administración General del País Vasco y las organizaciones del ámbito asociativo para el diseño de las distintas políticas públicas en salud mental.

- Existencia y composición del Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi como garante.

1.1.8. Proteger los derechos sexuales y reproductivos de las personas con enfermedad mental garantizando la accesibilidad a programas específicos de información y apoyo sobre cada uno de los aspectos en materia de salud sexual y reproductiva y mejorando su acceso a los servicios.

Objetivo general 1.2.

Erradicar la discriminación derivada del estigma y favorecer la inclusión social de las personas con enfermedad mental

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

La constitución, el 11 de diciembre de 2019, de una Mesa Interinstitucional para el abordaje del estigma en las personas con trastorno mental con la participación de las distintas administraciones y ámbitos de actuación e influencia se formuló como una prioridad para un abordaje interinstitucional, transversal y efectivo de este fenómeno que afecta a un colectivo cuantitativa y cualitativamente muy importante.

Esta Mesa tiene como principal objetivo el diseño consensuado de una estrategia interinstitucional Anti-Estigma de Euskadi para la lucha contra el estigma en la enfermedad mental, su evaluación y posibilitar el despliegue de la misma. Los objetivos 1.2.1 y 1.2.2 van asociados al desarrollo de dicha estrategia.

1.2.1. Lograr la igualdad de derechos de toda persona con independencia de sus dificultades y erradicar el estigma personal y social y la discriminación que conllevan los problemas de salud mental.

1.2.2. Realizar y evaluar un plan integral de intervención contra el estigma, estereotipos, prejuicios y la discriminación que aborde los siguientes ámbitos: laboral, medios de comunicación, servicios sociales, ámbito cultural, servicios sanitarios, fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, educativo, ejecutivo, legislativo, judicial, familiar y penitenciario.

1.2.3. Promover en los equipos profesionales de salud y entre profesionales de otros ámbitos actitudes para la incorporación de un lenguaje inclusivo evitando el uso de terminologías estigmatizantes.

- Difundir la Guía de Estilo.
- Promoción de formación a personas con problemas de salud mental en materia de exposición en público y para tratar con medios de comunicación, de modo que se conviertan en interlocutoras y activistas contra el estigma.

1.2.4. Mejorar el conocimiento científico y la formación de profesionales y servicios sanitarios en materia de estigmatización en enfermedad mental en cuanto a acceso al sistema sanitario general y a los tratamientos.

1.2.5. Revisar y actuar sobre barreras normativas que supongan una limitación de los derechos de las personas con enfermedad mental en materia de trasplantes, deshabituación tabáquica, cirugía bariátrica y otros.

- Revisión de procedimientos internos en materia de accesibilidad.
- Difusión de las consecuencias de la interiorización del estigma en el trato de las/los profesionales y pacientes.

Objetivo general 1.3.

Reducir al mínimo las intervenciones involuntarias sobre personas con enfermedad mental garantizando el respeto a la dignidad de las personas

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.3.1. Promover la adecuada dotación de los servicios de atención, con recursos materiales y de personal suficientes que eviten las medidas coercitivas en las personas con enfermedad mental.

- Despliegue del plan corporativo de Osakidetza sobre alternativas a la contención.
- Implementación de cambios estructurales para la disminución de contenciones y humanización de la atención.
- Formar a los equipos profesionales en habilidades de intervención en crisis, de forma que se puedan anticipar a las mismas y establecer vínculos de calidad, de seguridad y confianza basados en una relación terapéutica que tenga efectos positivos para la persona.
- Formación en primeros auxilios para intervención en crisis (Emergencias, Educación, etc.).

1.3.2. Potenciar la implantación de procedimientos específicos de intervención previos a la crisis que incluyen la detección de población de riesgo, seguimiento de inasistencias, designación de figuras de apoyo y decisiones compartidas, valoración del riesgo, contención verbal, regulación de estímulos o técnicas de desescalada, que reduzca a lo imprescindible el uso de la contención mecánica y farmacológica, y cuando sea necesaria se procuren medidas lo menos restrictivas posibles (ingresos involuntarios programados mejor que ingresos involuntarios urgentes, tratamientos farmacológicos mejor que contenciones mecánicas involuntarias).

- Diseño de indicador sobre contenciones.
- Revisar/Establecer un protocolo unificado en materia de contención mecánica.

1.3.3. Facilitar la participación en situaciones de crisis de las personas allegadas a las personas con problemas de salud mental para que puedan actuar como facilitadoras para disminuir la tensión y el sufrimiento.

1.3.4. Establecer un procedimiento de poscontención.

- Recomendaciones generales en materia de humanización (documento corporativo de Osakidetza).

LÍNEA

02

Promoción de la salud mental de la población y prevención de los trastornos mentales

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su *Plan de Acción sobre Salud Mental (2013-2020)* expone que una buena salud mental es un componente integral de la salud y bienestar de la población y que *contribuye al funcionamiento de las personas, familias, comunidades y a la prosperidad social y económica de la sociedad. La salud mental, como otros aspectos de la salud, puede verse afectada por una serie de factores socioeconómicos que tienen que abordarse mediante estrategias integrales de promoción, prevención y, en caso de aparición de la enfermedad mental, medidas orientadas al tratamiento y a la recuperación.*

En términos operativos la promoción de la salud se dirige al conjunto de la población; tiene como objetivo que las personas sean capaces de gestionar su salud y su enfermedad siendo menos dependientes de los servicios asistenciales y consiguiendo tener una mayor autonomía. La promoción de la salud mental ha de realizarse en todas las etapas de la vida, incluida la gestación.

Objetivo general 2.1.

Promover la salud mental de la comunidad y de grupos específicos y prevenir la aparición de las enfermedades mentales, incluidos los trastornos por adicciones y conductas problemáticas

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.1.1. Disponer de un plan integral de promoción de salud mental y prevención de los trastornos mentales (propio o incluido en un plan general), teniendo prioridad el programa de promoción del desarrollo psicosocial durante los seis primeros años de vida desde los servicios de atención primaria.

- Despliegue del Plan de Salud (2023-2030).
- Despliegue del Programa de Salud Infantil de Osakidetza.
- Despliegue y consolidación del DECRETO 13/2016, de 2 de febrero, de intervención integral en Atención Temprana en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

2.1.2. Impulsar la promoción y difusión de nuevos modelos de relación igualitaria y sana entre mujeres y hombres, presidida por el respeto a las preferencias, opiniones, creencias y capacidades individuales, incorporando la perspectiva de género a todas las actuaciones en el ámbito de la salud mental.

- I Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en Osakidetza 2021-2024.
- VII Plan de Igualdad para mujeres y hombres en la CAE (Emakunde, 2018).
- Guía de actuación de profesionales de la salud ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi (Osakidetza, 2019).

2.1.3. Impulsar intervenciones específicamente orientadas a sensibilizar, asesorar e informar a las personas responsables de las instituciones de los diferentes ámbitos (educativo, medioambiental, laboral, judicial, sanitario, etc.) de la relación existente entre determinados factores en su ámbito y la salud mental, señalando el papel central de la salud mental como generadora de bienestar y de productividad, así como las consecuencias socioeconómicas negativas derivadas de ignorarlas.

2.1.4. Promover mecanismos para la identificación temprana de los malos tratos a grupos vulnerables, especialmente en la infancia, adolescencia y personas de edad avanzada, potenciando para ello el trabajo en red comunitaria.

- Despliegue de la [Estrategia Vasca contra la Violencia hacia la Infancia y la Adolescencia \(2022-2025\)](#).
- Despliegue de la [Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi \(2021-2024\)](#) (Departamento de Salud, 2021).
- Procedimiento de prevención y detección de malos tratos físicos y económicos a personas mayores en la CAPV (2015).

2.1.5. Realizar acciones específicas de sensibilización dirigidas a los medios de comunicación, incorporándolos como agentes para informar verazmente a la opinión pública.

- Guía de actuación de profesionales de la salud ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi (Osakidetza, 2019).
- Documento sobre actuaciones en caso de abusos sexuales en menores (Diputación Foral de Bizkaia).
- [Estrategia Vasca contra la Violencia hacia la Infancia y la Adolescencia \(2022-2025\)](#).

2.1.6. Desarrollar y evaluar intervenciones comunitarias en áreas con alto riesgo de exclusión social, discriminación, pobreza y marginalidad.

2.1.7. Desarrollar y evaluar intervenciones de acuerdo con lo contemplado en el VIII Plan de Adicciones y documento sobre patología dual del Consejo Asesor de Salud Mental (véase [Anexo III](#)) con el objetivo de disminuir las adicciones con y sin sustancia.

2.1.8. Establecer y evaluar intervenciones colaborativas entre servicios sociales, atención primaria y salud mental para prevenir problemas de salud mental, incidiendo especialmente en población de mayor vulnerabilidad (exclusión social, violencia de género, antecedentes de problemas de salud mental en la familia, personas cuidadoras, personas con problemas crónicos de salud, discapacidad, etc.).

- Guía de actuación de profesionales de la salud ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi (Osakidetza, 2019).
- Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi (2021-2024) (Departamento de Salud, 2021).
- Estrategia Vasca de Gobernanza con las personas mayores (2019-2022). Un modelo de participación público social (Departamento de Empleo y Políticas Sociales, 2019).

2.1.9. Impulsar acciones de apoyo a los servicios de prevención y salud laboral encaminadas a prevenir el estrés laboral y situaciones de riesgo de salud mental asociados al trabajo.

- Establecer protocolos de actuación conjunta con Osalan, Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales.

2.1.10. Incluir programas específicos de prevención y promoción de la salud en los centros escolares, incorporándolos en los programas educativos (en formato de currículos socioemocionales basados en la evidencia científica) siempre con una perspectiva transversal.

- Impulsar el Plan Marco para el desarrollo de una Escuela Inclusiva 2019-2022 (Departamento de Educación, 2019).
- Incorporar recomendaciones del documento monográfico de salud mental infanto-juvenil (véase Anexo IV).
- Impulsar el currículo socioemocional infantil.

2.1.11. Impulsar campañas de promoción de la salud y prevención de los problemas de salud mental entre las personas privadas de libertad en centros penitenciarios y personas cumpliendo medidas de aislamiento.

- Promoción de la continuidad de cuidados sociosanitarios.
- Elaborar recomendaciones para la atención por parte de los equipos de atención primaria y salud mental en el momento de la salida del centro penitenciario.
- Promoción de hábitos saludables y promoción de la salud mental en centros penitenciarios.

Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida

No toda conducta suicida es expresión de un trastorno mental. No obstante, se sabe que las personas que sufren trastornos mentales mueren a causa del suicidio en una proporción mucho mayor que la población general. La proporción de suicidio consumado asociado a trastorno mental es alrededor del 80- 90% (hay trastornos mentales que favorecen la aparición de tendencias suicidas), siendo la cuestión que parece ser común en el suicidio la existencia de un gran sufrimiento emocional.

Las conductas suicidas constituyen uno de los problemas más importantes de salud pública en Europa y en todo el mundo. La muerte por suicidio implica un drama personal con sufrimiento extremo que deja tras de sí un grave impacto en el entorno de la persona fallecida.

Desde el año 2019 se viene desplegando la [Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi](#) y a ella se incorporan todas las actuaciones que en este sentido se den.

La Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi, fue elaborada siguiendo las recomendaciones de la OMS y aspira a crear un sistema integrado y eficiente de prevención, intervención y posvención con enfoque de Salud Pública. Persigue los siguientes objetivos concretos:

- 1. Implantar un sólido sistema de investigación, conocimiento y vigilancia de la conducta suicida.*
- 2. Sensibilizar e informar a la ciudadanía sobre la conducta suicida y su prevención.*
- 3. Mejorar la identificación y primer apoyo desde la comunidad para las personas en riesgo, gracias a la implicación de los distintos agentes, trabajando de forma más eficaz y coordinada.*
- 4. Ofrecer unos servicios de atención sanitaria y/o social más integrados y eficaces para las personas en riesgo.*
- 5. Proporcionar apoyo desde el sistema a través de la posvención a supervivientes.*

Para ello define 57 medidas repartidas en 9 áreas de actuación (Coordinación, Información Ciudadana, Vigilancia e Investigación, Acceso a Medios letales, Emergencias y primera intervención, Ámbito comunitario, Ámbito sanitario, Posvención y Colectivos vulnerables).

Algunos de las acciones desplegadas desde la aprobación de la estrategia incluyen:

- **Creación de la Comisión de Coordinación y Seguimiento para la prevención de suicidio.**
- **Despliegue en Osakidetza del Código Intento Suicida Reciente (CISR).**
- **Despliegue de la Estrategia de Prevención, Intervención y Posversión de la conducta suicida en el Ámbito Educativo.**
- **Desarrollo de una Web de Prevención de Suicidio para la ciudadanía** (<https://www.osakidetza.euskadi.eus/salud-mental-suicidio/ab84-oessmcon/es/>).
- **Despliegue en el ámbito comunitario del Programa Bizi de prevención de suicidio** (curso online para profesionales no sanitarios).
- **Elaboración de un Mapa de Suicidios en Euskadi 2008-2018** (análisis geográfico, epidemiológico y clínico; identificación de hotspots).
- **Desarrollo en el ámbito de emergencias de la Táctica Operativa Incidente Conducta Autolítica (ICA).**
- **Creación de una Guía de Actuación en crisis suicida y posversión inmediata para profesionales de emergencias.**
- **Inclusión de la Prevención del Suicidio como línea de actuación en la Estrategia de Seguridad del Paciente de Osakidetza 2030.**

En una evaluación preliminar realizada en el año 2022 la Estrategia había iniciado el despliegue del 70% de medidas tipo A y B (prioridad 1 y 2). En el año 2023 se inicia su última fase de despliegue, tras la cual se procederá a su evaluación final.

Atención a las personas con enfermedades mentales basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario

La atención a las personas con enfermedades mentales debe estructurarse en base a algunos principios básicos:

- *El tratamiento debe consistir en intervenciones de naturaleza psicológica, biológica, social y ocupacional/ funcional que respondan a principios éticos y hayan mostrado evidencias de eficacia y seguridad. Cuando no se disponga de estas serán tenidas en cuenta las recomendaciones de instituciones científicas o grupos sociales implicados.*

Modelo de recuperación

La transformación de los servicios de salud mental en las últimas décadas, al menos en los países desarrollados, se sustenta en dos ideas clave:

- 1. La atención a la salud mental debe equipararse al resto de la atención sanitaria, que las personas con trastornos mentales, y especialmente las que padecen enfermedades mentales graves, deben ser atendidas en servicios cercanos, e integrados en el resto de servicios sociales y sanitarios. La integración de la salud mental en el sistema sanitario y el desarrollo de estos servicios son la base del modelo comunitario de atención.*
- 2. El destino de las personas que padecen enfermedades mentales graves no es el de vivir supeditadas y en una situación de creciente discapacidad y dependencia, sino que padecer una enfermedad mental no es incompatible con una vida plena, con significado y objetivos propios y capacidad para tomar decisiones. Esta es la base del modelo de recuperación. E implica, indefectiblemente, escuchar a las personas y tener en cuenta lo que dicen.*

Padecer una enfermedad mental no es incompatible con una vida satisfactoria, con autonomía, independencia y participación social. La necesidad de apoyos no implica suplantarse las decisiones y objetivos personales. Asumir el manejo y la gestión de la propia enfermedad, aprender a afrontar los síntomas y posibles discapacidades para lo que es necesario disponer de información y apoyos tanto del entorno como de los profesionales.

La recuperación implica la necesidad del tratamiento y estabilidad clínica, pero se centra en la manera en cómo cada persona afectada afronta su vida y en qué necesita para que esa vida sea satisfactoria y acorde con sus propios valores y metas. Es un proceso personal y continuo, de recuperación del control y la responsabilidad sobre la propia vida y también de participación en las decisiones que afectan al propio tratamiento.

Los servicios y los/las profesionales orientados al modelo de recuperación entienden que el/la paciente puede bien ser dado de alta tras un proceso terapéutico, o permanecer en tratamiento apoyado y coordinado con servicios y programas sociales de la comunidad. Se debe garantizar la continuidad de la atención entre servicios (por ejemplo, del alta de la hospitalización o de las alternativas a la hospitalización a la atención ambulatoria), sus intervenciones deben de ser efectivas, seguras, informadas, basadas en evidencia y coste efectivas. Además de proporcionar el tratamiento profesional, se centran en mantener la calidad de vida, promover expectativas esperanzadoras y asumen como propios los factores de la recuperación y la necesidad de incluirlos en la atención: fomentar la conexión, la esperanza, el sentido y significado, la identidad y el empoderamiento de las personas a las que atendemos. Los cuidados de la salud física son un elemento fundamental de la atención, de la coordinación con el resto de servicios y especialidades, la prevención y la intervención en cuidados como la nutrición, el ejercicio físico, el tabaquismo, el sueño, la salud cardiovascular o la prevención de enfermedades, en personas cuya esperanza de vida está drásticamente reducida.

Es posible que ante necesidades cambiantes se precise el desarrollo de nuevos servicios, y de nuevos programas en los propios servicios actuales. Para lograrlo el Consejo Asesor de Salud Mental (CASM) velará por la detección de necesidades procurando que sean lo más ajustados en el binomio coste-beneficio, sin perder de vista la orientación de los servicios hacia la recuperación, favoreciendo la participación de las personas con enfermedad mental en su proceso asistencial. El CASM considera como enfermedad mental grave también los trastornos de conducta alimentaria, con manifestaciones mentales y físicas, tal y como se concluye en el grupo de trabajo del CASM sobre esta patología (véase [Anexo II](#)).

Salud mental comunitaria

El modelo de asistencia ha de orientarse hacia la mejor atención a las personas y sus familias situándoles en el centro del proceso (atención centrada en la persona). Tanto los equipos interdisciplinares como los diversos servicios y desde los distintos niveles de atención han de articularse en torno a sus necesidades en materia de salud mental.

Es un modelo equilibrado en las necesidades de salud mental, e incluye tanto la atención ambulatoria como la hospitalaria. Y dentro de la ambulatoria tanto los centros de salud mental como los recursos intermedios. Los recursos deben ser suficientes para que los ingresos tengan la duración estrictamente necesaria en cada caso, y se permita la vuelta al domicilio con el apoyo sanitario y social si fuera necesario.

El trabajo de los equipos de atención primaria resulta fundamental para promover la Salud mental, atender procesos psicosociales de la vida cotidiana que influyan en la salud de las personas, disminuir el estigma, así como para la detección e intervención precoz ante la aparición de factores de riesgo o síntomas asociados a problemas de salud mental.

La interconsulta y enlace posibilita además la coordinación asistencial y asesoría entre los y las profesionales de las diferentes disciplinas lo que redunda positivamente en la calidad asistencial y los resultados en salud.

Realizada una derivación a los servicios de salud mental de la atención especializada de salud, se ofrecerá la asistencia personalizada que fuera necesaria para el/la afectado/a y su familia procurando que las personas afronten sus procesos vitales en su entorno, con la menor fragmentación de sus vidas posible, realizando ingresos solo si están indicados y que tengan la duración estrictamente necesaria en cada caso; y se permita la vuelta al domicilio con el apoyo sanitario y social si se precisa. Para ello, se reforzarán 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.

Hospitalización por enfermedad mental

La hospitalización por enfermedad mental se realiza en las llamadas unidades de agudos, lo que enfatiza la atención intensiva que se proporciona. Los ingresos se realizan de forma urgente, a través de los servicios de urgencias, o programada desde otras estructuras de atención. Están ubicados en hospitales generales en donde también se encuentran los servicios de urgencias y las consultas externas. Las personas con enfermedad mental son admitidas para tratamiento psiquiátrico agudo debido al deterioro de su estado mental, lo que muchas veces conlleva cambios en su comportamiento y funcionamiento social. Los/las pacientes atendidos en los Servicios de Psiquiatría de los Hospitales generales son pacientes con trastorno mental grave, en sus primeras fases, o en recaídas agudas de evoluciones crónicas. Este dispositivo suele tener periodos de estancia ajustados a las necesidades, de corta duración, para la realización de tratamientos o procedimientos diagnósticos, así como para tratamientos de desintoxicación de sustancias adictivas y en pacientes con necesidades de atención por diferentes especialistas. Para la continuidad de cuidados en la comunidad permitiendo hacer estancias más breves, se han desarrollado las unidades de hospitalización parcial, con tratamiento intensivos pero ambulatorios. En los hospitales de día de los hospitales generales también se realiza rehabilitación de pacientes con trastorno mental grave de reciente comienzo. El incremento de pacientes diagnosticados de trastornos de la conducta alimentaria y el incremento de su gravedad ha propiciado la elaboración por parte del Consejo Asesor de un documento monográfico con recomendaciones específicas para esta patología. Existen también los comedores terapéuticos, que son estructuras de hospital de día, como las unidades de hospitalización parcial. Al estar la atención basada en la persona se mantiene coordinación con los/las profesionales, familias y servicios sociales implicados en su atención. Los programas de enlace atienden a trastornos que pueden ser moderados o graves, complicados con enfermedades físicas. Son programas de intervención breve y de prevención.

Atención hospitalaria a las personas en episodios subagudos. *Los/las pacientes son derivados/as desde las Unidades de agudos, cuando se detecta una necesidad de ingreso que requiera mayor tiempo de tratamiento, pero menor número de recursos. Se denominan Unidades de Subagudos, y están ubicadas en hospitales psiquiátricos.*

Su objetivo principal es el tratamiento de pacientes que presentan una psicopatología grave, que ha sido resistente al tratamiento administrado en el hospital general o que la mejoría no ha sido suficiente para el alta, y el/la paciente por sus circunstancias no puede ser atendido/a en una unidad de hospitalización parcial. La duración del ingreso se sitúa entre uno y tres meses.

Atención hospitalaria para personas en rehabilitación psiquiátrica.

Se realizan en unidades de rehabilitación hospitalaria, ubicadas en hospitales psiquiátricos, que ofrecen tratamiento hospitalario para pacientes con Trastorno Mental Grave de curso crónico que precisen hospitalizaciones prolongadas por mantener sintomatología persistente y/o problemas de soporte y funcionamiento sociofamiliar. El objetivo de la hospitalización en el hospital psiquiátrico es el abordaje del problema en un entorno de seguridad y preparar a los/las pacientes afectados para el alta y su reinserción en recursos asistenciales comunitarios. La estancia media estimada es de 365 días, aunque se pretende que el tiempo de hospitalización sea siempre el mínimo posible para el cumplimiento de los objetivos terapéuticos. En ningún caso las unidades de rehabilitación hospitalaria pueden considerarse un destino final ni una alternativa residencial.

Dispositivos intermedios

Hospital de día de salud mental. *Existen dos tipos al menos de estructuras: las que tienen plazas limitadas, con una orientación de rehabilitación social, y la ya mencionada hospitalización parcial, como recurso sin limitación de personas, sino basado en la necesidad, para prevención de ingresos y altas precoces, que suelen ser complementarias a las unidades de hospitalización de agudos. Son un instrumento de prevención secundaria para pacientes que, sin tener una indicación de hospitalización a tiempo total, necesitan una atención intensiva. Es un recurso para prevenir recaídas, hacer de soporte para encajar y superar la crisis, ayudando a reiniciar satisfactoriamente la vida previa y, si no es posible a mantener la estabilidad clínica y potenciar la autonomía personal.*

Centros residenciales y centros de día (Mini-residencias), *son recursos residenciales sociosanitarios dirigidos a personas que presentan trastornos psiquiátricos con limitación de su capacidad funcional, necesitadas de ayuda y estímulo para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, con un pronóstico pesimista en cuanto a la remisión de su patología y que no cuentan con una adecuada cobertura sociofamiliar.*

Viviendas con apoyo (Pisos supervisados), *son recursos residenciales sociosanitarios organizados en pisos normales insertos en el entorno social en los que conviven personas con trastorno mental grave. Estos pisos son compartidos entre varios usuarios/as con distintos grados de supervisión profesional y ofrecen un apoyo flexible, individualizado y continuado a las personas que en ellos habitan.*

Objetivo general 4.1.

Contribuir a recuperar, mantener y mejorar la autonomía y la calidad de vida de las personas con trastornos mentales

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.1.1. Realizar Planes Individualizados de Atención (PAI), desde un enfoque biopsicosocial e interdisciplinar, orientado a la recuperación, que atienda a las dificultades, fortalezas, activos de salud y/o habilidades de la persona en el marco de una alianza terapéutica que cuente con la participación activa de esta.

- Elaborar una propuesta de PAI simplificado para pacientes más complejos.

4.1.2. Asegurar la participación de las personas con trastornos mentales y las asociaciones de personas con enfermedad mental en el diseño, la aplicación, la prestación y la evaluación de las políticas, los sistemas y los servicios de salud mental.

4.1.3. Promover la coordinación entre diferentes estructuras sanitarias y sociales antes de la hospitalización, favoreciendo los traslados amables.

1. Se deberá potenciar el trabajo en planificación compartida de la asistencia.

2. Se deberá procurar el acompañamiento de las personas con dificultades para la toma de decisiones a los servicios de urgencias, para disminuir la necesidad de hospitalizaciones involuntarias y facilitar el bienestar de la persona con enfermedad mental grave. Se aplicará en todo caso el principio de menor restricción posible garantizando el respeto y la dignidad de la persona.

4.1.4. Promover la equidad interterritorial en la disponibilidad y el acceso a la red de recursos sanitarios y sociosanitarios.

- Análisis de los recursos sanitarios y sociosanitarios disponibles, y homogeneizar el despliegue y la oferta de recursos y servicios en los tres Territorios Históricos.
- Desarrollar recursos específicos para los trastornos de conducta alimentaria, patología dual y salud mental infantojuvenil que den respuesta a las necesidades clínicas actuales, y garanticen la accesibilidad y equidad para los tres Territorios Históricos (véase [Anexo II, III y IV](#)).

Objetivo general 4.2.

Disponer de servicios y recursos alineados con los principios básicos de la atención basada en el modelo de recuperación de las personas en el ámbito comunitario

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.2.1. Desarrollar apoyos sociales para la promoción de la vida independiente.

- Diagnóstico sobre modelo de vida independiente de las personas con discapacidad. Comisión de Discapacidad de la Mesa de Diálogo Civil de Euskadi.
- Desarrollar, como proyecto tractor, el modelo de vida independiente del II Plan Estratégico de los Servicios Sociales de la CAPV.

4.2.2. Definir e implementar recursos, programas y medidas para el desarrollo de líneas de intervención novedosas en salud mental.

- Desarrollar recursos específicos para el Trastorno de Conducta Alimentaria que den respuesta a las necesidades clínicas actuales, y garanticen la accesibilidad y equidad para los tres Territorios Históricos (véase [Anexo II](#)).

4.2.3. Potenciar y desarrollar la atención a la salud mental en atención primaria.

4.2.3.1. Definir estándares comunes de coordinación con la atención primaria.

4.2.3.2. Proveer de herramientas a la atención primaria para el abordaje eficaz y eficiente del trastorno mental leve.

- Definir piloto de prescripción social desde atención primaria para el tratamiento del trastorno mental leve.
- Incorporar el grupo de herramientas [Mastermind](#).
- Osasun Eskola, para programas de apoyo emocional y talleres de salud emocional de [Paciente Activo](#).

Salud mental en la infancia y en la adolescencia

Las condiciones y experiencias de vida en los primeros años son especialmente trascendentes respecto al crecimiento y desarrollo biopsicosocial en las distintas áreas (cognición, lenguaje, hábitos, habilidades sociales, desarrollo emocional...), influyendo sustancialmente en la salud y la calidad de vida de las personas en el resto de las etapas del ciclo vital.

La atención a la salud mental en la etapa de la infancia y la adolescencia representa una prioridad para todos los agentes sociales. Un enfoque orientado a fortalecer los activos en salud y los factores protectores de la salud mental, más allá de la identificación precoz de los factores de riesgo ha de contemplarse para mejorar en toda su dimensión la salud mental en la infancia y la adolescencia.

La investigación ha puesto de manifiesto la importancia del contexto familiar como lugar en el que se producen las circunstancias y las relaciones que van moldeando el desarrollo de sus miembros. Los/las progenitores/as, o las personas que ejercen el cuidado parental, influyen en sus hijos e hijas a través de los afectos, los comportamientos y las cogniciones.

*Dada la centralidad y relevancia de esta línea el Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi ha elaborado un **documento monográfico** que se recoge como **Anexo IV** y que desarrolla las líneas estratégicas con una propuesta de recomendaciones en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil, así como un análisis de los recursos existentes y una propuesta de adecuación a las necesidades.*

Objetivo general 5.1.

Promoción de la salud mental en la infancia y adolescencia.

Prevención y detección precoz de los síntomas y trastornos de salud mental en estas edades

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

5.1.1. Programar en el centro escolar y sanitario general actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental y el bienestar emocional en coordinación con los /las profesionales de la salud mental infantil y de la adolescencia. Actuaciones que servirán también para combatir el estigma a las personas que padecen trastornos de Salud mental.

- Despliegue sistematizado y curricular de las actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en centros educativos. Currículo socioemocional y UPRIGHT (Universal Preventive Resilience Intervention Globally Implemented in Schools to improve and promote mental Health for Teenagers).

5.1.2. Fortalecer la formación en promoción de la salud mental y la detección de los síntomas de los trastornos mentales a los/las profesionales de Educación por parte de los servicios de salud mental Infantil y de la adolescencia, así como coordinación y asesoramiento para la derivación de los casos a los equipos de salud mental.

- Desarrollo de agenda formativa conjunta para profesionales de salud mental infanto-juvenil y de Educación para la implantación curricular de herramientas de afrontamiento de la adversidad y desarrollo de la resiliencia.
- Desarrollo de la estrategia de prevención, intervención y posvención del suicidio en el medio educativo.
- Desarrollo del [Programa de Salud infantil de Osakidetza \(2021\)](#) en el cribado sistemático de la depresión en adolescentes.

5.1.3. Incluir programas específicos de prevención en entornos familiares disfuncionales que permitan identificar situaciones de abuso, violencia, maltrato o vulnerabilidad, por su especial impacto en la salud mental de quien la sufre.

- Desarrollo del VIII Plan de Adicciones en lo referente al establecimiento de planes de prevención y detección precoz de conductas de riesgo por uso de sustancias o adicciones en menores (con o sin sustancia) unido a la creación de recursos o programas de salud mental dirigidos a la atención específica temprana de dicha patología.
- Desarrollo del [Programa de Salud Infantil de Osakidetza \(2021\)](#) en el cribado de la valoración neuropsicológica en menores nacidos/as con bajo peso.
- Desarrollar programas de detección de patología mental en grupos especialmente vulnerables como menores en pisos tutelados, residencias y otros grupos en riesgo de exclusión.

Objetivo general 5.2.

Atención a niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

5.2.1. Atender con prontitud a los trastornos mentales en la infancia y adolescencia, con especial atención a la detección de los síntomas precoces, siendo especialmente relevante cuando estos síntomas indican la aparición de trastornos mentales graves.

- Desarrollar sistemáticamente y en todos los territorios los programas de actuación de primeros episodios y alto riesgo.
- Desarrollar el Programa de Salud Infantil de Osakidetza en el cribado sistemático de la depresión en adolescentes.

5.2.2. Mejorar y homogeneizar el registro diagnóstico de los y las menores atendidos en salud mental.

5.2.3. Desarrollar programas de formación continuada de médicos de familia, pediatras de atención primaria y enfermeras de atención primaria y comunitaria y pediatría para la detección precoz de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia.

5.2.4. Promover la formación continuada de profesionales de la salud mental infantil y de la adolescencia.

5.2.5. Mejorar los recursos y servicios de atención a la infancia y adolescencia, tanto sanitarios como sociales. Dotar de suficientes recursos a los servicios de atención primaria pediátrica y a los servicios de salud mental infantil.

- Promoción de la equidad de recursos en los tres Territorios Históricos.
- Puesta en marcha de tratamientos domiciliarios para menores con Trastorno de Conducta Alimentaria.
- Incrementar el abordaje terapéutico con las familias de menores con trastornos psiquiátricos, en especial en los casos graves (Trastorno Mental Grave) potenciando los tratamientos psicoterapéuticos a menores.
- Puesta en marcha de tratamientos domiciliarios para menores.
- Desarrollo de la [Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi](#) (actuaciones dirigidas a niños y niñas con necesidades especiales).
- Desarrollo de indicadores sociosanitarios de riesgo en menores.

5.2.6. Optimizar la coordinación entre equipos de salud mental de infancia y adolescencia y de personas adultas para favorecer la continuidad de tratamiento de aquellos adolescentes que así lo requieran una vez alcanzada la edad adulta.

- Revisar los diagnósticos de los/las menores atendidos/as al menos una vez al año, para asegurar la máxima precisión posible antes de la transición a los programas de personas adultas.
- Elaborar informe de derivación y coordinación con los centros de adultos/as cuando los/las menores cumplen 18 años.

5.2.7. Impulsar el buen trato a la infancia y la adolescencia, el respeto de los derechos fundamentales del niño y de la niña, la humanización en la asistencia y la atención integral.

- Incluir sistemáticamente una valoración de los entornos de convivencia y de las necesidades de apoyo fuera del ámbito sanitario.

Objetivo general 5.3.

Luchar contra la discriminación y la estigmatización social de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

5.3.1. Fomentar campañas de sensibilización en colectivos claves: profesionales del ámbito social, educativo y sanitario, familiares, policías, profesorado, periodistas, estudiantes universitarios/as, alumnado de Educación Secundaria, Bachillerato y Formación Profesional.

- Despliegue sistematizado y curricular de las actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en centros educativos. Currículo socioemocional y UPRIGHT (Universal Preventive Resilience Intervention Globally Implemented in Schools to improve and promote mental Health for Teenagers).

5.3.2. Elaborar estrategia interinstitucional para erradicar el estigma de las personas con trastorno mental, en la que se contemplen las situaciones de discriminación y estigmatización de menores con trastorno mental.

- Desarrollo de la Estrategia Interinstitucional Anti-Estigma de Euskadi.

En el modelo comunitario de atención en Salud mental, la atención e intervención con las familias es una pieza clave en el diseño terapéutico que se debe afrontar desde una perspectiva social y de derechos, como se expresa en el preámbulo de la [Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad](#). Se debe garantizar su participación real y efectiva en las decisiones tomadas para el desarrollo de cualquier tipo de atención y que tengan un impacto claro en planificación, desarrollo y evaluación en todos los niveles asistenciales.

Las actividades de intervención familiar contemplan a la familia y su entorno como elemento activo en la recuperación psicosocial de la persona con problemas de Salud mental. La familia no solo es proveedora de cuidados, sino que puede ser una potencial usuaria. El sistema familiar es en sí mismo un entorno donde se protege o propicia la aparición de problemas de Salud mental, se proveen cuidados y se aprenden autocuidados.

Para ello, familiares o personas allegadas, necesitan información, asesoramiento, formación, cuidados y herramientas para la mejora de habilidades sociales básicas, manejo de la enfermedad y resolución de problemas. Por otro lado, el contexto es cambiante y el concepto de familia se ha visto modificado, nuevas cargas y nuevas exigencias. Tradicionalmente han sido únicas proveedoras de apoyos, pero en el contexto actual de derechos y desde el modelo de recuperación que pone el acento en la autonomía de la persona con enfermedad mental, tanto los/las profesionales como las familias vemos modificados nuestros espacios.

Los programas formativos de intervención familiar pueden ser una parte del tratamiento en un modelo de atención comunitaria de salud mental, y tienen los objetivos de cubrir las necesidades formativas relacionadas con los trastornos mentales, el problema de salud mental y la recuperación psicosocial.

Objetivo general 6.1.

Atención y relación con las familias

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

6.1.1. Facilitar la accesibilidad y modelos de atención y apoyo a las familias para el establecimiento de una alianza efectiva entre profesionales y personas con trastornos mentales, basados en su autonomía y empoderamiento.

- Incluir sistemáticamente en el Plan de Atención Individualizada, en los entornos de convivencia familiar la valoración de dificultades de cuidados en colaboración con asociaciones y espacio sociosanitario.

6.1.2. Favorecer el asociacionismo de familiares y personas con enfermedades mentales que faciliten relaciones de cooperación y la creación de grupos de apoyo mutuo entre familiares, información sobre apoyos a personas cuidadoras y fomento de la corresponsabilidad.

- Informar a las familias de las personas con enfermedad mental sobre la existencia de las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental.

6.1.3. Sensibilizar e informar a las familias acerca del impacto en su salud física y mental de la sobrecarga relacionada con el cuidado de su familiar.

- Habilitación de recursos de respiro.
- Despliegue de la [Estrategia Sociosanitaria de apoyo a las familias cuidadoras 2021-2030](#).

La coordinación es el modo de articulación de los distintos niveles en que han de ser procurados los cuidados en el campo de la salud mental y en cualquier otro de la actividad asistencial. Su objetivo es garantizar la continuidad de los cuidados que son necesarios, tanto en los servicios de salud como en servicios sociosanitarios (servicios sociales, justicia, educación, trabajo, etc.). Dentro del ámbito sanitario debemos considerar también la interconsulta desde otras especialidades que tratan patologías con una repercusión importante sobre la salud mental de los/las pacientes que las sufren, y los programas de enlace. Las personas con trastornos mentales pueden presentar necesidades cuya cobertura requiere también del aporte de otros ámbitos organizativos que están fuera del campo de la salud. En los casos más graves pueden ser necesarios procedimientos como la gestión de casos.

Objetivo general 7.1.

Desarrollar la cooperación organizativa entre las redes de salud mental y los servicios de psiquiatría y atención primaria de las organizaciones sanitarias integradas

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

7.1.1. Consensuar un modelo organizativo para Osakidetza que garantice la coordinación longitudinal y transversal en los procesos asistenciales implicados en el trastorno mental.

- Establecer itinerarios asistenciales unificados entre proveedores públicos y privados de financiación sanitaria, especialmente en el campo de las adicciones.

7.1.2. Asegurar la continuidad asistencial y de cuidados cuando confluyen diversas necesidades en la atención multidisciplinar entre los diferentes centros (urgencias, atención primaria, centros de salud mental, hospitalización, programas de enlace, rehabilitación, programas intensivos de tratamiento y alimentación).

- Potenciar el funcionamiento y la coordinación de las comisiones interinstitucionales, centradas en el seguimiento y continuidad de cuidados del/de la paciente.

7.1.3. Centrar la intervención en las necesidades de la persona, pudiéndose establecer atenciones coordinadas según las necesidades, potenciando la participación de las personas con experiencia propia en salud mental y de sus familias en los procesos de decisión.

- Facilitar a las personas medios de interlocución previos a la interposición de quejas de tal forma que facilite la recogida de sugerencias/quejas y gestionar de forma más eficaz la mejora.

Objetivo general 7.2.

Desarrollar la coordinación interinstitucional e intersectorial

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

7.2.1. Potenciar la coordinación interdisciplinar, interinstitucional e intersectorial como modo de atender las diversas necesidades y garantizar la continuidad de los cuidados.

- Desarrollo del [Decreto de Gobernanza Sociosanitaria](#). Referente Sociosanitaria/o en salud mental.
- Impulso de planes de salud mental en las comisiones sociosanitarias comarcales.

7.2.2. Impulsar de forma progresiva la colaboración estrecha y coordinada en las intervenciones entre todos los ámbitos implicados en salud mental (servicios sociales, justicia, fuerzas y cuerpos de seguridad, educación, cultura, empleo, sanidad, medios de comunicación, etc.).

- Avanzar hacia la homogenización en los aspectos de líneas de trabajo, competencias, reparto y composición de comisiones dentro del ámbito de la colaboración interinstitucional entre las administraciones forales, autonómicas y municipales de los tres Territorios Históricos.
- Coordinación con Instituciones penitenciarias y justicia. Cumplimiento de medidas de seguridad en los servicios de salud mental, protocolos conjuntos en centros penitenciarios.
- Impulso de Marco de colaboración entre Salud mental y Educación.
- Participación en los itinerarios mixtos y mesas de inclusión del Departamento de Empleo y Trabajo.

7.2.3. Promover la creación de canales de comunicación entre instituciones, sectores y profesionales para facilitar una coordinación eficaz y unificada.

- Participación en el Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi.

7.2.4. Fomentar la coordinación sociosanitaria.

- Despliegue de la [Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024](#).
- Desarrollo de la interoperabilidad sociosanitaria.

LÍNEA

08

Participación de la ciudadanía

La participación de la ciudadanía en todo aquello que afecta a la persona y a la comunidad se ejerce, junto con el resto de implicados, en el proceso de toma de las decisiones que les afecta ya sea en términos de los estilos de vida, para la prevención y promoción de la salud mental, en términos de elección entre los tratamientos eficaces, o bien para la redistribución de recursos.

Esa colaboración se hace imprescindible para desarrollar una práctica respetuosa con la autonomía y con todos los demás derechos de la persona. La participación comunitaria aporta ventajas en cuanto al apoyo social percibido y el establecimiento de redes sociales, imprescindibles para el fomento de la salud y la recuperación. Es interesante destacar en este punto el papel de los grupos de ayuda mutua y de las asociaciones.

Objetivo general 8.1.

Promover la participación colectiva a través de grupos organizados de la sociedad civil

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

8.1.1. Facilitar la participación de los agentes sociales y representativos en las estrategias y planes de salud mental.

- Promover que en grupos de trabajo se incorporen personas con trastorno mental y sus familias.

8.1.2. Establecer mecanismos de participación de los movimientos asociativos, las sociedades científicas y profesionales relacionados con la salud mental en el diseño, planificación y evaluación de los servicios.

- Incorporar a familiares y asociaciones en la elaboración de planes estratégicos de organizaciones sanitarias integradas y redes de salud mental.
- Reforzar la integración de la voz de familiares y asociaciones a través de reuniones programadas con las organizaciones y con Osakidetza.

Objetivo general 8.2.

Incorporar a las personas con trastornos mentales como agentes activos de salud

OBJETIVO ESPECÍFICO

8.2.1. Desarrollo del modelo de recuperación.

- Establecer mecanismos de participación efectiva en el diseño, planificación y evaluación de los servicios.
- Fomentar medidas de participación efectiva en los servicios de atención para la toma de decisiones.
- Fomentar el modelo de “apoyo entre pares”.
- Incorporar a las personas con experiencia propia en salud mental en los programas de formación y sensibilización a profesionales.
- Incorporar a las personas con trastorno mental para colaborar en los proyectos de investigación siguiendo las recomendaciones europeas de RRI (Responsible Research and Innovation).

LÍNEA

09

Formación

El avance de los conocimientos en Ciencias de la Salud y la amplitud de los campos relacionados con ellas, requieren de una formación continuada de los y las profesionales.

Hay que promover y fomentar la formación continuada de los y las profesionales de salud mental en base a la evidencia científica y de experiencias existentes en otros países o Comunidades Autónomas de nuestro entorno. Es necesario detectar y cubrir las necesidades formativas y potenciar el enfoque interdisciplinar y transversal, incorporando la experiencia y el saber de las personas con problemas de salud mental y sus organizaciones.

Pregrado

Es necesario ir adaptando en el tiempo el contenido y los programas de los estudios de todas aquellas titulaciones vinculadas con la atención a la salud mental, en línea con las recomendaciones recogidas en la presente Estrategia. Dado que existe convenio con las universidades, estas acciones son objetivos asumibles en Euskadi.

Formación sanitaria especializada

La formación de postgrado por la vía MIR (título de médico/a especialista en Psiquiatría y de la nueva especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, PIR (título de psicólogo/a especialista en Psicología Clínica) y EIR (título de enfermera/o especialista en salud mental) es uno de los programas más prestigiados a nivel internacional de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS). El programa es establecido por cada comisión de la especialidad correspondiente y se lleva a cabo en el seno de Unidades Docentes Multiprofesionales. En todos ellos, se incluye la adquisición de competencias para el manejo de personas con sintomatología crónica, problemas de salud mental grave, para el proceso asistencial y diagnóstico, orientación terapéutica y de cuidados, introducción a la interconsulta con otros servicios, asistencia a trastornos adictivos por uso de sustancias (alcohol y otras sustancias de abuso) y promoción de la salud y prevención de los problemas de salud en todas las etapas de la vida. El programa formativo que se lleva a cabo en dispositivos docentes incluye la realización de guardias para la atención de las urgencias o actividades de atención continuada (es el caso de los PIR).

En noviembre de 2021 se aprobó el Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría.

Formación continuada

La formación continuada es un proceso de enseñanza-aprendizaje activo y permanente, que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades, actitudes y competencias, de gran importancia en los y las profesionales de los equipos de salud mental ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y nuevas necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario.

Es necesario promover y fomentar la formación continuada, libre de conflictos de intereses, de los y las profesionales de salud mental en base a la nueva evidencia científica y en prácticas y experiencias reconocidas internacionalmente y existentes en otros países de nuestro entorno, incluidas aquellas que contribuyan a reducir el uso de coerción en salud mental.

Potenciar la figura del/ de la tutor/a de residentes en las unidades docentes multiprofesionales con el reconocimiento de su labor, mediante la implementación de lo recogido en el artículo 24 del Decreto 34/2012, de 6 de marzo, de ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en la Comunidad Autónoma del País Vasco sobre el Reconocimiento de la figura del/de la tutor/a de Formación Sanitaria Especializada. Compatibilización de agendas de asistencia y tutoría.

Objetivo general 9.1.

Promover la formación en salud mental desde las administraciones públicas

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

9.1.1. Actualizar los programas formativos de las especialidades de salud mental y los requisitos de acreditación de la Unidades Docentes Multiprofesionales de salud mental.

9.1.2. Establecer los itinerarios formativos de la nueva especialidad de psiquiatría infantil y de la adolescencia.

- Establecidos febrero-marzo 2023 en OSI Bilbao-Basurto y OSI Araba.

Publicación: Orden PCM/205/2023, de 2 de marzo, por la que se aprueban y publican los programas formativos de las especialidades de Psiquiatría y Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, los criterios de evaluación de los especialistas en formación y los requisitos de acreditación de las Unidades Docentes Multiprofesionales de salud mental.

9.1.3. Fortalecer la formación continuada de las personas especialistas del área de salud mental.

9.1.4. Desarrollar acciones formativas específicas en salud mental infanto-juvenil y en las edades avanzadas de la vida entre los y las profesionales que se dedican a la misma.

9.1.5. Promover la formación fuera del ámbito profesional sanitario, especialmente en otras áreas implicadas, como servicios sociales, educación, justicia, trabajo, instituciones penitenciarias y medios de comunicación.

9.1.6. Fomentar acciones formativas, en salud mental y atención primaria, que faciliten la integración de diversos tipos de intervenciones basadas en la evidencia científica disponible, en el marco de la atención interdisciplinar.

9.1.7. Facilitar la formación continua sensible al género y a la diversidad de culturas.

Objetivo general 9.2.

Abrir vías de participación ciudadana en el diseño de políticas públicas de formación en salud mental

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

9.2.1. Establecer vías de colaboración y participación entre las administraciones públicas y organizaciones del ámbito asociativo en el diseño y realización de las distintas acciones formativas.

9.2.2. Garantizar la formación en materia de participación ciudadana a los y las profesionales relacionados con la salud mental.

LÍNEA

10

Investigación, innovación y conocimiento

La investigación debe constituir un elemento central del quehacer del sistema sanitario. La reflexión sobre la tarea realizada, la evaluación de ésta y la búsqueda de soluciones a los problemas de salud suponen una responsabilidad inexcusable del sistema sanitario y de sus profesionales.

La investigación clínica centrada en las necesidades de las personas con problemas de salud mental y teniendo en cuenta el contexto social y económico en el que desarrollan su vida, así como la evaluación de la eficacia y seguridad de los diferentes tratamientos, debe primar en el sistema sanitario público.

Sin perder de vista la complementariedad de las líneas de investigación y la necesidad de potenciar la creación de grupos de investigación competitiva multidisciplinares, incluyendo especialistas de otras áreas de conocimiento, parece razonable que se prioricen aquellas líneas de investigación con un elevado componente traslacional, con un mayor impacto en la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental y en la mejora de la asistencia que se les ofrece. De igual forma, han de potenciarse las investigaciones multicéntricas y con colaboraciones internacionales, en las que quepa la posibilidad de incluir a los y las profesionales en formación.

El impulso a la salud digital, que se prevé en los próximos años debe orientarse, y representa una oportunidad para una mejor atención de las y los pacientes.

Objetivo general 10.1.

Impulsar la investigación en todos los ámbitos relacionados con la Salud mental

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

10.1.1. Promover que los programas estatales y autonómicos de investigación científica e innovación incluyan aspectos de la estrategia de salud mental.

10.1.2. Impulsar la colaboración entre los tres Territorios respecto a la investigación en salud mental, a través de los Institutos de Investigación.

10.1.3. Promover la participación de dichos grupos en comités de ética e investigación en salud mental.

- Inclusión sistemática de, al menos, un/una profesional de la salud mental en los Comités de Ética de Investigación Clínica (CEIC)s Locales/Euskadi.

10.1.4. Crear un sistema integrado de información/vigilancia en salud mental con información útil para la comparación entre Comunidades Autónomas y otros países europeos.

- Inclusión de los trastornos mentales en las patologías vigiladas en el Observatorio de Salud del Departamento de Salud.
- Medir indicadores de calidad de forma homogénea y consensuada a partir de experiencias previas y buenas prácticas.

10.1.5. Difundir los resultados de las investigaciones promoviendo la generación de conocimiento compartido.

10.1.6. Fomentar e incentivar la participación de los y las profesionales sanitarios con un perfil más clínico en actividades de investigación sanitaria de calidad.

- Elaboración de un informe de cuantificación del número de clínicos/as que participan en proyectos de investigación financiados por agencias de financiación competitiva.

10.1.7. Promover la investigación de la conducta suicida.

Objetivo general 10.2.

Establecer líneas de investigación interdisciplinarias en salud mental

OBJETIVO ESPECÍFICO

10.2.1. Impulsar la colaboración estrecha y coordinada entre investigadores/as de todos los ámbitos y tener en cuenta la opinión de las personas afectadas al realizar los proyectos de investigación.

Objetivo general 10.3.

Incorporar la perspectiva de género en todas las líneas de investigación

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

10.3.1. Disponer de información segmentada que incluya la perspectiva de género de acuerdo con diferentes variables: morbilidad diferencial por sexos, desigualdades de género, determinantes psicosociales de género, tanto de vulnerabilidad como protectores.

10.3.2. Impulsar el desarrollo de líneas de investigación innovadoras referidas a la relación mujer y salud mental en diferentes ámbitos.

10.3.3. Poner en marcha actuaciones dirigidas específicamente a la erradicación de los sesgos de género en la investigación en salud mental.

Objetivo general 10.4.

Desarrollar investigaciones sobre los factores sociofamiliares de las personas con problemas de salud mental

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

10.4.1. Desarrollar estudios sobre los efectos de la pobreza según los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) considerando las nuevas situaciones de desamparo y su relación con la salud mental.

10.4.2. Desarrollar estudios para valorar el impacto sobre la salud mental de la población tras traumas vitales importantes (pandemias –ej. la pandemia de COVID-19-, desastres ambientales, migraciones, guerras, etc.).

10.4.3. Promover la investigación y análisis del impacto en la salud mental de las personas cuidadoras principales de las personas con trastornos mentales, la prestación de cuidados y soporte.

10.4.4. Impulsar investigaciones y análisis (situaciones de abusos, malos tratos o riesgo de los mismos dentro de los diferentes sistemas familiares) y su impacto sobre la salud mental.

10.4.5. Promover líneas de investigación acerca de la presencia de trastornos mentales en la infancia y la adolescencia, así como de sus formas de presentación clínica y de los diferentes tratamientos que se desarrollen y de su evolución longitudinal.

Objetivo general 10.5.

Potenciar el uso de las tecnologías de la información en el ámbito asistencial de atención a la salud mental en relación con la futura Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

10.5.1. Desarrollar servicios públicos digitales que tengan en cuenta las necesidades de atención en salud mental. Por ejemplo, el desarrollo de un modelo de atención telemática que ayude a mejorar el acceso a los

servicios, en particular de los grupos más vulnerables, de la población rural y de aquella con limitaciones de movilidad, garantizando la equidad, continuidad y seguridad de la atención sin perjuicio de la calidad de la atención. Y esto sobre la base de las buenas prácticas existentes y la normativa de aplicación, garantizando entre otras cuestiones el consentimiento, la privacidad y confidencialidad de la relación del profesional sanitario con el/la paciente, dotándola de la seguridad jurídica necesaria y siempre en el marco de la deontología de las profesiones sanitarias.

10.5.2. Impulsar la interoperabilidad de la información sanitaria en salud mental.

3.2. Buenas Prácticas desarrolladas

- Bottom-Up de desarrollo de procedimiento de planes individuales de atención, con participación del/de la paciente en los hospitales de día de la Red de Salud Mental de Bizkaia BPSO (Best Practices Spotlight Organizations).
- Programas de parentalidad positiva. Dirección de Familia. Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales.
- Guía ASASAM (Asociación Ayalesa de Familiares y Personas con Enfermedad Mental): Guía para profesionales. Atención a la sexualidad de las personas con problemas de salud mental.
- Traducción, validación e implementación de la Escala de Violencia de Broset en la Unidad de Agudos (OSI Barrualde-Galdakao).
- Plan de reducción de contenciones basado en el modelo Safewards, con creación de sala de baja estimulación (OSI Barrualde-Galdakao).
- Traducción e implementación del programa de entrenamiento metacognitivo para unidades de agudos (OSI Barrualde-Galdakao): <https://clinical-neuropsychology.de/metacognitive-training-for-the-acute-psychiatric-setting/>
- Plan de crisis compartido (Red de Salud Mental de Bizkaia).
- Predicción de agitación con Escala OAS (Overt Aggression Scale) (OSI Bilbao-Basurto).
- Código Psiquiatría traslado de pacientes involuntarios (OSI Araba).
- Código de intento de suicidio reciente (Osakidetza).

- Desarrollo de la línea de salud mental en Osasun Eskola y Programa de Paciente activo (Osakidetza).
- Programa Mastermind para el tratamiento psicológico de la depresión en atención primaria (Osakidetza).
- Salidas progresivas en todas las unidades de agudos de los tres Territorios. (Osakidetza).
- Psicoterapias grupales en hospitalización de agudos: manejo del estrés, aprendiendo a dormir, mentalización, y grupos de Buenos Días. (OSI Araba).
- Programas de desprescripción de benzodiazepinas en hospitales de agudos. (OSI Araba).
- Sistema de información en salud mental. Public Health Profiles del Reino Unido: <https://fingertips.phe.org.uk/profile-group/mental-health>
- Agente de apoyo mutuo AGIFES <https://www.agifes.org/programas/apoyo-mutuo/> (persona con experiencia propia, contratada como profesional para labor de agente de apoyo mutuo)
- Etxebest, apoyo a la vida independiente AVIFES <https://avifes.org/servicios/etxebest-vida-independiente/>
- Programa de Empleo Asafes <https://www.asafes.org/portfolio/empleo-para-enfermos-mentales/>
- Proyecto Ateak Zabaldu de atención a personas con enfermedad mental en centros penitenciarios (atención psicológica, activación, acompañamiento, salidas terapéuticas, autocuidado, hábitos saludables etc.) Federación Salud Mental Euskadi.

4. Anexos

Anexo I: Priorización de proyectos

Línea estratégica	Objetivos generales	Objetivos específicos (ESME 2023-2028)	2024	2026	2028
Línea 1: <i>Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona</i>	1.1. Garantizar el ejercicio de la autonomía y la vida independiente	1.1.1. Garantizar a la persona con problemas de salud mental, o persona que esta designe, la participación activa en todo lo concerniente a sí misma, desde el primer momento que entra en contacto con los servicios de atención de modo que se garantice un proceso terapéutico fundamentado en las decisiones y planes de cuidados compartidos.		X	
		1.1.2. Establecer, con la persona atendida, una planificación de decisiones compartidas durante su proceso asistencial y de recuperación ante situaciones o momentos que puedan plantear problemas éticos en situaciones de crisis.		X	
		1.1.3. Sustentar la práctica de la atención en la voluntad de la persona.		X	
		1.1.4. Promover la empleabilidad de las personas con enfermedad mental con los soportes sociales adecuados, como máxima expresión de autonomía.			X
		1.1.5. Facilitar la autonomía y vida independiente garantizando el acceso a la vivienda digna por parte de la institución/ administración competente.			X
		1.1.6. Promover las políticas preventivas de salud pública teniendo en cuenta el impacto del contexto social sobre la salud mental de la población en general.	X		
		1.1.7. Establecer vías de participación entre los diferentes departamentos de la Administración General del País Vasco y las organizaciones del ámbito asociativo para el diseño de las distintas políticas públicas en salud mental.			X
		1.1.8. Proteger los derechos sexuales y reproductivos de las personas con enfermedad mental garantizando la accesibilidad a programas específicos de información y apoyo sobre cada uno de los aspectos en materia de salud sexual y reproductiva y mejorando su acceso a los servicios.		X	

Línea estratégica	Objetivos generales	Objetivos específicos (ESME 2023-2028)	2024 2026 2028		
<i>Línea 1: Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona</i>	1.2. Erradicar la discriminación derivada del estigma y favorecer la inclusión social de las personas con enfermedad mental	1.2.1. Lograr la igualdad de derechos de toda persona con independencia de sus dificultades y erradicar el estigma personal y social y la discriminación que conllevan los problemas de salud mental.			X
		1.2.2. Realizar y evaluar un plan integral de intervención contra el estigma, estereotipos, prejuicios y la discriminación que aborde los siguientes ámbitos: laboral, medios de comunicación, servicios sociales, ámbito cultural, servicios sanitarios, fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, educativo, ejecutivo, legislativo, judicial, familiar y penitenciario.		X	
		1.2.3. Promover en los equipos profesionales de salud y entre profesionales de otros ámbitos actitudes para la incorporación de un lenguaje inclusivo evitando el uso de terminologías estigmatizantes.	X		
		1.2.4. Mejorar el conocimiento científico y la formación de profesionales y servicios sanitarios en materia de estigmatización en enfermedad mental en cuanto a acceso al sistema sanitario general y a los tratamientos.	X		
		1.2.5. Revisar y actuar sobre barreras normativas que supongan una limitación de los derechos de las personas con enfermedad mental en materia de trasplantes, deshabituación tabáquica, cirugía bariátrica y otros.		X	
	1.3. Reducir al mínimo las intervenciones involuntarias sobre personas con enfermedad mental garantizando el respeto a la dignidad de las personas	1.3.1. Promover la adecuada dotación de los servicios de atención, con recursos materiales y de personal suficientes que eviten las medidas coercitivas en las personas con enfermedad mental.	X		
		1.3.2. Potenciar la implantación de procedimientos específicos de intervención previos a la crisis que incluyen la detección de población de riesgo, seguimiento de inasistencias, designación de figuras de apoyo y decisiones compartidas, valoración del riesgo, contención verbal, regulación de estímulos o técnicas de desescalada, que reduzca a lo imprescindible el uso de la contención mecánica y farmacológica, y cuando sea necesaria se procuren medidas lo menos restrictivas posibles (ingresos involuntarios programados mejor que ingresos involuntarios urgentes, tratamientos farmacológicos mejor que contenciones mecánicas involuntarias).	X		
		1.3.3. Facilitar la participación en situaciones de crisis de las personas allegadas a las personas con problemas de salud mental para que puedan actuar como facilitadoras para disminuir la tensión y el sufrimiento.	X		
		1.3.4. Establecer un procedimiento de poscontención.	X		

Línea estratégica	Objetivos generales	Objetivos específicos (ESME 2023-2028)	2024 2026 2028		
<p><i>Línea 2:</i></p> <p><i>Promoción de la salud mental de la población y prevención de los trastornos mentales</i></p>	<p>2.1. Promover la salud mental de la comunidad y de grupos específicos y prevenir la aparición de las enfermedades mentales, incluidos los trastornos por adicciones y conductas problemáticas</p>	2.1.1. Disponer de un plan integral de promoción de salud mental y prevención de los trastornos mentales (propio o incluido en un plan general), teniendo prioridad el programa de promoción del desarrollo psicosocial durante los seis primeros años de vida desde los servicios de atención primaria.	X		
		2.1.2. Impulsar la promoción y difusión de nuevos modelos de relación igualitaria y sana entre mujeres y hombres, presidida por el respeto a las preferencias, opiniones, creencias y capacidades individuales, incorporando la perspectiva de género a todas las actuaciones en el ámbito de la salud mental.		X	
		2.1.3. Impulsar intervenciones específicamente orientadas a sensibilizar, asesorar e informar a las personas responsables de las instituciones de los diferentes ámbitos (educativo, medioambiental, laboral, judicial, sanitario, etc.) de la relación existente entre determinados factores en su ámbito y la salud mental, señalando el papel central de la salud mental como generadora de bienestar y de productividad, así como las consecuencias socioeconómicas negativas derivadas de ignorarlas.			X
		2.1.4. Promover mecanismos para la identificación temprana de los malos tratos a grupos vulnerables, especialmente en la infancia, adolescencia y personas de edad avanzada, potenciando para ello el trabajo en red comunitaria.	X		
		2.1.5. Realizar acciones específicas de sensibilización dirigidas a los medios de comunicación, incorporándolos como agentes para informar verazmente a la opinión pública.		X	
		2.1.6. Desarrollar y evaluar intervenciones comunitarias en áreas con alto riesgo de exclusión social, discriminación, pobreza y marginalidad.		X	
		2.1.7. Desarrollar y evaluar intervenciones de acuerdo con lo contemplado en el VIII Plan de Adicciones y documento sobre patología dual del Consejo Asesor de Salud Mental (véase Anexo III) con el objetivo de disminuir las adicciones con y sin sustancia.		X	
		2.1.8. Establecer y evaluar intervenciones colaborativas entre servicios sociales, atención primaria y salud mental para prevenir problemas de salud mental, incidiendo especialmente en población de mayor vulnerabilidad (exclusión social, violencia de género, antecedentes de problemas de salud mental en la familia, personas cuidadoras, personas con problemas crónicos de salud, discapacidad, etc.).	X		
		2.1.9. Impulsar acciones de apoyo a los servicios de prevención y salud laboral encaminadas a prevenir el estrés laboral y situaciones de riesgo de salud mental asociados al trabajo.			X
		2.1.10. Incluir programas específicos de prevención y promoción de la salud en los centros escolares, incorporándolos en los programas educativos (en formato de currículos socioemocionales basados en la evidencia científica) siempre con una perspectiva transversal.	X		
		2.1.11. Impulsar campañas de promoción de la salud y prevención de los problemas de salud mental entre las personas privadas de libertad en centros penitenciarios y personas cumpliendo medidas de aislamiento.	X		

Línea estratégica	Objetivos generales	Objetivos específicos (ESME 2023-2028)	2024	2026	2028	
<i>Línea 3: Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida</i>	Véanse objetivos de la Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi .		X			
<i>Línea 4: Atención a las personas con enfermedades mentales basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario</i>	4.1. Contribuir a recuperar, mantener y mejorar la autonomía y la calidad de vida de las personas con trastornos mentales	4.1.1. Realizar Planes Individualizados de Atención (PAI), desde un enfoque biopsicosocial e interdisciplinar, orientado a la recuperación, que atienda a las dificultades, fortalezas, activos de salud y/o habilidades de la persona en el marco de una alianza terapéutica que cuente con la participación activa de ésta.	X			
		4.1.2. Asegurar la participación de las personas con trastornos mentales y las asociaciones de personas con enfermedad mental en el diseño, la aplicación, la prestación y la evaluación de las políticas, los sistemas y los servicios de salud mental.		X		
		4.1.3. Promover la coordinación entre diferentes estructuras sanitarias y sociales antes de la hospitalización, favoreciendo los traslados amables. 1. Se deberá potenciar el trabajo en planificación compartida de la asistencia. 2. Se deberá procurar el acompañamiento de las personas con dificultades para la toma de decisiones a los servicios de urgencias, para disminuir la necesidad de hospitalizaciones involuntarias y facilitar el bienestar de la persona con enfermedad mental grave. Se aplicará en todo caso el principio de menor restricción posible garantizando el respeto y la dignidad de la persona.		X		
		4.1.4. Promover la equidad interterritorial en la disponibilidad y el acceso a la red de recursos sanitarios y sociosanitarios.			X	
	4.2. Disponer de servicios y recursos alineados con los principios básicos de la atención basada en el modelo de recuperación de las personas en el ámbito comunitario	4.2.1. Desarrollar apoyos sociales para la promoción de la vida independiente.			X	
		4.2.2. Definir e implementar recursos, programas y medidas para el desarrollo de líneas de intervención novedosas en salud mental.			X	
		4.2.3. Potenciar y desarrollar la atención a la salud mental en atención primaria.	X			
		4.2.3.1. Definir estándares comunes de coordinación con la atención primaria.	X			
		4.2.3.2. Proveer de herramientas a la atención primaria para el abordaje eficaz y eficiente del trastorno mental leve.	X			

Estrategia de Salud Mental de Euskadi 2023-2028

Línea estratégica	Objetivos generales	Objetivos específicos (ESME 2023-2028)	2024	2026	2028
<p><i>Línea 5:</i> <i>Salud mental en la infancia y en la adolescencia</i></p>	<p>5.1. Promoción de la salud mental en la infancia y adolescencia. Prevención y detección precoz de los síntomas y trastornos de salud mental en estas edades</p>	<p>5.1.1. Programar en el centro escolar y sanitario general actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental y el bienestar emocional en coordinación con los /las profesionales de la salud mental infantil y de la adolescencia. Actuaciones que servirán también para combatir el estigma a las personas que padecen trastornos de Salud mental.</p>	X		
		<p>5.1.2. Fortalecer la formación en promoción de la salud mental y la detección de los síntomas de los trastornos mentales a los/las profesionales de Educación por parte de los servicios de salud mental Infantil y de la adolescencia, así como coordinación y asesoramiento para la derivación de los casos a los equipos de salud mental.</p>	X		
		<p>5.1.3. Incluir programas específicos de prevención en entornos familiares disfuncionales que permitan identificar situaciones de abuso, violencia, maltrato o vulnerabilidad, por su especial impacto en la salud mental de quien la sufre.</p>	X		
	<p>5.2. Atención a los niños, las niñas y adolescentes con trastornos mentales</p>	<p>5.2.1. Atender con prontitud a los trastornos mentales en la infancia y adolescencia, con especial atención a la detección de los síntomas precoces, siendo especialmente relevante cuando estos síntomas indican la aparición de trastornos mentales graves.</p>	X		
		<p>5.2.2. Mejorar y homogeneizar el registro diagnóstico de los menores atendidos en salud mental.</p>		X	
		<p>5.2.3. Desarrollar programas de formación continuada de médicos de familia, pediatras de atención primaria y enfermeras de atención primaria y comunitaria y pediatría para la detección precoz de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia.</p>	X		
		<p>5.2.4. Promover la formación continuada de los y las profesionales de la salud mental infantil y de la adolescencia.</p>	X		
		<p>5.2.5. Mejorar los recursos y servicios de atención a la infancia y adolescencia, tanto sanitarios como sociales. Dotar de suficientes recursos a los servicios de atención primaria pediátrica y a los servicios de salud mental infantil.</p>		X	
		<p>5.2.6. Optimizar la coordinación entre equipos de salud mental de infancia y adolescencia y de personas adultas para favorecer la continuidad de tratamiento de aquellos adolescentes que así lo requieran una vez alcanzada la edad adulta.</p>	X		
		<p>5.2.7. Impulsar el buen trato a la infancia y la adolescencia, el respeto de los derechos fundamentales del/de la niño/a, la humanización en la asistencia y la atención integral.</p>		X	
	<p>5.3. Luchar contra la discriminación y la estigmatización social de los niños, las niñas y adolescentes con trastornos mentales</p>	<p>5.3.1. Fomentar campañas de sensibilización en colectivos claves: profesionales del ámbito social, educativo y sanitario, familiares, policías, profesorado, periodistas, estudiantes universitarios/as, alumnado de Educación Secundaria, Bachillerato y Formación Profesional.</p>		X	
		<p>5.3.2. Elaborar estrategia interinstitucional para erradicar el estigma de las personas con trastorno mental, en la que se contemplen las situaciones de discriminación y estigmatización de menores con trastorno mental.</p>	X		

Línea estratégica	Objetivos generales	Objetivos específicos (ESME 2023-2028)	2024	2026	2028
<i>Línea 6: Atención e intervención familiar</i>	6.1. Atención y relación con las familias	6.1.1. Facilitar la accesibilidad y modelos de atención y apoyo a las familias para el establecimiento de una alianza efectiva entre profesionales y personas con trastornos mentales, basados en su autonomía y empoderamiento.	X		
		6.1.2. Favorecer el asociacionismo de familiares y personas con enfermedades mentales que faciliten relaciones de cooperación y la creación de grupos de apoyo mutuo entre familiares, información sobre apoyos a personas cuidadoras y fomento de la corresponsabilidad.		X	
		6.1.3. Sensibilizar e informar a las familias acerca del impacto en su salud física y mental de la sobrecarga relacionada con el cuidado de su familiar.	X		
<i>Línea 7: Coordinación</i>	7.1. Desarrollar la cooperación organizativa entre las redes de salud mental y los servicios de psiquiatría y atención primaria de las organizaciones sanitarias integradas	7.1.1. Consensuar un modelo organizativo para Osakidetza que garantice la coordinación longitudinal y transversal en los procesos asistenciales implicados en el trastorno mental.	X		
		7.1.2. Asegurar la continuidad asistencial y de cuidados necesarios cuando confluyen diversas necesidades en la atención, multidisciplinar entre los diferentes centros (urgencias, atención primaria, centros de salud mental, hospitalización, programas de enlace, rehabilitación, programas intensivos de tratamiento y alimentación).	X		
		7.1.3. Centrar la intervención en las necesidades de la persona, pudiéndose establecer atenciones coordinadas según las necesidades, potenciando la participación de las personas con experiencia propia en salud mental y de sus familias en los procesos de decisión.		X	
	7.2. Desarrollar la coordinación interinstitucional e intersectorial	7.2.1. Potenciar la coordinación interdisciplinar, interinstitucional e intersectorial como modo de atender las diversas necesidades y garantizar la continuidad de los cuidados.	X		
		7.2.2. Impulsar de forma progresiva la colaboración estrecha y coordinada en las intervenciones entre todos los ámbitos implicados en salud mental (servicios sociales, justicia, fuerzas y cuerpos de seguridad, educación, cultura, empleo, sanidad, medios de comunicación, etc.).		X	
		7.2.3. Promover la creación de canales de comunicación entre instituciones, sectores y profesionales para facilitar una coordinación eficaz y unificada.		X	
		7.2.4. Fomentar la coordinación sociosanitaria.	X		

Estrategia de Salud Mental de Euskadi 2023-2028

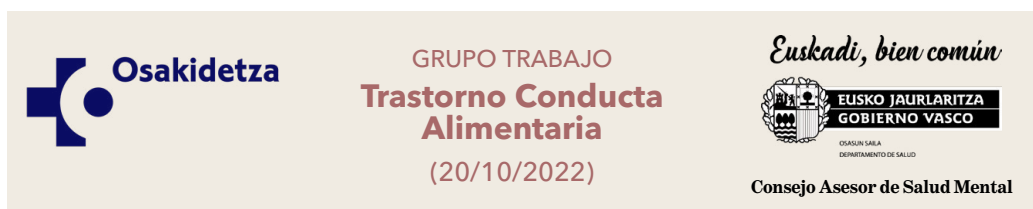
Línea estratégica	Objetivos generales	Objetivos específicos (ESME 2023-2028)	2024 2026 2028			
<i>Línea 8: Participación de la ciudadanía</i>	8.1. Promover la participación colectiva a través de grupos organizados de la sociedad civil	8.1.1. Facilitar la participación de los agentes sociales y representativos en las estrategias y planes de salud mental.			X	
	8.2. Incorporar a las personas con trastornos mentales como agentes activos de salud	8.2.1. Desarrollo del modelo de recuperación.		X		
<i>Línea 9: Formación</i>	9.1. Promover la formación en salud mental desde las administraciones públicas	9.1.1. Actualizar los programas formativos de las especialidades de salud mental y los requisitos de acreditación de la Unidades Docentes Multiprofesionales de salud mental.	X			
		9.1.2. Establecer los itinerarios formativos de la nueva especialidad de psiquiatría infantil y de la adolescencia.	X			
		9.1.3. Potenciar la figura del/ de la tutor/a de residentes en las unidades docentes multiprofesionales con el reconocimiento de su labor, mediante la implementación de lo recogido en el artículo 24 del Decreto 34/2012, de 6 de marzo, de ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en la Comunidad Autónoma del País Vasco sobre el Reconocimiento de la figura del/de la tutor/a de Formación Sanitaria Especializada.		X		
		9.1.4. Fortalecer la formación continuada de las personas especialistas del área de salud mental.		X		
		9.1.5. Desarrollar acciones formativas específicas en salud mental infanto-juvenil y en las edades avanzadas de la vida entre los y las profesionales que se dedican a la misma.		X		
		9.1.6. Promover la formación fuera del ámbito profesional sanitario, especialmente en otras áreas implicadas, como servicios sociales, educación, justicia, trabajo, instituciones penitenciarias y medios de comunicación.			X	
		9.1.7. Fomentar acciones formativas, en salud mental y atención primaria, que faciliten la integración de diversos tipos de intervenciones basadas en la evidencia científica disponible, en el marco de la atención interdisciplinar.	X			
		9.1.8. Facilitar la formación continua sensible al género y a la diversidad de culturas.			X	
		9.2. Abrir vías de participación ciudadana en el diseño de políticas públicas de formación en salud mental	9.2.1. Establecer vías de colaboración y participación entre las administraciones públicas y organizaciones del ámbito asociativo en el diseño y realización de las distintas acciones formativas.		X	
			9.2.2. Garantizar la formación en materia de participación ciudadana a los y las profesionales relacionados con la salud mental.			X

Línea estratégica	Objetivos generales	Objetivos específicos (ESME 2023-2028)	2024	2026	2028
<i>Línea 10: Investigación, innovación y conocimiento</i>	10.1. Impulsar la investigación en todos los ámbitos relacionados con la Salud mental	10.1.1. Promover que los programas estatales y autonómicos de investigación científica e innovación incluyan aspectos de la estrategia de salud mental.			X
		10.1.2. Impulsar la colaboración entre los tres Territorios respecto a la investigación en salud mental, a través de los Institutos de Investigación.		X	
		10.1.3. Promover la participación de dichos grupos en comités de ética e investigación en salud mental.		X	
		10.1.4. Crear un sistema integrado de información/vigilancia en salud mental con información útil para la comparación entre Comunidades Autónomas y otros países europeos.			X
		10.1.5. Difundir los resultados de las investigaciones promoviendo la generación de conocimiento compartido.		X	
		10.1.6. Fomentar e incentivar la participación de los y las profesionales sanitarios con un perfil más clínico en actividades de investigación sanitaria de calidad.	X		
		10.1.7. Promover la investigación de la conducta suicida.	X		
	10.2. Establecer líneas de investigación interdisciplinarias en salud mental	10.2.1. Impulsar la colaboración estrecha y coordinada entre investigadores de todos los ámbitos y tener en cuenta la opinión de las personas afectadas al realizar los proyectos de investigación.		X	
	10.3. Incorporar la perspectiva de género en todas las líneas de investigación	10.3.1. Disponer de información segmentada que incluya la perspectiva de género de acuerdo con diferentes variables: morbilidad diferencial por sexos, desigualdades de género, determinantes psicosociales de género, tanto de vulnerabilidad como protectores.	X		
		10.3.2. Impulsar el desarrollo de líneas de investigación innovadoras referidas a la relación mujer y salud mental en diferentes ámbitos.		X	
		10.3.3. Poner en marcha actuaciones dirigidas específicamente a la erradicación de los sesgos de género en la investigación en salud mental.	X		
	10.4. Desarrollar investigaciones sobre los factores socio-familiares de las personas con problemas de salud mental	10.4.1. Desarrollar estudios sobre los efectos de la pobreza según los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) considerando las nuevas situaciones de desamparo y su relación con la salud mental.			X
		10.4.2. Desarrollar estudios para valorar el impacto sobre la salud mental de la población tras traumas vitales importantes (pandemias –ej. la pandemia de COVID-19-, desastres ambientales, migraciones, guerras, etc.).			X
		10.4.3. Promover la investigación y análisis del impacto en la salud mental de las personas cuidadoras principales de las personas con trastornos mentales, la prestación de cuidados y soporte.	X		

Estrategia de Salud Mental de Euskadi 2023-2028

Línea estratégica	Objetivos generales	Objetivos específicos (ESME 2023-2028)	2024 2026 2028		
<i>Línea 10: Investigación, innovación y conocimiento</i>	10.4. Desarrollar investigaciones sobre los factores socio-familiares de las personas con problemas de salud mental	10.4.4. Impulsar investigaciones y análisis (situaciones de abusos, malos tratos o riesgo de los mismos dentro de los diferentes sistemas familiares y su impacto sobre la salud mental).	X		
		10.4.5. Promover líneas de investigación acerca de la presencia de trastornos mentales en la infancia y la adolescencia, así como de sus formas de presentación clínica y de los diferentes tratamientos que se desarrollen y de su evolución longitudinal.		X	
	10.5. Potenciar el uso de las tecnologías de la información en el ámbito asistencial de atención a la salud mental en relación con la futura Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud	10.5.1. Desarrollar servicios públicos digitales que tengan en cuenta las necesidades de atención en salud mental. Por ejemplo, el desarrollo de un modelo de atención telemática que ayude a mejorar el acceso a los servicios, en particular de los grupos más vulnerables, de la población rural y de aquella con limitaciones de movilidad, garantizando la equidad, continuidad y seguridad de la atención sin perjuicio de la calidad de la atención, sobre la base de las buenas prácticas existentes y la normativa de aplicación (garantizando entre otras cuestiones el consentimiento, la privacidad y confidencialidad de la relación del/de la profesional sanitario con el/la paciente, dotándola de la seguridad jurídica necesaria y siempre en el marco de la deontología de las profesiones sanitarias).		X	
		10.5.2. Impulsar la interoperabilidad de la información sanitaria en salud mental.	X		

Anexo II: Documento monográfico del Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi sobre Trastorno de Conducta Alimentaria



Documento del Grupo de Trabajo de Trastorno Conducta Alimentaria del Consejo Asesor de Salud Mental (20/10/2022)

1. COMPOSICIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO DE TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Enara Urgoiti Otazua, Enfermera de la Unidad de Agudos Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Donostia, OSI Donostialdea (Osakidetza).

Mikel Ruiz Feliu, Psiquiatra CSM Amara.

Leire Erkoreka González, Jefa de Sección del Servicio de Psiquiatría. OSI Barrualde-Galdakao (Osakidetza).

Pedro Muñoz Domínguez, Psiquiatra RSMB.

Arantzazu Fernández Rivas, Jefa Cínica OSI Bilbao-Basurto (Osakidetza).

Edorta Elizagarate Zabala, Jefe de Servicio de Psiquiatría RSMA y Coordinador CSM Zaballa.

Margarita Saenz Herrero, Sección Médica de Psiquiatría del Hospital de Cruces OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces (Osakidetza).

Iñaki Zorrilla Martínez, Psiquiatra del Hospital de Álava. Presidente de la Sociedad Vasco Navarra de Psiquiatría

Ana María González-Pinto, Jefa del Servicio de Investigación. Hospital Universitario de Álava. Servicio de Psiquiatría OSI Araba (Osakidetza). Coordinadora del Grupo Monográfico.

Representantes de ACABE Álava, Bizkaia y Gipuzkoa.

ACABE BIZKAIA: **María Asunción Olano Larrabaster**.

ACABE GIPUZKOA: **Yolanda Iglesias Martín**.

ACABE ARABA: **Susana García Ares**.

2. INTRODUCCIÓN

Este documento tiene como objetivos analizar la situación de la patología de TCA en Osakidetza, proponer mejoras en los planes de gestión de las distintas organizaciones y también en la D.A. Sanitaria. Y, además, tiene como segundo objetivo, y no menos importante, preparar propuestas para la Estrategia Vasca de Salud Mental en torno a los Trastornos de Conducta Alimentaria (en adelante TCA).

2.1. ELEMENTOS A CONSIDERAR DE LOS CONSEJOS ASESORES PREVIOS

En el Consejo Asesor de Salud Mental anterior, se aprobó un documento en el que se valoraban los siguientes aspectos, y que en este documento replantearemos:

- 1. Se consideraba la gravedad de la patología:** “Por otra parte la gravedad de las consecuencias de estas patologías y sus características de cronicidad y discapacidad asociada frecuentemente hacen que los criterios en la consideración de los TCA dentro del concepto Trastorno Mental Grave, sean una línea en evolución. En ese sentido la provisión de recursos de tipo sociosanitario (residenciales y de otro tipo), aunque inexistentes en estos momentos y sin una referencia concreta en la literatura, deben ser planteados a medio largo plazo”. “Las necesidades sociosanitarias que se derivan de la gestión de estos casos excepcionales pueden requerir también estructuras residenciales tuteladas de medio camino”.
- 2. Se hacía mención a la accesibilidad del programa:** El circuito del programa TCA, con la atención diferenciada de casos leves y graves, y la derivación de pacientes de primaria a especializada-CSM (primer nivel); y de CSM a Programas Intensivos (especializada-segundo nivel). Se consideró en el año 2016 que el circuito funcionaba de forma adecuada en el nivel ambulatorio con una derivación al mismo de los casos más graves y con unos buenos resultados en los nuevos casos de gravedad leve y moderada.
- 3. La dotación de recursos intermedios,** como comedores terapéuticos se consideró prioritario. Estos recursos se han desarrollado durante la pandemia de COVID, entre los años 2020 y 2021.
- 4. La creación de una unidad específica no se consideró adecuada, pero si se recomendó el fortalecimiento de personal específico** para TCA en las unidades de hospitalización, y se tuvo en cuenta que los ingresos, que deben ser en hospital general, son ingresos prolongados, generalmente de al menos dos meses de hospitalización. Se consideró que ese refuerzo debía ser especialmente de enfermería.

Se tuvo en cuenta que un adecuado tratamiento de las pacientes requería una alta dedicación al acompañamiento, supervisión y apoyo. Textualmente el documento relata “Se propone a corto-medio plazo establecer refuerzos puntuales de enfermería para las situaciones de concentración de patologías de estas características en los servicios y a largo plazo plantear, vistas las tendencias en la frecuentación de los TCA, que una prevalencia estable exigiría una dotación estructural de enfermería de acuerdo con las exigencias cambiantes de los Servicios”. Este refuerzo no se ha implementado aún.

5. Cronicidad: este punto se abordaba en diferentes lugares, pero dada su relación con la petición de las asociaciones de pacientes de crear Unidades Específicas de TCA y solicitar el fortalecimiento de los programas intensivos lo abordamos también en este documento. El abordaje precoz de la patología de alimentación da mejores resultados de salud. En el País Vasco las tasas de respuesta se sitúan en el 80%, lo que está en línea con los estándares de los programas intensivos internacionales. Esa respuesta permite el alta del programa en una situación funcional adecuada, aunque en algunos casos persisten algunos síntomas. El 20% que no responde adecuadamente generalmente evoluciona hacia otros trastornos, que constituyen lo que era la comorbilidad al inicio de la enfermedad. Estas pacientes con patología que no se resuelve tras los primeros años de tratamiento, son atendidas en los circuitos de salud mental que proceda (normalmente los síntomas predominantes a largo plazo son los de depresión mayor, trastornos psicóticos, TOC, y trastornos de la personalidad). Un pequeño número de personas mantiene la patología de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, requiriendo según el momento evolutivo atención hospitalaria en endocrinología, psiquiatría, y otros tipos de Unidades. Y también atención ambulatoria, que podrá hacerse a nivel de CSM, o si se considera que puede ser beneficioso para las pacientes, tratamiento en las Unidades de TCA intensivas, bien de su área, o bien de otras áreas de Euskadi. El documento de 2016 decía específicamente “se propone como solución temporal de compromiso una distribución de recursos de hospitalización con rotación entre los mismos” (para pacientes con evolución crónica y necesidades prolongadas de hospitalización).

2.2. EVOLUCIÓN DE LA MORBILIDAD DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

Poco antes de la aparición de la pandemia se había advertido del incremento de la patología alimentaria, pero fue sin duda la pandemia la que produjo un aumento de estas patologías en todo el mundo, un inicio más precoz, y un incremento de la gravedad de las presentaciones clínicas, como se documenta posteriormente. Esta realidad coincidió, en el año 2020, con la necesidad de

reducir, y en algunos casos cerrar, unidades de hospitalización psiquiátricas, especialmente de menores de edad. A pesar de ello, y aun coincidiendo con elevadas tasas de contagios de COVID-19 por parte de profesionales sanitarios/as, los/las trabajadores/as de los programas intensivos procuraron mantener las consultas intensivas presenciales incluso durante las épocas de restricción a la movilidad poblacional.

En el mes de marzo de 2020 el Consejo Asesor ya advirtió del incremento de la patología, decidiéndose desde la Dirección de Asistencia Sanitaria (Osakidetza) y el Departamento de Salud (Gobierno Vasco) desplegar los comedores terapéuticos en todas las áreas sanitarias, y más adelante, al comprobarse el gran número de ingresos que se producían con estas patologías, se asignó a todos los centros con urgencias de menores un/ una psiquiatra adicional para la atención en prevención de ingresos y altas precoces. Según datos del HUA el número de ingresos de TCA (infantil y adultos) se ha multiplicado por cuatro entre 2018 y 2021, y la demanda de consultas en los programas intensivos de tratamiento se ha duplicado.

ESTADO DEL CONOCIMIENTO EN EL AÑO 2022

Los TCA son, de acuerdo con el conocimiento actual (junio, 2022), enfermedades mentales de etiología biopsicosocial. Si bien las complejas interacciones biopsicosociales no se conocen al completo, hay evidencia de que la patología es multifactorial, pero con una clara base genética (Bulik et al., 2007, Howard, 2020; Neyazi, 2019; Yilmaz, 2015). Sobre estos factores genéticos influyen otros factores ambientales tanto biológicos como psicológicos y sociales. Esto ha quedado claramente demostrado con la pandemia de COVID (Irigoyen Otiñano et al., 2022), en la que un factor ambiental (biológico-el virus, y psicológicos y sociales-sus consecuencias) han tenido un impacto muy relevante en la salud mental de la población, y especialmente en los jóvenes. La demanda de atención sanitaria por TCA se ha incrementado notablemente. Y ha sido así en todo el mundo, aumentando el número tanto de casos leves como de casos graves. Cabe destacar que Howard Steiger (uno de los grandes investigadores en TCA) y su equipo (2020) consideran que la modulación de parte de la expresión genética (llamada epigenética), es decir algunos cambios epigenéticos, se deben a la malnutrición, pudiendo revertirse con el mantenimiento de un peso adecuado. Pero no solo ese aspecto revierte la enfermedad, porque, aunque esencial, hay otros aspectos fundamentales que tratar. La intervención ambiental, en forma de psicoterapia, modificación de estilo de vida, soporte familiar y otros, pueden revertir el trastorno. En cualquier caso, hay unanimidad en que el tratamiento de los TCA se sustenta en tres ejes: tratamiento del bajo peso, de los desequilibrios hidroelectrolíticos y de la salud física; terapia psicológica; y tratamiento de las comorbilidades, siendo la más frecuente entre estas últimas la depresión.

El tratamiento psiquiátrico-psicológico de los TCA, fundamentalmente de la Anorexia Nerviosa (en adelante AN), es psicoterapéutico, es decir, hasta la actualidad no hay fármacos que sean útiles para su tratamiento. Sin embargo, el tratamiento de la comorbilidad, que muchas veces agrava la enfermedad y dificulta una evolución adecuada, puede requerir fármacos y otras intervenciones o psicoterapias, como puede ocurrir en los trastornos de la personalidad. En los casos de trastornos de personalidad graves es posible que se deba priorizar según el momento evolutivo un tratamiento en un recurso ambulatorio diferente a una unidad de tratamiento intensivo de los TCA.

La edad de comienzo de la AN en todo el mundo es de media 18 años, siendo la mayoría de las pacientes menores; no obstante, hay pacientes que comienzan la enfermedad en etapas más tardías. De hecho, existen dos picos de edad de comienzo, un 75% se da en menores de edad, y un 25% en personas de más de 18 años (Volpe y cols., 2016).

Aunque con tratamientos el 60% de las pacientes mejoran, puede llegar a haber hasta un 40% de cronicidad. Esto se reduce hasta la mitad (20%, dependiendo del tipo de enfermedad) con los programas ambulatorios de tratamiento intensivo. Se requieren tratamientos prolongados, de hasta 3-5 años en casi un 80% de los casos. Sin embargo, como en el resto de las patologías físicas y mentales hay un subgrupo de personas que no responden al tratamiento, pero requieren atención, y en las que se plantean programas de reducción de daños.

El abordaje de los TCA es costoso en personal, ya que requiere abordajes multidisciplinares. El tratamiento precoz es la herramienta más eficaz. El tratamiento experto, especializado, y combinado basado tanto en los aspectos psicológicos, tratamiento de la comorbilidad, sobre todo la depresión; y tratamientos físicos, fundamentalmente nutricionales y metabólicos, así como hormonales, si se precisan, son los indicados. Estudios recientes demuestran que las psicoterapias especializadas tienen similares eficacias, siempre que se cumplan unos requisitos de intensidad y coordinación. La llamada TAU (tratamiento habitual optimizado: basado en TCC, con elementos motivacionales, y con rápida respuesta a la solicitud de primera consulta, asistencia semanal al inicio, quincena después; y consultas más espaciadas al alcanzarse la mejoría; con posibilidad de comedor u hospitalización en hospital general si precisa, son las más eficaces (Herzog y cols., 2022). Se incluyen además intervenciones familiares en menores y en las pacientes adultas que así lo deseen.

ORGANIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE TCA EN EUSKADI

En Euskadi, hasta el año 1998 el tratamiento de los TCA se hacía exclusivamente en los CSM y unidades de hospitalización de psiquiatría general (de adultos, no existían unidades de psiquiatría infantil). En

1998 se establecieron las Unidades de Tratamiento Intensivo, en forma de consultas externas con visitas frecuentes. Tal y como se expone al inicio de este documento, en el año 2016 se valoró en Consejo Asesor la posibilidad de abrir hospitales de día (llamados comedores terapéuticos) para complementar el tratamiento con un recurso a medio camino entre el programa intensivo ambulatorio y la hospitalización. Durante los años 2002-2003 se abrieron en Euskadi 3 unidades de hospitalización de menores, con 4 camas en Araba, 8 en Bizkaia y 8 en Gipuzkoa. La de Araba se amplió a 6 camas en 2015. Durante la pandemia de COVID se decidió abrir los comedores terapéuticos en los tres Territorios. Adicionalmente, al tratarse de una patología mayoritariamente infanto-juvenil al inicio, se establecieron programas de prevención de ingreso y alta precoz en los hospitales que atienden urgencias en Euskadi, con el fin de poder dar respuesta a este aumento brusco de demanda, tal y como se ha comentado.

A pesar de estas medidas los recursos no han resultado suficientes, por lo que este grupo de trabajo se reúne para asesorar en la mejor solución que pueda ser coste-eficaz para el abordaje de la creciente demanda de TCA.

3. FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS Y DE LAS PREGUNTAS DE ANÁLISIS

CONCEPTO

- ¿Debemos considerar a los TCA como trastornos mentales graves?
- Si es así, ¿deberíamos recomendar a los servicios sociales que se creen plazas en pisos y mini-residencia para algunas pacientes con este trastorno?

ACCESIBILIDAD

- ¿Se debe valorar a los pacientes que vienen directamente desde atención primaria en los programas intensivos para evitar listas de espera?
- ¿En caso de ser así, ¿cuáles serían los criterios de derivación?

RECURSOS INTERMEDIOS

- ¿Debe haber comedores para todas las franjas de edad?

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

- ¿Debemos crear una Unidad o Unidades en Euskadi, con ingresos voluntarios, abiertas y basadas en componentes motivacionales y aceptación, que dé cabida también a la cronicidad? Si es así, ¿Debe estar coordinada con el comedor terapéutico?

- ¿Debemos reforzar la enfermería de las unidades de hospitalización generales con una enfermera para apoyo a TCA? ¿Debería ser especialista en salud mental?
- ¿Debemos implementar como en Madrid y Barcelona hospitalización a domicilio para TCA?

ESPECIALIZACIÓN

- ¿Se deben perfilar las plazas de profesionales de TCA?

4. METODOLOGÍA

- a) Revisión de la bibliografía sobre edad de comienzo de los TCA para organización terapéutica.
- b) Puesta en común de las opiniones de expertos de Euskadi, en tres reuniones telemáticas y a través del correo electrónico para la aprobación de las actas de las reuniones.
- c) Contraste y entrevista con expertos de otras Comunidades Autónomas y centros internacionales con diferentes abordajes de los TCA.
- d) Análisis del incremento de la demanda ambulatoria y hospitalaria. Datos de Osakidetza y datos bibliográficos.
- e) Revisión de los últimos artículos sobre el tratamiento de los TCA.
- f) Análisis de los documentos técnicos elaborados en los últimos años en el Consejo Asesor.

5. RESULTADOS

CONCEPTO

Los trastornos de la conducta alimentaria deben ser considerados trastornos mentales graves (Klump y cols., 2009). Así se ha posicionado la Academia de Trastornos de Conducta Alimentaria, haciendo hincapié en las serias manifestaciones mentales y físicas que conlleva el trastorno y la necesidad de tratarlos intensivamente. Como el resto de las patologías consideradas graves, el abanico de gravedad varía en función de lo precoz que sea el tratamiento, la comorbilidad y factores idiosincrásicos. Los recursos asistenciales deben planificarse atendiendo a este criterio. De acuerdo con la nueva Estrategia de Salud Mental en la que trabajamos, los TCA se conceptualizan como TMG (trastornos mentales graves), por lo que se deben promover los recursos intensivos y los hospitales de día.

De acuerdo con el documento de Trabajo de TCA (trastornos de conducta alimentaria) del Consejo Asesor de Salud Mental de 2016, debíamos reflexionar en el largo plazo sobre la necesidad de plazas residenciales para algunas pacientes que requieren apoyo, como otros trastornos mentales graves. “La consideración de los TCA dentro del concepto de trastorno mental grave, era una línea en evolución. En ese sentido, la provisión de recursos de tipo sociosanitario (residenciales y de otro tipo), aunque inexistentes en estos momentos y sin una referencia concreta en la literatura, deben ser planteados a medio largo plazo”. El grupo de expertos apoya que puedan existir plazas para algunas de estas pacientes, especialmente en casos de larga evolución, y con dificultades para la convivencia en el domicilio.

ACCESIBILIDAD

El conocimiento actual señala que la atención precoz intensiva es clave para el pronóstico. Probablemente este es el factor más sólido encontrado en la investigación de los últimos años. La clasificación gravedad de acuerdo con criterios internacionales de AN es de leve (>17); moderado (16-17), y grave (<16), en función del índice de masa corporal (IMC). La clasificación de gravedad en bulimia nerviosa se divide en leve (hasta 3 episodios/semana); moderada (hasta 7 episodios por semana), grave (hasta 13 episodios por semana), extremadamente grave (14 o más episodios por semana). Los/las expertos/as consideran que las bulimias pueden hacer incursiones en AN y deben ser también valoradas en los programas intensivos si hay criterios de gravedad (de moderada a extremadamente grave), o si no evolucionan rápidamente hacia la mejoría en los 6 primeros meses. El IMC es un criterio fácil de medir y útil para la derivación, pero no es el único. De hecho, muchas pacientes con IMC no tan bajos se cronifican, por lo que necesitarían también tratamiento intensivo al inicio del trastorno. Los/las expertos/as del grupo de trabajo consideran que deben atenderse los TCA de inicio precoz (menores) y de inicio adulto. Los porcentajes en el momento actual son de 75% de comienzo en menores de edad, y 25% en mayores para AN.

Los/las expertos/as de unidades externas a Euskadi señalan la derivación generalizada desde primaria a los programas intensivos (Hospital Universitario de Valdecilla en Cantabria, Ciudad Real). Todos los programas de Euskadi reconocen la derivación directa desde primaria de algunos de los casos debiéndose limitarse a los casos más graves y a menores, y teniendo en cuenta las recomendaciones de cada una de las unidades intensivas. El objetivo es conseguir que lleguen los casos lo antes posible sin perder su carácter intensivo. Los/as responsables de los programas intensivos acuerdan tener al menos una reunión anual para compartir su situación del momento y procurar mejoras.

Los/las expertos/as consideran que ya antes de la pandemia, y agravado durante la misma, se han incrementado los casos de TCA por lo que se debe mejorar la coordinación entre las distintas estructuras y la dotación de recursos

para asegurar el correcto cumplimiento de los protocolos. Se recomienda considerar como intensivo la combinación de recursos ambulatorios intensivos, comedores terapéuticos, y unidades de hospitalización, para un aprovechamiento de los recursos más adecuado. Estos tres recursos deben trabajar de forma coordinada.

Los/las expertos/as consideran que en Gipuzkoa se precisa un/una especialista en infantil que atienda a TCAs de menos de 16 años.

En Álava el Dr. Elizagárate considera que sería interesante contar con un/una psiquiatra que pudiera coordinar desde la RSMA los casos de los CSM con los programas intensivos.

RECURSOS INTERMEDIOS

Durante la revisión de recursos se detecta que en OSI Bilbao-Basurto y OSI Barrualde-Galdakao se atiende en régimen de hospital de día-comedor terapéutico a menores y adultas, con dos hospitales de día diferenciados. En OSI Ezkerraldea-Enkaterra-Cruces el hospital de día necesita ser dotado de recursos; en Donostia solo se atiende a pacientes adultas y en Álava solo se atiende a menores de edad, por lo que también precisarán una dotación ajustada y responsable de recursos.

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

En el documento del año 2016 no se consideró la apertura de unidades específicas de hospitalización, ya que se decidió implementar los hospitales de día, como alternativa más comunitaria. Sin embargo, a pesar de que estas unidades se han desarrollado, desde el año 2016 se han multiplicado por cuatro el número de ingresos por TCA. En este momento se considera que, si deben abrirse las unidades específicas, en número de dos o tres, con una distribución territorial, ubicadas junto a los comedores terapéuticos para un aprovechamiento más adecuado de los recursos humanos. Las unidades serían de ingreso voluntario, con una situación física sin riesgo, y basada en la motivación y con grupos psicoterapéuticos. Deben ser multidisciplinarios, contar con terapia ocupacional, enfermeras especialistas, psicólogo/a y psiquiatra. Podrían hospitalizarse pacientes con curso prolongado si fuera necesario, y la comorbilidad no sería criterio de exclusión, siempre que se cumplieran los requisitos antes mencionados. Para el diseño de las unidades y su ubicación se ha contactado con Ciudad Real, Valdecilla y Valencia.

Los ingresos en situación de riesgo físico, cuando existen alteraciones conductuales, y cuando se requiere un ingreso involuntario las pacientes seguirían ingresando en las unidades de hospitalización generales. En esas situaciones el grupo de expertos/as considera necesario que exista una enfermera especialista en salud mental en esas Unidades, especialmente en las de adultos, para coordinar el abordaje de enfermería de estas pacientes.

Ante el gran crecimiento de la hospitalización de los últimos años se analiza cómo se aborda en otras comunidades la hospitalización a domicilio. Se valora como muy positiva la experiencia en Madrid con menores de edad. En general la valoración de los/las expertos/as es positiva siempre y cuando se defina el personal necesario y el perfil de paciente atendida (de forma voluntaria, y siempre que esa alternativa sea elegida por las familias, según opinión de las asociaciones de afectados).

6. RECOMENDACIONES

Como consideración transversal las recomendaciones, asumidas como prioridades técnicas, deben atender a las posibilidades de disponibilidad que en cada caso marca el contexto presupuestario y de recursos humanos.

6.1. ESPECÍFICAS A CORTO PLAZO

- Los trastornos de la conducta alimentaria deben ser considerados trastornos mentales graves, con manifestaciones mentales y físicas.
- El conocimiento actual señala que la atención precoz intensiva es clave para el pronóstico. Se propone mejorar la accesibilidad al programa intensivo mediante la definición de criterios de derivación directa desde primaria.
- Se recomienda dotar a Guipúzcoa de un/una psiquiatra para la atención de menores con TCA, que trabaje coordinadamente con el resto de programas intensivos de Amara, Rentería y Eibar, así como de comedor terapéutico.
- Se recomienda dotar a los comedores existentes de Álava, OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces y Gipuzkoa de recursos necesarios para que se atiendan en ellos tanto franjas de menores como de mayores de edad. Las asociaciones solicitan la atención en los hospitales de día en franja horaria de mañana y tarde.
- Dado el incremento de patología que precisa hospitalización se recomienda valorar el pilotaje de atención domiciliaria de forma voluntaria (solo si las familias afectadas lo apoyan) dotando a los servicios que lo apliquen de los recursos necesarios, que podrían coordinarse con los servicios de atención domiciliaria.
- Se recomienda dotar de una unidad específica en Álava, una en Bizkaia (que atiendan a toda la población vasca) o de 3 unidades, incluida una en Gipuzkoa, que sean abiertas, de ingreso voluntario y con los criterios previamente mencionados de ingreso. Para un aprovechamiento responsable de recursos se recomienda que se sitúen próximos a las unidades de hospitalización de psiquiatría general, y junto a los comedores

terapéuticos. Las unidades deben contar, según los expertos, con personal de enfermería, psiquiatra, psicólogo y terapeuta ocupacional.

- Se recomienda mejorar la coordinación y puesta en común del tratamiento de TCA mediante reuniones de los/las profesionales y asociaciones.

6.2. RECOMENDACIONES A MEDIO/LARGO PLAZO

- Si el pilotaje de hospitalización a domicilio es exitoso se recomienda valorar su generalización en Euskadi.

7. PROPUESTA DE INDICADORES DE LOS OBJETIVOS

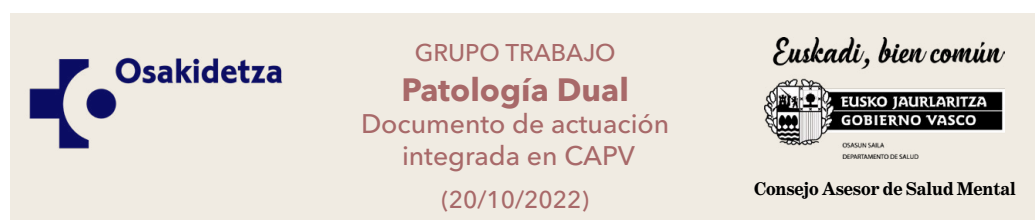
- Número de sesiones formativas/debate desarrolladas en la CAPV sobre TCA (1/año, organizada por los centros implicados).
- Número de sesiones de coordinación entre los diferentes dispositivos de cada área y las asociaciones (2/año, organizadas por los recursos implicados).
- Personas atendidas en programas intensivos antes de los 6 meses del inicio terapéutico general (>90%).
- Personas atendidas en comedor terapéutico/año (sin ref.).
- Personas atendidas en programa intensivo/año (sin ref.).
- Satisfacción de personas usuarias adultas programas intensivos (según encuesta).
- Satisfacción de familias menores programas intensivos (según encuesta).

8. BIBLIOGRAFÍA

- Bulik CM, Hebebrand J, Keski-Rahkonen A, Klump KL, Reichborn-Kjennerud T, Mazzeo SE, Wade TD. Genetic epidemiology, endophenotypes, and eating disorder classification. *Int J Eat Disord.* 2007 Nov;40 Supl: S52-60.
- Herzog W, Wild B, Giel KE, Junne F, Friederich HC, Resmark G, Teufel M, Schellberg D, de Zwaan M, Dinkel A, Herpertz S, Burgmer M, Löwe B, Zeeck A, von Wietersheim J, Tagay S, Schade-Brittinger C, Schauenburg H, Schmidt U, Zipfel S. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in female outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): 5-year follow-up of a randomised controlled trial in Germany. *Lancet Psychiatry.* 2022 Apr;9(4):280-290.
- Howard DM, Folkersen L, Coleman JRI, Adams MJ, Glanville K, Werge T, Hagenaars SP, Han B, Porteous D, Campbell A, Clarke TK, Breen G, Sullivan PF, Wray NR, Lewis CM, McIntosh AM. Genetic stratification of depression in UK Biobank. *Transl Psychiatry.* 2020 May 24;10(1):163.

- Irigoyen-Otiñano M, González-Pinto A, Llorca-Bofi V, Adrados-Pérez M, Arenas-Pijoan L, Torterolo G, Sánchez-Cazalilla M, Buil E, Nicolau-Subires E, Albert-Porcar C, IbarraPertusa L, Puigdevall-Ruestes M. Increase in urgent care for patients with an eating disorder during the COVID-19 pandemic in a Spanish province. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2022 Apr-Jun;15(2):142-146.
- Klump KL, Bulik CM, Kaye WH, Treasure J, Tyson E. Academy for eating disorders position paper: eating disorders are serious mental illnesses. *Int J Eat Disord*. 2009 Mar;42(2):97-103.
- McIntosh VVW, Carter JD, Jordan J, Loughlin A. Specialist supportive clinical management for anorexia nervosa: Analysis of therapy content and relation to outcome. *Int J Eat Disord*. 2022 May;55(5):717-722. doi: 10.1002/eat.23697. Epub 2022 Mar 8. PMID: 35258113.
- Neyazi A, Buchholz V, Burkert A, Hillemacher T, de Zwaan M, Herzog W, Jahn K, Giel K, Herpertz S, Buchholz CA, Dinkel A, Burgmer M, Zeeck A, Bleich S, Zipfel S, Frieling.
- H. Association of Leptin Gene DNA Methylation with Diagnosis and Treatment Outcome of Anorexia Nervosa. *Front Psychiatry*. 2019 Apr 11; 10:197. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00197. PMID: 31031654; PMCID: PMC6470249.
- Volpe U, Trtorella A, Manchia M, Monteleone AM, Albert U, Monteleone P. Eating disorders: What age at onset? *Psychiatry Res*. 2016 Apr 30; 238:225-227. doi: 10.1016/j.psychres.2016.02.048. Epub 2016 Feb 22. PMID: 27086237.
- Yilmaz Z, Hardaway JA, Bulik CM. Genetics and Epigenetics of Eating Disorders. *Adv Genomics Genet*. 2015; 5: 131-150. doi: 10.2147/AGG.S55776. Epub 2015 Mar 10. PMID: 27013903; PMCID: PMC4803116.

Anexo III: Documento monográfico del Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi sobre Patología Dual



Documento del Grupo de Trabajo de Patología Dual del Consejo Asesor de Salud Mental (20/10/2022)

1. COMPOSICIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO DE PATOLOGÍA DUAL

Cano Mesías, María José
González García, Gixane
González Pinto, Ana María
Grande Argudo, Élida
Larrinaga Vélez, María Ángeles
Martínez Riera, Roser
Mondragón Egaña, María Soledad
Oráa Gil, Rodrigo
Puente Pazos, Víctor
Sagastiberri Arruabarrena, María
Uriarte Uriarte, José Juan
Zorrilla Martínez, Iñaki

2. INTRODUCCIÓN

2.1. DEFINICIÓN DE PATOLOGÍA DUAL Y SITUACIÓN ACTUAL

Se conoce como Patología Dual (en adelante PD) a la denominación que se utiliza para aquellas personas que sufren de una conducta adictiva y otro trastorno mental, condiciones clínicas que pueden presentarse de forma simultánea o ser secuenciales a lo largo del ciclo vital (Szerman & Martínez-Raga, 2015; Sociedad Española de Patología Dual, 2016).

La mejora en la detección y tener en cuenta la aparición de ambas expresiones de la enfermedad a lo largo del ciclo vital de la persona es de relevancia para un correcto abordaje de esta enfermedad donde el diagnóstico y el tratamiento se caracterizan por ser de una elevada complejidad.

La Estrategia en Salud Mental del SNS 2022-2026 aunque no incluye el concepto de PD, sí incluye dentro de las siguientes líneas estratégicas distintos objetivos destacados en el abordaje de esta. Se señala como objetivo general *7.3. Desarrollar la cooperación dentro del equipo interdisciplinar de salud mental*, en la que se recomienda (punto 4.) Tender a la integración entre las redes de salud mental y de atención a las adicciones en aquellas comunidades autónomas donde todavía no estén integradas.

Dentro de **VII Plan de Adicciones de Euskadi** en su **EJE 3: ASISTENCIA SANITARIA Y SOCIO SANITARIA E INCLUSIÓN SOCIAL** se recoge como objetivo la atención Personas con patología dual y pluripatologías.

Desde la Sociedad Española de Patología Dual (**SEPD**) se considera que se deberían adecuar los servicios con programas específicos para PD y en su defecto, generarlos. En concreto sería importante crear un **Plan Individualizado de Tratamiento Integral (PTI)**, y establecer **protocolos clínicos de Coordinación**.

2.2. ETIOPATOGENIA

Las actuales evidencias científicas apoyan que no se trata de dos trastornos diferentes, sino de distintas manifestaciones clínicas que interactúan y se presentan según circunstancias individuales y medioambientales, de forma conjunta o secuencial, indistintamente de que se manifieste primero una u otra.

Hasta la actualidad, se han postulado diferentes hipótesis que pretenden dar una explicación a la coexistencia de la conducta adictiva y otro/s trastorno mental (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2016; National Institutes on Drug Abuse (US)., 2020; Sociedad Española de Patología Dual, 2016)):

- 1. Vulnerabilidad común.**
- 2. Otro trastorno mental puede contribuir a la aparición del Trastorno de la Conducta Adictiva.**
- 3. El Trastorno de la Conducta Adictiva puede contribuir a la aparición de otro trastorno mental.**

2.3. EPIDEMIOLOGÍA

En los últimos años, los datos reflejan la elevada prevalencia de la PD en la población con Trastorno de la Conducta Adictiva siendo aproximadamente del 50% (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction,

EMCDDA: 2016) y a la vez, destacan una mayor gravedad clínica y social en las personas con Patología Dual en comparación con las personas afectas de solamente una de las dos enfermedades psiquiátricas (conducta adictiva o bien otro trastorno mental), por lo que se observa un peor pronóstico con mayor tendencia a la cronicidad y mayores costes para sus cuidados (Torrens et al., 2017). Por otro lado, es característica una mayor problemática a nivel social con dificultades de integración, mayores tasas de desempleo, dificultades en la formación, personas sin hogar (Torrens et al., 2017; Maremmani et al., 2017), conductas violentas y problemática legal (Greenberg & Rosenheck, 2014).

Distintos autores/as consideran que, ante la heterogeneidad y escasez de estudios, los datos probablemente sean superiores. A nivel europeo, no existen estudios epidemiológicos que engloben todo el territorio y los datos existentes se extraen de estudios realizados en los diferentes países a nivel global o en determinadas regiones de estos. A la vez, existe una amplia heterogeneidad entre estudios, debido a las diferencias existentes en cuanto a la población de estudio (sustancia de estudio específica o no, trastorno mental de estudio específico o no), lugar de evaluación (atención primaria, prisión, centros específicos de atención a adicciones, centros de salud mental, hospitalización, urgencias...), criterios diagnósticos e instrumentos diagnósticos que dificultan la interpretación de los datos (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA: 2015).

Datos a nivel internacional (National Institutes on Drug Abuse, U.S.A.: 2020; Torrens et al., 2017) muestran que la enfermedad mental más frecuente en PD son los trastornos afectivos, y más específicamente el Trastorno Depresivo Mayor, donde se observan peores tasas de recuperación, mayor riesgo de suicidio respecto las personas que presentan una sola de las enfermedades, mayor prevalencia en mujeres y presentando estas mayor gravedad (Farré et al., 2017; Ferrer-Farré et al., 2021) y el doble de riesgo de depresión respecto las mujeres de la población general. Del resto de trastornos mentales más frecuentes destacarían el Trastorno Bipolar, Trastornos de Ansiedad, Trastornos Psicóticos, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Trastornos de Personalidad Límite y Trastorno de Personalidad Antisocial. Respecto a los Trastorno de Ansiedad los estudios destacan el Trastorno de Pánico y Trastorno de Estrés postraumático con prevalencias superiores al 30% (Compton et al., 2007; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2015).

Las personas afectas de Trastorno Bipolar y Esquizofrenia presentan un mayor riesgo de consumo de sustancias respecto la población general. Se estima para ambas patologías unas tasas de comorbilidad con Trastornos por Consumo de Sustancias del 60% aproximadamente (Arias et al., 2016; González-Pinto et al., 2021; Torrens et al., 2017), siendo la patología comórbida más frecuente. Hay que considerar a la vez, como ya se ha

mencionado anteriormente, que dicha comorbilidad conlleva un peor pronóstico para estas personas, como pueden ser las mayores tasas de hospitalización, recaídas o suicidio (González-Pinto et al., 2011a; González-Pinto et al., 2011b; Hasan et al., 2020; Lähteenvuo et al., 2021). Las sustancias que se observan con mayor frecuencia de consumo aparte del tabaco son alcohol, cannabis, seguidos de la cocaína.

En cuanto a los Trastornos de Personalidad, la prevalencia más elevada se encuentra en los Trastornos de Personalidad Límite y Trastorno de Personalidad Antisocial (González et al., 2019), observando en estas personas mayor gravedad del trastorno, frecuencia de conductas de riesgo y mayores dificultades para permanecer y cumplir con el tratamiento (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA: 2016) <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.07.013>).

A pesar de estos datos, en la CAPV tenemos dificultades para establecer cifras de prevalencia de comorbilidad, ya que los sistemas informáticos vigentes nos permiten establecer la prevalencia tratada de un primer diagnóstico psiquiátrico, pero es más dificultoso establecer su asociación, con un segundo, tercer diagnóstico, por paciente. Además, la tendencia general de las/los profesionales de salud mental de Osakidetza, suele ser la de registrar un único diagnóstico psiquiátrico.

En la actualidad, sabemos que es diferente tratar una esquizofrenia, un trastorno del espectro bipolar, una depresión, un TDAH, un trastorno por estrés postraumático o cualquier trastorno mental según se acompañe o no del Trastorno de Conducta Adictiva (American Psychiatric Association, 2014).

También sabemos que muchas personas con Trastorno de la Conducta Adictiva no se benefician de un diagnóstico adecuado del trastorno psiquiátrico asociado, lo que impide una adecuada comprensión conjunta de su totalidad y por tanto de un adecuado tratamiento de esta realidad clínica.

La evidencia de la práctica clínica muestra que en la mayoría de las personas jóvenes con Trastorno por Uso de Sustancias (TUS), el diagnóstico de Patología Dual (PD) es la norma y no la excepción y muchos presentan más de un trastorno mental comórbido. Los períodos de transición de la niñez a la adolescencia y de la adolescencia a la edad adulta pueden ser precarios, ya que se correlacionan con la aparición de varios trastornos mentales. Estas transiciones también son puntos de inflexión críticos cuando las personas usuarias ocasionales de sustancias pueden progresar hacia el uso regular y potencialmente presentar un Trastorno de la Conducta Adictiva si no se tratan de inmediato. Los estudios de investigación calculan que la tasa de prevalencia a los 12 meses del diagnóstico dual en adolescentes oscila entre el 1,7% y el 3,4% (Winstanley, 2012). Las/los jóvenes con un diagnóstico dual a menudo encuentran barreras estructurales y sistémicas para el tratamiento

y pueden tener dificultades para participar en los servicios. Para asegurar un mejor resultado, su contacto con cualquier servicio debería ser una oportunidad para detectar problemas de salud mental y uso de sustancias, ya que se ha demostrado que las intervenciones breves oportunistas mejoran el resultado del diagnóstico dual.

El reconocimiento temprano, la pronta intervención y la prevención de recaídas debe integrarse en el manejo de los/las jóvenes con diagnóstico dual. (Otasowie J, 2020).

Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid 2011.

Tabla 1.
Relaciones entre los trastornos mentales y adictivos más prevalentes en los pacientes con patología dual*.

	Pacientes duales con trastornos del humor (n=67) n (%)	Pacientes con patología dual sin trastornos del humor (n=69) n (%)
Consumo perjudicial o dependencia de alcohol	45 (67.2)	33 (47.83)
Consumo perjudicial o dependencia de opioides	22 (32.8)	24 (34.78)
Consumo perjudicial o dependencia de cocaína	25 (37.3)	45 (65.22)
	Pacientes duales con trastornos de personalidad (n=46) n (%)	Pacientes con patología dual sin trastornos de personalidad (n=90) n (%)
Consumo perjudicial o dependencia de alcohol	26 (56.5)	52 (57.8)
Consumo perjudicial o dependencia de opioides	20 (43.5)	26 (28.9)
Consumo perjudicial o dependencia de cocaína	31 (67.4)	39 (43.3)
	Pacientes duales con esquizofrenia (n=13) n (%)	Pacientes con patología dual sin esquizofrenia (n=123) n (%)
Consumo perjudicial o dependencia de alcohol	5 (38.5)	73 (59.3)
Consumo perjudicial o dependencia de opioides	4 (30.8)	42 (34.1)
Consumo perjudicial o dependencia de cocaína	7 (53.8)	63 (51.2)

* Todas las comparaciones mostraron diferencias no estadísticamente significativas, excepto la relación entre trastornos del humor y dependencia de alcohol y trastornos de personalidad y dependencia de cocaína (p<0.01).

Fuente: Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes con tratamiento en la Comunidad de Madrid.

3. SITUACIÓN DE PARTIDA

En nuestra Comunidad Autónoma, y al menos desde el año 1990, ambas redes se encuentran integradas, fundamentalmente en Osakidetza, aunque se cuenta también con centros concertados por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

La CAPV es una de las comunidades donde la atención a la PD está totalmente integrada. Si bien el modelo es el de “tratamiento integrado” coexisten diferentes modelos funcionales de integración en sus tres Territorios históricos, así a nivel ambulatorio en Araba existe un único modelo de tratamiento en un único dispositivo ambulatorio (COTA) mientras que en Gipuzkoa el modelo integrado se realiza desde los Centros de Salud Mental y Centro de Toxicomanías Bitarte, siendo Bizkaia una mezcla de los modelos alavés y guipuzcoano.

4. DIAGNÓSTICO

4.1. CONTEXTOS DE PRESENTACIÓN

La PD se constituye en muchas ocasiones en una nueva entidad clínica que requiere de conocimientos, que no son sólo la suma de las habilidades y competencias necesarias para el adecuado tratamiento de ambos trastornos por separado.

La actual conceptualización y clasificación de los trastornos mentales como entidades categóricas, separadas e independientes no permite identificar adecuadamente al individuo que sufre PD, ni sus amplias diferencias individuales. Se hace necesario un diagnóstico personalizado e imperfecto, más sintomático y dimensional, en todas sus expresiones a lo largo del ciclo vital, que el actual diagnóstico categorial.

4.2. ELABORACIÓN DE DIAGNÓSTICO

Con la finalidad de poder facilitar un diagnóstico más preciso es preciso conocer que la naturaleza de la relación entre los trastornos psiquiátricos y los trastornos por consumo es compleja y puede variar dependiendo de cada trastorno en particular.

Cuando hablamos de Patología Dual es importante diferenciar los trastornos mentales no relacionados con el uso de sustancias primarios con Trastornos por Uso de Sustancias, de los Trastornos Mentales no relacionados con el uso de sustancias inducidos, y de los síntomas que ocurren en estado de intoxicación o abstinencia.

4.3. DELIMITACIÓN DE TIPOLOGÍAS SEGÚN DIAGNÓSTICO EN PATOLOGÍA DUAL

Con el objetivo de estructurar la atención clínica que se va a prestar a esta población, es adecuado delimitar tipologías de personas con patología dual con similares niveles de complejidad y por tanto con similares necesidades asistenciales y para ello proponemos el modelo dimensional

desarrollado por Richard Ries (Ries, 1992), basado en la gravedad y curso del trastorno mental y del trastorno adictivo. Se pretende establecer un modelo dimensional que facilite la inclusión por categorías de los pacientes, basándose en definiciones operativas de:

“Trastorno Mental de alto nivel de complejidad o Trastorno Mental Grave”: Cualquier trastorno mental según criterios DSM o CIE que presente una actividad global funcional evaluada por la EEAG < 50 o cualquier diagnóstico incluido en el proceso asistencial integrado TMG.

“Trastorno Adictivo de difícil manejo”: Cualquier trastorno adictivo según criterios DSM o CIE que presente una actividad global funcional evaluada por la EEAG < 60.

Todas las definiciones de Trastorno Mental Grave (TMG) hacen referencia -además de referirse al diagnóstico clínico y a la duración del trastorno- al funcionamiento social, familiar y laboral de la persona afectada. De este modo se conforman los siguientes perfiles asistenciales o tipologías en función del nivel de complejidad asistencial.

Gráfico 1.

Perfiles asistenciales o tipologías en función del nivel de complejidad asistencial.



4.4. ANÁLISIS DAFO. PUNTOS FUERTES Y DÉBILES, ASÍ COMO LAS ÁREAS DE MEJORA DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN PATOLOGÍA DUAL (PD) EN EUSKADI



DEBILIDADES

La dificultad en el reconocimiento de la PD como una forma integral de abordar la salud mental.

Dificultad en detección de PD en la codificación de ambos diagnósticos dado que se da preponderancia a la codificación del primero diagnóstico (trastorno de la conducta adictiva u otra enfermedad mental).

Valoración de gravedad que dependa de servicios sociales que miden habilidades en vida diaria, criterios diferentes entre servicios de dependencia e inclusión. También importante para justicia.

Falta de programas proactivos (tratamiento asertivo).

Falta de formación en profesionales sociosanitarios/as de la complejidad en la interacción del Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) y otro trastorno mental.

Falta agilidad en las respuestas, máxime entre distintas organizaciones. Falta de coordinación en ocasiones entre ámbito sanitario y social. Falta de atención integral que incluya la base social.

Falta de itinerarios coordinados incluyendo variables sociales.

En la propia atención persiste el doble estigma del Trastorno de la Conducta Adictiva y el de la otra enfermedad mental. Estigma en la atención, tanto en medios sanitarios como a nivel social, que sufren esta población que dificulta su correcta atención e integración socio sanitaria.

Dificultad para la detección y tratamiento de patologías emergentes; Trastornos de la Conducta Adictiva sin sustancia, TDAH en personas adultas.

Hay que valorar lo más tempranamente posible los problemas sociales concomitantes porque van a interferir en el proceso asistencial.

Las propias dificultades de personas con PD porque requieren una adherencia en programas a largo plazo.

Falta de recursos residenciales, sociosanitarios, adecuados para las personas con PD, máxime teniendo en cuenta que por su propia complejidad precisan unos recursos más intensivos y con importante sensibilidad.

Subrayar el enfoque desde la desigualdad social en la PD, la interseccionalidad, es decir, enfoque de género, de raza, de nivel socioeconómico, de inmigración, de inaccesibilidad a recursos por distancia o zonas aisladas.

Mejorar la coordinación en el tratamiento de PD de pacientes judiciales o penados/as (con medidas alternativas de penas o con penas de privación de libertad en semilibertad).

Apoyo insuficiente a las familias de las personas con PD, en el sistema sanitario, teniendo en cuenta las consecuencias que estas patologías, ocasionan en el entorno familiar. Sí existe apoyo en asociaciones de familiares.

Las familias pueden no sentirse lo suficientemente asesoradas y apoyadas en cuanto al manejo de estas personas caracterizadas por su elevada complejidad.

FORTALEZAS

El abordaje de la PD, en un funcionamiento que nos ha permitido incorporar programas transversales.

En Euskadi existe una Atención integrada a la PD con equipos multidisciplinares en los que existe una identificación de los/las diferentes profesionales y se conoce el trabajo de los demás.

El desarrollo de la Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024 con una visión interinstitucional y señalando poblaciones vulnerables, medidas de gestión y herramientas de apoyo.

Buena comunicación y cercanía desde Osakidetza, de servicios de salud mental con servicios sociales y con atención primaria. Próximos y bien comunicados.

La integración en la atención a la Patología Dual nos permite mejor el abordaje de la salud física.

Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024, que nos da una visión institucional.

Creación nuevos programas adaptados a la situación actual de la sociedad actual:

- Código Intento Suicidio Reciente.
- Proyectos de microeliminación VHC con otras especialidades, adaptación a las nuevas patologías.
- Programas de adicciones sin sustancia.
- Atención a personas con abuso Analgésicos Opioides, en coordinación con Unidad Dolor y otros.
- Nuevos abordajes que precisan de Farmacia Hospitalaria, como Buvidal – buprenorfina de liberación prolongada.
- Haber introducido en las analíticas nuevas determinaciones como etilglucurónico, ketamina, fentanilo y buprenorfina.

OPORTUNIDADES

Aparición de nuevos “poblaciones diana” asistenciales.

Trastorno de la Conducta Adictiva no relacionados con sustancias asociada a otro trastorno mental.

Adicción a analgésicos opioides asociado a Trastorno Mental.

Persona con PD tendría que ser atendida desde una perspectiva de género, conociendo las relaciones con la ley de Violencia de Género (L.O. 2004 y posteriores) introduciendo modificaciones en el abordaje terapéutico y desarrollar investigaciones.

PD en Adolescentes.

Programas de activación laboral de Lanbide. Programas de empleo protegido.

Desarrollo Programas Transversales.

Micro eliminación VHC.

Código Suicida.

Apoyo al manejo del dolor.

Valoración social, y su influencia en la expresión de PD.

Sería conveniente elaborar estrategias respecto a estas patologías.

Incorporar variables de la calidad de vida y de diagnóstico social para elaborar un plan individualizado integral que permita abordar los problemas lo más tempranamente posible. Promover la integración social, laboral y asistencial.

Estrategia de erradicación del estigma.

Elaboración en curso del nuevo Plan de Salud por parte del Departamento de Salud (Gobierno Vasco), donde se le da gran importancia a la Salud Mental.

Formación de mejores profesionales y expertas/os en PD, así como generación de conocimiento científico.

Garantizar los derechos de las personas con PD.

Colaboración en el Plan de Inclusión Social desde RSMB.

Difusión social. Trasladar el mensaje científico a las personas, sus familias y la sociedad, para evitar la discriminación y el doble estigma de la adicción y otros trastornos mentales.

Asegurar alianzas con todas las partes interesadas con el fin de conseguir la mejora de la calidad de vida de las personas con PD.

Las nuevas tecnologías, que nos permiten participar en los planes integrados y conocer los puntos de convergencia de programas de salud con planes en otras áreas de intervención social.

Ciertas unidades son referentes y reciben solicitud de formación MIR de otras unidades docentes de todo el país.

Jornadas de Patología Dual de Euskadi.

AMENAZAS

Incremento de la **demanda: pacientes, graves con déficits sociales y frecuentemente con pluripatologías.**

Pocos profesionales en psiquiatría, psicología, enfermería especializada, trabajadoras/es sociales y otros/as profesionales.

Falta de recursos sociales, muchas veces tras salida de prisión, buscando la hospitalización como alternativa.

Con la legislación actual, basada en respetar más autonomía muchos/as pacientes más graves van a quedar más vulnerables. Tendremos que hacer un replanteamiento de recursos actuales siendo más proactivos/as, tipo Terapia Asertiva Comunitaria (TAC)...

Reflexión del encuadre que se ajuste a la legislación actual.

Dificultad, por no decir imposibilidad, de atender a personas con PD que no desean que se les atienda, pero viven en malas condiciones.

Falta de apoyo a estas familias cuyo familiar se niega a ser atendido/a con el consiguiente riesgo de claudicación familiar y afectación a la salud mental de las familias.

El contexto actual con sucesivas crisis económicas que generan mayores desigualdades sociales; de valores, se presentan nuevas exigencias y conductas más demandantes, con agresiones crecientes a profesionales, nuevos modelos de redes que pueden ser también una amenaza, los cambios habidos en el código civil en cuanto a modificación de la capacidad jurídica, el inicio temprano a los consumos, etc.

Nuevos perfiles, inicio temprano.

Aumento mucho de casos de personas sin hogar, con urgencias, ingresos repetidos sin continuidad posterior.

Es difícil elaborar un plan de prevención/atención a adolescentes con Patología Dual cuando en la mayoría de los planes de atención a la salud mental no hacen mención al consumo de sustancias en adolescentes.

La proliferación de canales de atención en diferentes niveles y focos: mesas de inclusión locales, foros de infancia, de personas mayores, mujeres, etc.

5. DATOS. DETECCIÓN PREVALENCIA PATOLOGÍA DUAL EN EUSKADI

Para lograr un buen análisis de la situación en Euskadi de la atención de Patología Dual debemos empezar por valorar los datos de atención en Osakidetza de esta patología.

Dada la dificultad en analizar tal magnitud datos, en esta ocasión, hemos optado por hacer un estudio de Patología Dual (PD) grave (tipología C), es decir la asociación de un Trastorno Mental Grave (TMG) con un Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) y en un momento puntual.

DATOS EN CAPV

Foto de datos pacientes atendidos/as con TMG + TUS (31/08/22)

Organización de Servicios	Hombre			Mujer			Nº personas TMG	Nº personas TMG+ADIC	Edad media
	Nº personas TMG	Nº personas TMG + ADIC	Edad media	Nº personas TMG	Nº personas TMG + ADIC	Edad media			
Red de Salud Mental de Araba	786	74	51	567	11	57	1.353	85	54
Red de Salud Mental de Bizkaia	3.354	356	50	2.622	80	56	5.976	436	53
Red de Salud Mental de Gipuzkoa	1.881	232	51	1.364	42	56	3.245	274	53

Es importante para la interpretación de estas cifras tener en cuenta que:

- Estamos buscando pacientes TMG, es decir, pacientes con patologías mentales graves, psicosis, de curso crónico. Es decir, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar. F20x, F21, F25x y F31x. No se recogen otros códigos, por ejemplo, de episodios psicóticos agudos o de trastornos delirantes. Y de esta población, quienes tienen un diagnóstico adicional flx (da igual que los diagnósticos sean el principal o el secundario).
- En segundo lugar: los datos corresponden a pacientes que tienen un episodio abierto en las Redes de Salud Mental **en este momento, es decir, es una foto fija**. Y hemos elegido los episodios de las Redes porque suponemos que prácticamente todos estos pacientes estarán atendidos en nuestros servicios, sean de adicciones, sean CSM, sean otros servicios (HD, TAC, etc.).

- Finalmente es de pensar que los registros de segundos diagnósticos no sean completos ni sigan el mismo criterio en el caso de trastornos adictivos asociados, por lo que los datos deben ser considerados con prudencia.
- Ante estos datos nos preguntamos la causa de la media de edad tan alta, cuando en nuestras consultas atendemos con esta patología a gente más joven. Es por ello, que sería conveniente incluir en estudio los criterios F28 y F29 del CIE 10 y, quizás, excluir el F21. Quizás también sea un factor de confusión que el estigma que puede suponer el diagnóstico de TMG y/o TUS en la historia clínica hace que, en algunos momentos, se omita.

De forma más específica en **Alternativas Bilbao** (TAC Calle Bilbao) atienden a personas con Trastorno Mental Grave en el que el uso de sustancias y/o el juego patológico es un problema) recogen estos datos hospitalares de día, con consumo activo 10%. Con antecedentes de consumos previos que no están activos 30%.

- TAC estándar; con consumo activo 24%.
- TAC sin hogar; con consumo activo 51%.

6. ABORDAJE TERAPÉUTICO

Es necesario detectar de forma precoz el consumo perjudicial de sustancias en personas con un trastorno mental no relacionado con la conducta adictiva; a la vez que detectar la posible existencia de patología psiquiátrica en personas con un trastorno de la conducta adictiva, de cara a poder ofrecer una mejor oportunidad de diagnóstico. Esto ofrece una mejor oportunidad de diagnóstico y tratamiento precoz que redundaría en un mejor pronóstico de estos/as pacientes, integrándose esta forma de proceder dentro de la medicina personalizada. Para ello, es importante explorar el consumo de sustancias en todas/os los pacientes que acuden tanto a servicios asistenciales de adicciones como a los servicios de salud mental, los servicios de urgencias, los servicios de medicina general y los servicios sanitarios dentro del sistema penitenciario.

Lo deseable es que el tratamiento combine intervenciones tanto clínicas (farmacológicas y psicoterapéuticas), así como intervenciones familiares como sociales. Los tratamientos psicosociales más habituales incluyen abordajes motivacionales, terapia cognitivo-conductual, manejo de contingencias, prevención de recaídas, “case management” y entrenamiento en habilidades. Para ser eficaces, estos tratamientos deberían estar bien coordinados, incluir trabajo en equipo y multidisciplinar, personal formado y entrenado, brindar atención durante 24 horas al día, proporcionar distintos tipos de programas e incluir seguimiento a largo plazo (ADICCIONES, 2022. VOL. 34 NÚM. 2 · PÁGS. 91- 93).

La intervención social debe incluir una valoración social lo más tempranamente posible a fin de procurar un abordaje integral en el que lo social y lo sanitario vayan armonizados en la medida de lo posible. Ello implica hacer un plan de intervención social. Las áreas a valorar son:

- Situación jurídico-administrativa, documentación, padrón, asistencia sanitaria y farmacéutica y medidas de apoyo para la protección legal.
- Datos de valoraciones de discapacidad, dependencia, exclusión y desprotección.
- Datos de vivienda y/o alojamiento y convivencia.
- Datos económicos, sociolaborales, etc.
- Otros datos que puedan ser relevantes: participación social, judiciales, etc.

Es necesario implantar un **Plan Individualizado de Tratamiento Integral (PTI)**, asegurando la continuidad asistencial a través de una red integrada de servicios en la que estarán incluidos los hospitales generales, y coordinación con dispositivos asistenciales dirigidos a pacientes con trastornos por consumo de sustancias y otras adicciones.

Se considera muy importante y necesario implantar **protocolos clínicos y sociosanitarios de coordinación** de los procesos de atención más prevalentes en Patología Dual y/o de mayor complejidad clínica y asistencial en aquellas Comunidades donde no exista un abordaje integral de estos/as pacientes.

La clasificación anteriormente señalada podría servir de base para una reformulación de las necesidades de tratamiento, y con ello una adecuación de los recursos desde un inicio.

1. Los recursos deben ofrecer un **tratamiento que cubra las necesidades completas** de los/las pacientes **evitando discontinuidades** en el cuidado y tratamiento del/de la paciente (“vacíos asistenciales”) lo que no sólo mejoraría la atención, sino que disminuiría de forma importante la pérdida de recursos que se está dando a nivel de Centros de Salud Mental de Adicciones donde se realiza el seguimiento diario de estos pacientes servicios de urgencias, otros Centros de Salud Mental, hospitalización y otros dispositivos.
2. Para lograr el anterior punto, es necesario hacer hincapié en la necesidad de **formación de las/los profesionales** en el concepto de patología dual. Hoy en día los programas de residencia ofrecen formación en trastornos adictivos y en trastornos mentales, en intensidad y tiempo variable, pero está ausente en las programaciones la formación en su integración como tal, lo que ayuda a mantener las lagunas asistenciales que existen en pacientes afectos de PD.

3. Hasta que las anteriores propuestas puedan dar sus frutos, creemos necesario el establecimiento de **protocolos de coordinación** que pudieran facilitar el acceso de los/las pacientes a todos los recursos que precisaran y evitar los vacíos asistenciales (tiempos de derivación, desconocimiento de recursos, pasos de organismo a otro y pérdida del paciente en ese camino, etc.).
4. Insistir en el deber de **registrar de forma correcta todos los diagnósticos** de cada paciente atendido y no sólo el principal, y para que esto pueda darse, de realizar una buena historia clínica que incluya todos los aspectos tanto psicopatológicos como de consumo de tóxicos.
5. No debemos olvidar a las familias y sería conveniente realizar un Manual para Familias de personas con Patología Dual, así como programas de psicoeducación para las familias.

Las **Estrategias de actuación** ante la Patología Dual deben incluir:

- Abordar a la persona y su medio sociofamiliar.
- Evaluación y diagnóstico pluridimensional e interdisciplinar, con un abordaje tan biológico, psicológico, como social necesario para asegurar una asistencia de calidad.
- Valorar las recomendaciones basadas en las Guías Clínicas (GPC) disponibles tales como:
 - Guía de práctica clínica para el tratamiento farmacológico y psicológico de los/as pacientes adultos/as con un trastorno del espectro esquizofrénico y un diagnóstico comórbido de trastorno por uso de sustancias.
 - Guía de práctica clínica para el tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad y un diagnóstico comórbido de trastorno por uso de sustancias.
 - Guía de práctica clínica para el tratamiento farmacológico y psicológico de los/as pacientes adultos/as con trastorno bipolar y un diagnóstico comórbido de trastorno por uso de sustancias.
 - Guía de práctica clínica para el tratamiento farmacológico y psicológico de los/as pacientes adultos/as con un trastorno de ansiedad y un diagnóstico comórbido de trastorno por uso de sustancias.
 - Guía de práctica clínica para el tratamiento farmacológico y psicológico de los/as pacientes adultos/as con depresión y un diagnóstico comórbido de trastorno por uso de sustancias.

- Iniciar la **relación terapéutica** y tras la valoración de la persona y el plan terapéutico, establecer una **coordinación con los recursos oportunos** en función de las prioridades que establezcamos.
- Tratamiento de los/las pacientes de acuerdo con los **protocolos adecuados** según su patología, con técnicas farmacológicas y psicoterapéuticas individuales y grupales, para elaborar posteriormente **Planes individualizados** de intervención, ajustados a las necesidades.
- **Atención de enfermería:** evaluación y atención de cuidados con un plan específico, integrado en el plan terapéutico individual.
- **Atención social:** evaluación de la situación social y familiar de la persona y abordaje de las necesidades detectadas. No es posible abordar la patología dual sin partir del desarrollo de la Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024.
- **Atención y apoyo a las familias** implicando de forma activa en el proceso terapéutico de su familiar, garantizando en todo momento una información comprensible, suficiente y adecuada del diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- **Atención médica** del estado general de salud. Establecer Protocolos de actuación para valorar posibilidad de patología orgánica más frecuente en personas con PD (VIH; VHC; EPOC; DM; HTA; cardiopatías; tumores...).
- **Garantizar la continuidad asistencial**, mediante una coordinación periódica con el resto de dispositivos tanto sanitarios como sociales, particularmente con los dispositivos de la Red de Salud.
- **Favorecer la adherencia** al tratamiento integral, fomentando la creación de vínculos terapéuticos estables y consensuados, creando un clima de confianza, fortaleciendo redes de apoyo.
- **Propiciar el acompañamiento** durante todo el proceso de recuperación estableciendo intervenciones adaptadas a cada situación.
- Transmitir a las personas con patología dual que el tratamiento integral es un **proceso a medio-largo plazo**, reajustando así sus expectativas.
- Establecer **objetivos terapéuticos concretos** alcanzables a corto plazo, para evitar la frustración y favorecer la motivación.
- Promover que la persona con patología dual **asuma progresivamente responsabilidades en su proceso de cambio**. ¡Empoderamiento!
- **Explicar las consecuencias del consumo** de sustancias en el tratamiento, la posible interferencia con medicación.

- No considerar en la práctica un diagnóstico como primario, ya que se corre el riesgo de no valorar y tratar el resto. Tener en cuenta la interrelación entre los diagnósticos.
- Desestigmatización y aceptación de la enfermedad.
- **Identificación de factores desencadenantes (consumo, ambiente...) y síntomas prodrómicos.**
- **Planificación de estrategias de afrontamiento** ante los pródromos, episodios agudos y síntomas subclínicos.
- Atención con **perspectiva de género.**
- Programas de prevención y tratamiento a **menores.**
- **Diseñar programas específicos y flexibles**, ya que las personas con patología dual tienen dificultades para encontrar su lugar de tratamiento, integrarse y cumplir las normas de los recursos habituales.

6.1. LINEAS GENERALES DE INTERVENCIÓN

La PD debe considerarse, por tanto, dentro de las patologías mentales graves y resistentes a los tratamientos convencionales e incluye a un grupo de pacientes con patología mental grave, evolución tórpida, mala calidad de vida, elevada morbimortalidad y un consumo elevado de recursos sanitarios y sociales. Por todo ello es **fundamental su abordaje** desde la Sanidad Pública y en concreto desde la Salud Mental (Ruggeri et al., 2000).

A pesar de las evidencias, sigue siendo una **realidad clínica infra- diagnosticada**, con un curso clínico más tórpido y mayor morbimortalidad.

Los **equipos multidisciplinares** constituyen la infraestructura básica del modelo comunitario de atención para las/los pacientes con PD. El equipo debe integrar, al menos, a psiquiatras junto con otros/as profesionales de salud especialistas en adicciones, médicos/as, psicólogos/as clínicos/as, profesionales de enfermería y de trabajo social, y el necesario apoyo administrativo y logístico, para constituir un equipo básico de atención. De esta manera podremos garantizar un tratamiento realmente integral del enfermo con Patología Dual.

Se propone optar por la modalidad de **Tratamiento Integrado a la Patología Dual**, modelo que combina estrategias terapéuticas dirigidas tanto al trastorno adictivo como al otro trastorno mental y, en circunstancias óptimas, se aplica desde un único equipo terapéutico con la suficiente competencia para abordar integralmente estos casos. Supondría un tratamiento único por parte de profesionales formadas/os y especializadas/os en patología dual.

De todas formas., como ya se ha comentado, tanto a nivel nacional como internacional, existe una escasez de estudios importante y a la vez, una elevada heterogeneidad entre ellos. **Apoyar la investigación en Patología Dual**, se debe considerar una prioridad ante los datos que se han obtenido hasta la actualidad respecto la elevada prevalencia y graves consecuencias negativas que la caracterizan; a la vez que tener en cuenta el estudio y desarrollo de estrategias específicas en determinadas poblaciones vulnerables en las que se ha demostrado una elevada prevalencia de Patología Dual con graves consecuencias como pueden ser las mujeres(Fonseca et al., 2021), personas sin hogar (Chahua et al., 2015; Maremmani et al., 2017) o las personas jóvenes (Tirado-Muñoz et al., 2020).

6.2. MODELOS DE ATENCIÓN EN EUSKADI

Según la tipología anteriormente descrita en PD se pueden establecer distintos modelos de atención en PD. El modelo de atención se basa en estos principios:

- **Modelo de atención equilibrado:** optimizar la provisión de servicios proporcionando la mayor cantidad de atención comunitaria balanceando el nivel de atención hospitalaria aguda, subaguda y de estancias más prolongada para un pequeño grupo de pacientes. Este desarrollo de servicios, con el centro en la comunidad, no se restringe a los servicios comunitarios y hospitalarios de salud mental, sino que se extiende al resto de servicios sanitarios y al resto de organizaciones como los servicios sociales que son parte del ecosistema.

En Bizkaia disponemos además de la Unidad Dual, que para la patología que estamos abordando representa muy bien esto: con pocas camas, tiene un papel importante. También hemos introducido algunas figuras como la enfermera comunitaria en CSM Barakaldo Adicciones, que permite una coordinación con Centro de Día Goiztiri, entre otros, donde en la práctica está muy presente la Patología Dual Grave. Y la integración permite también el abordaje de patología dual específica en primeros episodios psicóticos -independientemente de que haya sustancias allí son atendidos/as-, consultas de Trastornos de Conducta Alimentaria, equipos de Terapia Asertiva Comunitaria, etc.

- **Modelo de atención integrada.** Un mismo recurso asistencial oferta un tratamiento integrado al/a la paciente, tanto para su adicción como para la comorbilidad psiquiátrica. La integración de la red de adicciones en el sistema público de salud no equivale a un modelo integrado si sigue habiendo varios equipos terapéuticos interviniendo. Y esto sucedía en algunos dispositivos, donde una misma persona era atendida a la vez en psiquiatría general y en otro CSM de adicciones, pero se ha reordenado para que la atención se haga por un único equipo terapéutico.

- **Modelo Dimensional, y atención escalonada.** Aunque siguen existiendo personas con trastornos mentales que no presentan psicopatología adictiva y personas con adicciones que no presentan otra psicopatología significativa, la Patología Dual está presente a lo largo y ancho de toda la red asistencial: atención primaria, CSM, las unidades de primeros episodios psicóticos, alternativas a la hospitalización -hospitales de día y equipos de TAC-, las unidades de agudos, subagudos y rehabilitación; y por otra parte, los CSM específicos de adicciones, hospitales de día, las comunidades terapéuticas...

En Bizkaia para organizar la atención se sigue un modelo escalonado, a grandes rasgos reflejado en esta tabla, extraída de TUS+TM Concepto, epidemiología & diagnóstico. Marco general de tratamiento.

Accesible en: <https://socidrogalcohol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/manualesguias/Comorbilidad/0-GUIA COMORBILIDAD.pdf>

Gráfico 2.

Modelo de cuidado escalonado, cuadrantes de atención.



OTM- = OTM menos grave

OTM+ = OTM más grave

TUS- = TUS menos grave

TUS+ = TUS más grave

(OTM: Otros Trastornos Mentales).

(TUS: Trastorno por Uso de Sustancias).

CUADRANTE I: Intervenciones.

- Alcohol: Prevención e intervención breve o derivación a adicciones si es más intenso.
- Cannabis: Incorporándose más recientemente a medida que es “casi legal” y el porcentaje de consumo ha ido aumentando. Intervenciones similares a las dirigidas a alcohol, consejo de bajo riesgo, intervención breve y derivación en casos que lo requieran.

CUADRANTE II: OTM+/TUS -Otro trastorno mental- como motivo principal de atención, sin que los consumos o la conducta adictiva sea suficientemente relevante para justificar una intervención específica. Se refiere con esto a la atención ambulatoria. Pero en las distintas áreas de intervención también es relevante:

- Unidad de agudos: Ingresos no en la Unidad Dual donde se requiere estabilidad psicopatológica, sino en la de referencia de agudos.
- Subagudos y RHB. En Hospitales de Zamudio, Zaldibar y Bermeo.
- Hospital de día. Los habituales.

CUADRANTE III: OTM -, TUS+. Aunque habla de TUS, extendámoslo a trastornos adictivos conductuales también. Cuando el TUS es más grave, y el otro trastorno mental es leve. A nivel ambulatorio se atiende en centros específicos de adicciones. La hospitalización se realiza en unidad de agudos, en todos los territorios. En este cuadrante –otro trastorno mental leve- es donde está indicada la intervención de comunidades terapéuticas.

- Hospital de día.: HD. Manuene.

CUADRANTE IV: OTM+ y TUS+. Patología Dual Grave. Aunque no utilicemos la denominación de “patología dual”, a nivel ambulatorio, por sus características específicas– accesibilidad rápida, manejo de casos, disponibilidad de analíticas y programas de dispensación de agonistas y medicaciones, disponibilidad de guardas de seguridad en varios de ellos, coordinación con recursos específicos – los centros de salud mental específicos de adicciones, y los sub-equipos en los mixtos, son el espacio de abordaje, como se recomienda. Intervienen en este cuadrante también recursos ambulatorios específicos como Primeros Episodios Psicóticos, cuando es el caso. En realidad, si es necesario decir que disponemos de recursos específicos de patología dual, lo adecuado sería cambiar la denominación a CSM Adicciones y Patología Dual.

- Unidad de agudos.
- Subagudos y RHB. Aunque en ocasiones se consideran las CT como espacio indicado, la estancia en CT requiere una estabilidad psicopatológica suficiente en los casos de Patología Dual, de modo análogo a cómo se funciona en UD y unidad de agudos de los hospitales de Zamudio, Zaldibar y Bermeo. O en la UPR (en Álava), en casos concretos.

- Hospital de día. A señalar cómo se hace complicado a pacientes con psicopatología activa en la esfera psicótica participar en un recurso intensivo como Manuene, con la importancia de los espacios grupales y la exigencia de los talleres, aunque se flexibiliza en lo posible. Una posibilidad, a considerar habría sido haber puesto en marcha un Por eso se planteaba la posibilidad de complementar con un hospital de día más acorde en Barakaldo. En la práctica, estamos apoyándonos en los recursos sociosanitarios, con la figura de la enfermera comunitaria.

En Araba la situación es bastante similar con las siguientes aclaraciones:

- Las desintoxicaciones se realizan con ingresos en la Unidad de Agudos, no existiendo una unidad de Desintoxicación específica.
- El abordaje de la “Patología Dual” como ejemplo puede ser el consumo de cannabis en pacientes con esquizofrenia o primeros episodios psicóticos se realiza en el contexto del hospital general -unidad de hospitalización parcial- constituyendo un área específica en el programa Hypathia de manejo de Primeros episodios psicóticos.
- La derivación desde Atención Primaria y CSM al Centro de Orientación y Tratamiento de Adicciones (COTA) se realiza al detectarse la presencia de consumo de tóxicos con o sin presencia de TMG o leve.
- Es importante señalar también el papel del servicio de urgencias del hospital en el manejo de los/las pacientes siendo posible la derivación directa a COTA de los/las pacientes.

Además de las cu ras de desintoxicación llevadas a cabo en la unidad de agudos, estas también se hacen en el COTA, tanto a nivel ambulatorio con el apoyo del Programa de Mantenimiento de la Abstinencia, como en régimen de hospital de día.

Los pacientes con Patología Dual son atendidos en la unidad de agudos (ingresos), así como en los diferentes servicios del Hospital Psiquiátrico de Araba (ASA-Área de Subagudos, ARI-Area de Rehabilitación Intensiva y UPR-Unidad de Psicosis Refractarias).

Mencionar también al resto de dispositivos de la Red de Salud Mental de Araba (CSMs, Servicio de Rehabilitación Comunitaria, Hospital de Día de Psiquiatría y su labor con los primeros episodios psicóticos). Todos estos Servicios atienden a estas/os pacientes, y serán ellos los que deciden la derivación al COTA cuando consideran que las sustancias agravan la patología psiquiátrica.

Otro punto a destacar es la relación del COTA con la UPI, pues el primero atiende a menores, que nos son derivados desde la UPI siguiendo los criterios antes mencionados. Estos/as menores serán atendidos en consultas externas o en hospital de día.

El COTA también recibe pacientes/menores de dos Centros Educativos, ubicados en Landa y en Aramaio.

Abegia servicio residencial cuenta con 14 plazas y es entendido como una unidad de rehabilitación psicosocial a medio y largo plazo para acoger y atender a personas, de entre 18 y 65 años, que no disponen de un adecuado soporte socio-comunitario acorde a su situación biopsicosocial y que tienen dificultades en la adherencia a tratamientos clínicos específicos, debido a patologías graves y drogodependencia, con pronóstico favorable

En Gipuzkoa el modelo de atención con el que se basa el abordaje de la Patología Dual es el modelo de atención integrada.

Tanto los Centros de Salud Mental como el Centro de Toxicomanías (Bitarte), es decir un mismo equipo multidisciplinar y único, aborda las diferentes enfermedades mentales de la persona, tanto el Trastorno de la Conducta Adictiva como el Trastorno Mental no relacionado con la Conducta Adictiva. Las estructuras intermedias, como son las unidades de día, abordan a la persona con Patología Dual desde la misma perspectiva, no existiendo criterios de exclusión por presentar un Trastorno de la Conducta Adictiva. Los ingresos se realizan en función de las necesidades en la unidad de agudos del Hospital Universitario Donostia o bien en los distintos hospitales de media estancia concertados de la provincia (Hospital San Juan de Dios de Donostia/San Sebastián, Hospital Aita Menni Arrasate-Mondragón, Mentalia en Usurbil), no existiendo unidades específicas para desintoxicación y recurriendo en ocasiones a la Unidad Dual de Galdakao (Bizkaia).

6.3. RESUMEN ABORDAJE TERAPÉUTICO

1. No hay un tratamiento válido para todos los/las pacientes. Se debe **individualizar** el tratamiento e integrar tratamientos de TUS y otros trastornos mentales.
2. Son altamente importantes las habilidades del/de la clínico/a. Se debe promover un estilo terapéutico **cooperativo y empático**, no aconsejándose estilo confrontativo, y que defienda objetivos terapéuticos realistas.
3. Las intervenciones **psicológicas son eficaces**. Añadir estrategias de incremento motivacional al tratamiento habitual en pacientes duales mejora la respuesta al mismo. La eficacia del tratamiento cognitivo conductual está bien establecida tanto en los TUS como en los otros trastornos mentales. La **intervención familiar** (dirigida a mejorar las relaciones familiares) incrementa las tasas de abstinencia.
4. La eficacia aumenta al **combinar tratamiento farmacológico y psicológico**.
5. Es importante la **coordinación sociosanitaria**.
6. Es imprescindible el apoyo a las familias.

7. RECOMENDACIONES

Como consideración transversal las recomendaciones, asumidas como prioridades técnicas, deben atender a las posibilidades de disponibilidad que en cada caso marca el contexto presupuestario y de recursos humanos.

7.1. RECOMENDACIONES GENERALES

- Sensibilizar a las/los profesionales de nuestras Redes en el registro de todos los diagnósticos por ejes de cada paciente atendido/a, y no sólo del diagnóstico principal e insistir en el deber de registrar de forma correcta todos los diagnósticos.
- Definir e implantar protocolos clínicos de los procesos de atención más prevalentes, y/o de mayor complejidad clínica y asistencial, en Patología Dual.
- Facilitar el acceso de los/las profesionales a los múltiples protocolos ya existentes y en muchos casos desconocidos.
- Registro sistemático de indicadores de vulnerabilidad social en PD.
- Incorporar la figura de TS lo más tempranamente para abordar de forma integral y poder conjugar mejor los tiempos entre sistemas a diferentes ritmos.
- Posibilitar y propiciar que las personas con diagnóstico de PD sigan programas de intervención sociosanitaria, de modo integrado con el tratamiento, debiendo ser multicompetentes, intensivos y prolongados, fomentándose la implementación de hospitales de día.
- Mantener buena comunicación con asociaciones de familiares, Tercer Sector y otros agentes comunitarios.
- Incorporar a las personas con diagnóstico de PD en situación de “sin hogar”, como prestación, a los programas del alojamiento protegido.
- Atender a las personas con PD en los centros penitenciarios de Euskadi con itinerarios que permitan el continuo asistencial en libertad.
- Adecuar los servicios con programas específicos para Patología Dual y en su defecto generarlos.
- Implantar el modelo teórico propuesto en el “Proyecto de Patología Dual de la ESM-SNS” que divide a estos/as pacientes en: Tipología A (adicción grave con psicopatología leve), B (Psicopatología Grave y Adicción leve), C (Adicción grave y psicopatología grave) y D (Adicción Leve y psicopatología leve).

- Crear para cada paciente un Plan Terapéutico Individualizado (PTI) en base a su tipología clínica, para su mejor orientación a los dispositivos existentes en Euskadi.
- Evitar discontinuidades en el cuidado y tratamiento de la persona (“vacíos asistenciales”).
- Implementar el enfoque de género en la asistencia de personas con PD, conociendo el marco legal estructural y los recursos disponibles para su apoyo sociosanitario.
- Apoyar a las familias, implicando en el proceso terapéutico y ofreciendo psicoeducación.
- Intervenciones psicológicas a pacientes.
- Disponer de un Plan de Formación Continuada, de modelo bio-psico-médico-social, abierto a todas /os las/los profesionales sanitarias/os relacionados con la atención a las personas con Patología Dual (atención primaria, salud mental, etc.). Proponemos el ya existente “Programa de Formación en Patología Dual”.
- Potenciar la investigación en PD promoviendo, mediante su inclusión en las convocatorias de proyectos de investigación, líneas de investigación interdisciplinarias prioritarias en Patología Dual haciéndose, especialmente, hincapié en todas las categorías de análisis de género en salud mental: diferencias por sexos, morbilidad diferencial por sexos, desigualdades de género, determinantes psicosociales de género, tanto de vulnerabilidad como protectores y los sesgos de género en la clínica.
- Establecer en Menores Planes de Prevención de Adicciones y crear recursos en atención a PD.

7.2. RECOMENDACIONES MÁS ESPECÍFICAS DE ACUERDO CON LAS DIFICULTADES OBSERVADAS EN LA EVALUACIÓN DE ESTE PROTOCOLO

7.2.1. Evaluación real de datos para evaluación de estas propuestas se necesitaría de personal adicional para realizarlo.

PROPUESTAS

- **Propuesta de Grupo de Trabajo, Estudio Piloto en cada RSM** y en cada hospital durante 2 meses, codificando los dos diagnósticos.
- Propuesta de un estudio longitudinal descriptivo 2023-2024 para lo que se necesitaría un/una investigador/a principal y un/una investigador/a en cada provincia con personal/motivación para recogida datos.

Una de las recomendaciones del documento es incorporar un programa específico de “Patología Dual” (PD). En este sentido, estaría bien aclararnos a qué PD nos referimos (si TM grave o no, trastorno adictivo de una o múltiples sustancias, etc.).

Por otra parte, aprovechando la introducción de este programa, podría valorarse añadir “Trastornos adictivos sin sustancias. Señalar que, el trabajo con los programas de Osakidetza es complejo por diversos temas, el primero de ellos porque si alguien pertenece a dos programas SOLAMENTE se le puede adscribir a uno.

7.2.2. Proponemos realizar Estudio de Prevalencia de PD en Euskadi con criterios de búsqueda coordinados durante 2 meses con valoración otro trastorno mental +TUS.

7.2.3. Valorar dificultades de centros de atención a pacientes con PD.

- Osakidetza.
- Comunidades terapéuticas.
- Centros de día.
- Otros recursos concertados.
- Centros de atención a menores.
- Residencias.

7.2.4. Mayor coordinación entre recursos implicados.

- Recursos sociales.
- Asociaciones de usuarias/os.
- Asociaciones de familiares.
- Integración laboral.

7.2.5. Necesidad de nuevos recursos.

Sería conveniente plantear la necesidad de:

- **Unidades Residenciales Sociosanitarias (URSS)** en los tres Territorios para personas con patología dual que permitan la reinserción de estos/as pacientes.
- **Recursos TAC (tratamiento asertivo)** en los tres Territorios, para determinados perfiles (proactividad en la atención).

Por otra parte, dado que nos estamos refiriendo a pacientes niveles de complejidad elevados, son complicados los protocolos, e inevitablemente debemos acercarnos a modelos más cercanos a la gestión de casos y planes

individualizados. Y seguramente en el recorrido vayan a ser necesarios recursos sociales que incluyan estrategias de baja exigencia.

Otros de los déficits o carencias sería la dotación de personal sanitario.

Es necesario acercar el discurso o la manera de pensar en el ámbito sociosanitario, articulando de manera más efectiva la clínica y los dispositivos sociales (reducir la burocracia, la duplicación de informes y valoraciones...).

8. BIBLIOGRAFÍA

8.1. REVISIÓN DATOS, GUÍAS Y PROTOCOLOS

1. Protocolos de Intervención en Patología Dual editados por la Sociedad Española de Patología Dual: http://www.patologiadual.es/formacion_protocolos.html
2. Guías de Práctica Clínica GPC en Patología Dual: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/784>
 - a. Clinical management of adult patients with serious mental disorder and comorbid diagnosis of substance use disorder. San L, Arranz B, Bernardo M, Arrojo M, González-Pinto A, Expertos de la Guía de Práctica Clínica de Patología Dual G. Adicciones. 2022 Apr 1;34(2):91-93. doi: 10.20882/adicciones.1827. PMID: 35545962. Free article. English, Spanish. No abstract available.
 - b. Clinical practice guideline on pharmacological and psychological management of adult patients with bipolar disorder and comorbid substance use. González-Pinto A, Goikolea JM, Zorrilla I, Bernardo M, Arrojo M, Cunill R, Castell X, Becoña E, López A, Torrens M, Tirado-Muñoz J, Fonseca F, Arranz B, Garriga M, Sáiz PA, Flórez G, San L. Adicciones. 2022 Apr 1;34(2):142-156. doi: 10.20882/adicciones.1528. PMID: 34171104. Free article. Review. English, Spanish.
 - c. Clinical practice guideline on pharmacological and psychological management of adult patients with depression and a comorbid substance use disorder. Torrens M, Tirado-Muñoz J, Fonseca F, Farré M, González-Pinto A, Arrojo M, Bernardo M, Arranz B, Garriga M, Sáiz PA, Flórez G, Goikolea JM, Zorrilla I, Cunill R, Castells X, Becoña E, López A, San L. Adicciones. 2022 Apr 1;34(2):128-141. doi: 10.20882/adicciones.1559. PMID: 33768269. Free article. Review. English, Spanish.
 - d. Clinical practice guideline on pharmacological and psychological management of adult patients with an anxiety disorder and comorbid substance use. Sáiz PA, Flórez G, Arrojo M, Bernardo M, González-

Pinto A, Goikolea JM, Zorrilla I, Cunill R, Castells X, Becoña E, López A, Torrens M, Fonseca F, Tirado-Muñoz J, Arranz B, Garriga M, San L. Adicciones. 2022 Apr 1;34(2):157-167. doi: 10.20882/adicciones.1548. PMID: 34171105. Free article. Review. English, Spanish.

e. Clinical practice guideline on pharmacological and psychological management of adult patients with attention deficit and hyperactivity disorder and comorbid substance use. Cunill R, Castells X, González-Pinto A, Arrojo M, Bernardo M, Sáiz PA, Flórez G, Torrens M, Tirado-Muñoz J, Fonseca F, Arranz B, Garriga M, Goikolea JM, Zorrilla I, Becoña E, López A, San L. Adicciones. 2022 Apr ;34(2):168-178. doi: 10.20882/adicciones.1569. PMID: 34171106. Free article. Review. English, Spanish.

f. Clinical practice guideline on pharmacological and psychological management of adult patients with schizophrenia spectrum disorders and a comorbid substance use. Arranz B, Garriga M, Bernardo M, González-Pinto A, Arrojo M, Torrens M, Tirado-Muñoz J, Fonseca F, Sáiz PA, Flórez G, Goikolea JM, Zorrilla I, Cunill R, Castells X, Becoña E, López A, San L. Adicciones. 2022 Apr 1;34(2):110-127. doi: 10.20882/adicciones.1504. PMID: 33768260. Free article. English, Spanish.

3. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf

4. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/acicciones_plan/es_def/adjuntos/VII_plan_adicciones_es.pdf

5. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2016). Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe, EMCDDA Perspectives On Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

6. Bethesda (MD): National Institutes on Drug Abuse (US); 2020 Apr. Common Comorbidities with Substance Use Disorders Research Report <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571451>

7. Otros

Cannared - http://www.socidrogalcohol.org/manualesy-guias-Strengthening_Federal_Mental_Health_and_Substance_Use_Disorder_Programs:_Opportunities,_Challenges,_and_Emerging_Issues. <https://nida.nih.gov/about-nida/legislative-activities/testimony-to-congress/2022/strengthening-federal-mental-health-and-substance-use-disorder-programs-opportunities-challenges-and-emerging-issues>

8.2. ARTÍCULOS

1. Arias Horcajadas, F.; Szerman, N.; Vega Astudillo, P.; Mesías Pérez, B.; Basurte Villamor, I.; Morant, C.; Ochoa Mangado, E.; Poyo Calvo, F.; Babín Vich, Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente *Adicciones : revista de sociodrogalcohol* 2013 ; 25(2) : 118-127.
2. Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I., & Rentero, D. (2016). Trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Adicciones*, 29(3), 186. <https://doi.org/10.20882/adicciones.782>.
3. Beth Han, Wilson M. Compton, Carlos Blanco, and Lisa J. Colpe Prevalence, Treatment, And Unmet Treatment Needs of US Adults with Mental Health and Substance Use Disorders. doi: 10.1377/hlthaff.2017.0584 HEALTH AFFAIRS 36, NO. 10 (2017): 1739-1747 ©2017 Project HOPE.
4. Compton, W. M., Thomas, Y. F., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Drug Abuse and Dependence in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 566. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.566>.
5. Chahua, M., Sánchez-Niubò, A., Torrens, M., Sordo, L., Bravo, M. J., Brugal, M. T., & Domingo-Salvany, A. (2015). Quality of life in a community sample of young cocaine and/or heroin users: the role of mental disorders. *Quality of Life Research*, 24(9), 2129-2137. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-0943-5>.
6. Daigre, C.; Terán, A.; García Vicent, V.; Roncero, C.; Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y dependencia de sustancias depresoras. Una revisión. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol* 2013; 25(2): 171-186.
7. Farré, A., Tirado-Muñoz, J., & Torrens, M. (2017). Dual Depression: A Sex Perspective. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 16(4), 180-186. <https://doi.org/10.1097/ADT.0000000000000118>.
8. Ferrer-Farré, T., Dinamarca, F., Mestre-Pintó, J. I., Fonseca, F., & Torrens, M. (2021). Dual Disorders in the Consultation Liaison Addiction Service: Gender Perspective and Quality of Life. *Journal of Clinical Medicine*, 10(23), 5572. <https://doi.org/10.3390/jcm10235572>
9. Fonseca, F., Robles-Martínez, M., Tirado-Muñoz, J., Alías-Ferri, M., Mestre-Pintó, J.-I., Coratu, A. M., & Torrens, M. (2021). A Gender Perspective of Addictive Disorders. *Current Addiction Reports*, 8(1), 89-99. <https://doi.org/10.1007/s40429-021-00357-9>

10. Geert Dom. and Franz Moggi “Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders. A Practice-Based Handbook from a European Perspective” Springer Ed.
11. Gonzalez-Pinto, A., Alberich, S., Barbeito, S., Gutierrez, M., Vega, P., Ibanez, B., Haidar, M. K., Vieta, E., & Arango, C. (2011b). Cannabis and First-Episode Psychosis: Different Long-term Outcomes Depending on Continued or Discontinued Use. *Schizophrenia Bulletin*, 37(3), 631–639. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp126>.
12. González-Pinto, A., Barbeito, S., Alonso, M., Alberich, S., Haidar, M. K., Vieta, E., Tabarés-Seisdedos, R., Zorrilla, I., González-Pinto, M. A., & López, P. (2011a). Poor Long-Term Prognosis in Mixed Bipolar Patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(05), 671–676. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05483yel>
13. González-Pinto, A., Goikolea, J. M., Zorrilla, I., Bernardo, M., Arrojo, M., Cunill, R., Castell, X., Becoña Iglesias, E., López, A., Torrens, M., Tirado-Muñoz, J., Fonseca, F., Arranz, B., Garriga, M., Sáiz, P. A., Flórez, G., & San, L. (2021). Clinical practice guideline on pharmacological and psychological management of adult patients with bipolar disorder and comorbid substance use. *Adicciones*, 34(2), 128. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1528>
14. Greenberg, G. A., & Rosenheck, R. A. (2014). Psychiatric correlates of past incarceration in the national co-morbidity study replication. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 24(1), 18–35. <https://doi.org/10.1002/cbm.1875>.
15. Hasan, A., von Keller, R., Friemel, C. M., Hall, W., Schneider, M., Koethe, D., Leweke, F. M., Strube, W., & Hoch, E. (2020). Cannabis use and psychosis: a review of reviews. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 270(4), 403–412. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-01068-z>
16. Lähteenvuo, M., Batalla, A., Luykx, J. J., Mittendorfer-Rutz, E., Tanskanen, A., Tiihonen, J., & Taipale, H. (2021). Morbidity and mortality in schizophrenia with comorbid substance use disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 144(1), 42–49. <https://doi.org/10.1111/acps.13291>
17. Maremmani, A. G. I., Bacciardi, S., Gehring, N. D., Cambioli, L., Schütz, C., Jang, K., & Krausz, M. (2017). Substance Use Among Homeless Individuals with Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 205(3), 173–177. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000462>
18. Otasowie J, Co-occurring mental disorder and substance use disorder in young people: aetiology, assessment and treatment BPsych Advances Volume 27 , Issue 4 , July 2021 , pp. 272 - 281 doi: 10.1192/bja.2020.64

19. Padwa, Howard, Sherry Larkins, Desiree A. Crevecoeur-MacPhail, Christine E. Grella Dual Diagnosis Capability in Mental Health and Substance Use Disorder Treatment Programs. *Journal of Dual Diagnosis* Volume 9, Issue 2, 2013
20. Pérez Buenaventura, Laura, Ana Carralero Montero, Tamara Castro Cerceda, Natalia Fariñas Valiña, Ana Belén Martí Merlo, María Eugenia Simón Navarrete. El papel de la Enfermería en la Patología Dual. http://www.arizmendipro.eu/files/ekimenak/erizaintza/JARDUNALDIA2014/Papel_Enfermeria_Patologia_dual.pdf
21. Prior, K., Mills, K., Ross, J., & Teesson, M. (2017). Substance use disorders comorbid with mood and anxiety disorders in the Australian general population. *Drug and Alcohol Review*, 36(3), 317- 324. <https://doi.org/10.1111/dar.12419>
22. Roncero, Carlos, Pablo Vega, Jose Martínez-Raga, Carmen Barral, Ignacio Basurte-Villamor, Laia Rodríguez-Cintas, Beatriz Mesías, Lara Grau-López, Miguel Casas, Nestor Szerman Professionals' perceptions about healthcare resources for co-occurring disorders in Spain *Int J Ment Health Syst.* 2014; 8(1): 35
23. Ross, S., & Peselow, E. (2012). Co-Occurring Psychotic and Addictive Disorders. *Clinical Neuropharmacology*, 35(5), 235-243. <https://doi.org/10.1097/WNF.0b013e318261e193>.
24. San, L., Arranz, B., & Dual Pathology Clinical Practice Guide, E. G. for. (2016). Clinical guideline for the treatment of dual pathology in the adult population. *Adicciones*, 28(1), 3. <https://doi.org/10.20882/adicciones.784>
25. E. Sherwood Brown , M.D., Ph.D. Pages 1-2 | Published online: 03 Feb 2022 <https://doi.org/10.1080/15504263.2022.2022298> *Journal of Dual Diagnosis: Highlights from 2021*
26. Szerman, N., Arias Horcajadas, F; Vega Astudillo y cols (2011) Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *ADICCIONES*, 2011 · VOL. 23 NÚM. 3 · PÁGS. 249-25533
27. Szerman, N., & Martinez-Raga, J. (2015). Editorial. *Advances in Dual Diagnosis*, 8(2). <https://doi.org/10.1108/ADD-03-2015-0004>
28. Szerman, N., Lopez-Castroman, J., Arias, F., Morant, C., Babín, F., Mesías, B., Basurte, I., Vega, P., & Baca-García, E. (2012). Dual Diagnosis and Suicide Risk in a Spanish Outpatient Sample. *Substance Use & Misuse*, 47(4), 383-389. <https://doi.org/10.3109/10826084.2011.636135>.
29. Tenorio Iglesias, José * y Juan A. Marcos Sierra** Trastornos Duales: Tratamiento y Coordinación . Papeles del Psicólogo Noviembre, nº 77, 2000

30. Tirado-Muñoz, J., Lopez-Rodriguez, A. B., Fonseca, F., Farré, M., Torrens, M., & Viveros, M.-P. (2020). Effects of cannabis exposure in the prenatal and adolescent periods: *Preclinical and clinical studies in both sexes*. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 57, 100841. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2020.100841>
31. Torrens Mèlich, Marta, Patología dual: Situación actual y retos de futuro. *Adicciones*.: Volumen 20, número 4, página (s) 315-319. 2008
32. Torrens, M., Mestre-Pintó, J.-I., Montanari, L., Vicente, J., & Domingo-Salvany, A. (2017). Dual diagnosis: a European perspective. *Adicciones*, 29(1), 3. <https://doi.org/10.20882/adicciones.933>.
33. Treur JL, Demontis D, Smith GD , Sallis H Investigating causality between liability to ADHD and substance use, and liability to substance use and ADHD risk, using Mendelian randomization *Addiction Biology* 16 November 2019 <https://doi.org/10.1111/adb.12849>
34. Vega,P ; Szerman,N y cols. Libro Blanco: Recursos Asistenciales en Patología Dual 2015. SEPD
35. VOLKOW, N. D. 2001. Drug abuse and mental illness: progress in understanding comorbidity. *Am J Psychiatry*, 158, 1181-3.
36. WESTERMEYER, J. 2006. Comorbid schizophrenia and substance abuse: a review of epidemiology and course. *Am J Addict*, 15, 345- 55.
37. WILENS, T. E. 2007. The nature of the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use. *J Clin Psychiatry*, 68 Suppl 11, 4-8.
38. Yuodelis-Flores, C., & Ries, R. K. (2015). Addiction and suicide: A review. *The American Journal on Addictions*, 24(2), 98-104. <https://doi.org/10.1111/ajad.12185>.

9. ANEXOS

9.1. DESDE PROGRAMA ALTERNATIVAS BILBAO

Desde Programa de Alternativas Bilbao observan las siguientes necesidades y realizan estas propuestas:

- A nivel de recursos de TMG y Patología Dual y en concreto en los que consumen sustancias vemos que en el ámbito residencial los/las pacientes que van desde el área de discapacidad tienen recursos más limitados en cuanto asistencia; hay pisos protegidos, pero sin presencia de 24 horas lo que no ayuda al acompañamiento y control. En este sentido habría que valorar un recurso como Abegia (servicio residencial) en Bizkaia.
- Los pisos que trabajan desde el ámbito de la inclusión suelen tener cobertura de profesionales de 24 horas por lo que son más efectivos para el control de los/las consumidores/as activos/as.
- Viendo lo que aportan los centros parece interesante tener un continuum asistencial en servicios de día y alojamiento, que puedan atender con diferentes niveles de intensidad y exigencia según necesidades de reducción de riesgos, consumo controlado, abstinencia total, etc.
- Un vacío que vemos claro también está en el tema de asistencia en pisos protegidos para personas con TGM y juego patológico que requieren de un apoyo continuado que no puede ofrecerse desde pisos con apoyo parcial.
- Otra situación complicada que vemos es en los/las mayores de 65 años con TMG, discapacidad y consumos esporádicos o crónicos, a los que les otorgan alojamiento en centros con normativas cuya rigidez no encaja en perfiles que requieren de necesidades alta intensidad asistencial pero baja exigencia.

9.2. SUGERENCIAS DESDE ASOCIACIÓN KATEAREN LOTURAK

1. Necesidad de unos criterios claros para una mayor y mejor coordinación entre los/las profesionales y las familias con el fin de crear unas líneas de actuación concretas.
2. Formación de profesionales implicados en el abordaje de PD.
3. Los/las familiares necesitan que los servicios asistenciales y terapéuticos establezcan recursos de apoyo a las familias. Asistenciales y terapéuticos en sus procesos de adaptación para poder sobrellevar la enfermedad y sostener adecuadamente al enfermo de PD en su proceso terapéutico.

Para ello hay que tener en cuenta lo siguiente, dado que las dificultades, que existen a veces, en la coordinación entre los recursos implicados, las familias se encuentran con mucha sobrecarga, sufrimiento personal, rabia,

impotencia etc. Por eso es imprescindible que las estrategias de abordaje de la PD tengan especialmente en cuenta a las familias, para que las familias entiendan cómo cursa la PD. De este modo entienden que precisan:

- Además del apoyo, la formación psicoeducativa a las familias ha de ser impartida de profesionales de PD.
- Terapias grupales de empoderamiento.
- Terapias personalizadas.
- Seguimiento con controles y evaluaciones periódicas realizado por personal especializado.

4. Las familias necesitan conocer el programa de abordaje terapéutico aplicado en los centros que atienden a personas con Patología Dual, el tiempo de estancia y las acciones previstas o protocolos ante las recaídas. Es decir, una comunicación fluida familias-terapeutas.

5. Creación unidades residenciales sociosanitarias específicas en Alto Deba.

6. Necesidad de existencia de un PROGRAMA TIPO:

- a. Programa de desintoxicación.
- b. Programa de estabilización de personas que presenta psicosis.
- c. Programa de media y larga estancia.
- d. Centro de día para trabajar reinserción real. Con separación por grupos de edad (18-25a; 25-35^a; 35-45a; >45a).
- e. Recaídas.
- f. Necesidad de incidir en las causas y su consecuente abordaje integral, dado que este perfil de pacientes tiene muchas recaídas, estas tienen que ser atendidas de modo inmediato y gestionadas por los/las profesionales con el objetivo de reconducirlos al protocolo de actuación mediante la adquisición de herramientas que le permitan tratar adecuadamente la sensación de fracaso y empoderarlas en expectativas reales a corto plazo. En estos casos, tener una familia o entorno formado en PD es fundamental, esto permitirá una mayor adherencia al programa terapéutico dual.

7. Necesidad de una valoración temprana y de articular fórmulas para dar respuesta a la ausencia de conciencia de enfermedad por el paciente: la tardanza en determinar el diagnóstico, junto con la falta de conciencia de enfermedad, llevan a la cronificación de los síntomas con consecuencias legales re incluso es prisión, en ocasiones fuera de la CAPV con las consiguientes consecuencias para el/la propio/a enfermo/a y la familia.

8. En algunos casos la PD se complica con otra patología orgánica, por lo que resulta fundamental designar un responsable para coordinar protocolo a seguir.
9. El régimen carcelario es un lugar totalmente contraproducente para tratar la PD.
10. Las familias necesitan el acceso a una GUIA PRÁCTICA como hoja de ruta a la que recurrir (con teléfonos y contactos directos en caso de crisis. El poder recurrir a personas concretas que den una respuesta ágil y concreta en caso de necesitarlo podría ser una forma de remedar este abandono y evitarla agravación de la enfermedad de los pacientes con PD.
11. La asociación cree que varias de las fortalezas señaladas en el Protocolo (programas transversales, atención integrada. Buena comunicación entre diversos agentes sociosanitarios y familias, creación de nuevos programas y que ciertas unidades sean referentes en formación) no son tales o, por lo menos no lo han visto como tales en su entorno.
12. Respecto a las Jornadas de Patología Dual de Euskadi echan en falta que las familias no hayan sido invitadas y/o informadas con posterioridad de un resumen de lo hablado o de las conclusiones de estas.
13. Consideran que no existe una atención sociosanitaria como tal.
14. Echan de menos datos realistas de la población afectada en Euskadi con PD.
15. Creen que debe haber una mayor formación en PD para profesionales.
16. Estiman necesario una buena formación a los/las adolescentes sobre los riesgos para la salud mental asociados al consumo de drogas.
17. Preocupación por la facilidad con la que los adolescentes acceden a los consumos.
18. Solicitan mayor colaboración con Osakidetza, que se les escuche, entre otras cosas para vencer la estigmatización social de esta enfermedad.

9.3. RECURSOS

- La patología dual en mayor o menor medida está presente en un porcentaje muy elevado de personas con problemas de salud mental. Por ello mismo está presente en los diferentes ámbitos y recursos de encuentro de personas. Por ello, lo primero que habría que dejar claro es que todos los recursos deben orientar sus objetivos a detectar y dar respuestas adaptadas a las características de las personas a las que se dirigen; dejando los recursos específicos a núcleos de personas con patología dual especialmente grave.

- Por ello, tanto Osakidetza, como los servicios sociales municipales o forales y cuantas organizaciones del ámbito educativo, ocupacional, asociativo y otros de Tercer Sector deben tener en cuenta estas conductas y/o patologías y disponer de programas o procedimientos específicos para atenuar sus efectos.
- En definitiva, las personas con patología dual deben ser atendidas en todos los niveles asistenciales tanto sanitarios como no sanitarios. Deben acceder a recursos económicos, educativos, ocupacionales bajo condiciones que pueden ir de la exigencia a los incentivos según cada caso.
- En este sentido hacer una recogida de recursos debería ser la de recursos sociales para la población general.
- Al no existir recursos específicos para pacientes duales, los/las pacientes discurren por los mismos servicios que el resto de pacientes, tanto de adicciones, como psiquiatría general, como de TMG, tanto sociales como sanitarias. Parece lógico e idóneo que sea así, y además evidencia una de nuestras virtudes, una excepción a otras CC.AA. (y países), que es la de tener integradas la atención de adicciones y salud mental.
<https://www.euskadi.eus/mapa-de-recursos-sociosanitarios/web01-a2zesosa/es/>

ARABA

Osakidetza

- Centros ambulatorios. Atención primaria. Centros de Salud Mental.
- Servicios de urgencias. OSI Araba.
- Unidad agudos, Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Álava, OSI Araba. Unidad de Hospitalización Parcial.
- Hospital Psiquiátrico Araba (Subagudos, Rehabilitación, UPR).
- COTA.

Unidad Residencial Abegia

ASAFES Centro de Día, psicoeducativo a domicilio, ocio, familias y otros.

ASASAM psicosocial, psicoeducativo, ocio, familias.

Fundación Jeiki.

Pisos DFA.

Pantallas seguras.

Ayuntamiento: Programa de prevención de la adicción, Programa de reducción de riesgos en la adicción, Realidad virtual: uso seguro de la tecnología, Pantallas seguras, ALD acción local sobre drogas y menores, etc.

Comisión anti- sida.

Ai Laket Asociación gitana Gao Lacho Drom.

Asajer (Iudopatías).

Centro Penitenciario Zaballa.

Alcohólicos Anónimos.

IFBS

Servicios Sociales de Base.

SMUS

Servicios de Inclusión Social: CMAS; Equipo Hurbil; ONARPEN, comedor social).

Intervenciones específicas para personas en situación de exclusión (IFBS).

Equipo de valoración Discapacidad.

Fundación tutelar (Beroa).

Centros residenciales.

Centros de día.

Inserción laboral y formativa.

Centro de iniciativa Abetxuko.

SARTU

Actividad física (Zuzenak).

SVGP

BIZKAIA

Osakidetza

- CSM de adultos y CSM adicciones.
- Hospital de Día Manu Ene.
- ETAC-programa de atención psiquiátrica a personas sin hogar.
- Servicios de psiquiatría de hospitales para ingresos agudos (Basurto, Cruces, Galdakao, Zamudio), subagudos (Zaldibar, Zamudio) y rehabilitación (Bermeo, Zaldibar y Zamudio), Unidad Dual Hospital Galdakao ...). También se atienden pacientes duales en los hospitales de día de la Red y en los ETAC de cada comarca.

Módulos psicosociales (San Ignacio, Rekalde, Auzo Lan).

Fundación Etorikintza: centro de día, comunidad terapéutica, programa ERDU.

Fundación Gizakia: centro de día, comunidad terapéutica, programa ERDU.

Bizitegi: centros de día, recursos residenciales y acompañamientos Centro de acogida Beata María.

Zubietxe: centros de día, recursos residenciales y acompañamientos.

Argia: centro de día, pisos tutelados, club de tiempo libre.

Avifes: centros de día, pisos, programa de tiempo libre, familias.

Alegría: pisos.

Unidades sociosanitarias polivalentes: Orue, Birjinetxe, Aspaldiko Centros comarcales para la Inclusión que ofrecen acogida nocturna y atención diurna: Gestionados por Goiztiri en Ezkerraldea, Cáritas, en Barrualde, Agiantza en Uribe y Bizitegi en Bilbao.

Servicios a nivel municipal incluyen atención a urgencias sociales, acogida nocturna, atención diurna, servicios de comedor, prevención en adicciones, así como atención socioeducativa y acompañamientos.

Existe un mosaico de entidades con diferentes acuerdos con la administración: Agiantza, Comisión Antisida, Lagun Artean, Hontza, Elkarbanatuz, T4, Berriztu, Gao Lacho Drom, Sortarazi, Bidesari, etc.

Ataubizu (centros residenciales).

AVIFES Programas de Apoyo, Centro de Día, Pisos y otros.

Fundación Argia (pisos, centros).

GIPUZKOA

Osakidetza

CSMs + Centro de Toxicomanías BITARTE, Unidad de agudos Donostia.

Unidades de media estancia concertadas por la Delegación Territorial de Salud de Gipuzkoa:

- Hospital San Juan de Dios de Donostia/San Sebastián.
- Hospital Aita Menni de Arrasate-Mondragón.
- Mentalia Usurbil.

Comunidades terapéuticas:

- Proyecto Hombre de Fundación Izan (consultas, centro de día, comunidad terapéutica).
- AGIPAD (consultas, centro de día, comunidad terapéutica).

AGUIFES: Centro de día y psicoeducativo domiciliario, familias y otros.

CENTROS DE DÍA SOCIOSANITARIOS

URTMS (Unidades Residenciales para Trastorno Mental Severo) gestionados por diferentes entidades (AGUIFES, Aita Menni, etc.).

Pisos supervisados gestionados por diferentes entidades (AGUIFES, Aita Menni, etc.).

Katearen Loturak.

Anexo IV: Documento monográfico del Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi sobre Salud Mental Infantil y de la Adolescencia



Documento del Grupo de Trabajo de Salud Mental Infantil y de la Adolescencia del Consejo Asesor de Salud Mental (20/10/2022)

1. COMPOSICIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO DE SALUD MENTAL INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

Arantza Fernández Rivas (Coordinadora)

Ana González- Pinto Arrillaga

Laura Barbadillo Izquierdo

María José Cano

Idoia Fernández Marañón

Fernando González Serrano

María Ángeles Larrinaga Vélez

María Mezo Ochoa

Miren Arantxa Mújica Eizmendi

Maite Ramírez Traperó

Jesús Ruiz Aguado

Rafael Segarra Echevarria

Iñaki Zorrilla Martínez

2. INTRODUCCIÓN

La prevalencia de trastornos mentales en niños/as y adolescentes de población general oscilaba alrededor del 13,4% (11,3%–15,9%) previo a la pandemia de COVID-19 (Polanczyk et al 2015) pero se ha incrementado ostensiblemente en los últimos dos años a consecuencia de la pandemia (Meller Dias de Oliveira

et al. 2022). Estos trastornos no solamente conllevan un sufrimiento para el/ la menor y sus familias, sino que además menoscaban el normal desarrollo madurativo del/de la niño/a o adolescente con riesgo, por lo tanto, de repercutir en su nivel funcional, estructura de personalidad y bienestar en su futura vida adulta.

En este sentido es importante destacar cómo la mitad de las personas adultas que presentan un trastorno psiquiátrico el inicio de dicho trastorno ocurre antes de los 14 años de edad, y en el 73,9% de los casos el inicio acontece antes de los 18 años. (Kessler et al. 2005), (Kim Cohen et al. 2003).

Se conocen factores de riesgo asociados al desarrollo de trastornos mentales en la infancia y adolescencia como son: prematuridad o patología perinatal, daño cerebral, deficiencia intelectual, carencias en la crianza en los primeros años de vida, vivencias de negligencia o exposición a hechos traumáticos, consumos de alcohol o sustancias psicoactivas, patología psiquiátrica en progenitores y entorno social desfavorecido entre los más relevantes. Muchos de estos factores de riesgo pueden ser abordados de modo preventivo mediante políticas sociosanitarias.

En los últimos años hemos sido testigos/as de cómo la pandemia de COVID-19 ha azotado la salud mental de los/las niños/as y adolescentes. Estos/as menores se han visto enfrentados/as a la suspensión de su actividad académica, a las restricciones de relaciones sociales, a la angustia e inseguridad por la situación alarmante, al estrés económico y a las pérdidas de familiares y de la estabilidad previa, impactando no solo en el/la menor, sino también en las familias. Todo ello ha llevado en algunos casos a vivencias de una gran incertidumbre e incluso de indefensión, llevando a un incremento de la incidencia en niños/as y adolescentes de trastornos de ansiedad, aumento de conflictos asociados a conductas impulsivas (en una gran mayoría de casos de conductas violentas han sido abordados más por instituciones sociales o judiciales que por los dispositivos de salud mental), uso excesivo o adicción a nuevas tecnologías. Pero muy en especial se ha producido un alarmante incremento de cuadros depresivos y crisis de identidad asociados en ocasiones a conductas autolesivas o suicidas, además de una auténtica “*pandemia colateral*” de Trastornos de Conducta Alimentaria (en adelante TCA) (Cooper M et al 2020, Haripersad et al 2020, Shah K et al 2020, Fernández Rivas y González Torres MA. 2021, entre otros).

Todo ello ha llevado a destacar la relevancia de la salud mental de la infancia y la adolescencia siendo abordada con mayor atención e interés por las políticas sanitarias, como es el caso de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026), en la cual se aborda específicamente en la Línea Estratégica nº 5. Porque no debemos olvidar que esta etapa de la vida es un momento de especial relevancia para invertir recursos sanitarios, sociales y educativos que lleven al diagnóstico precoz y a abordajes terapéuticos efectivos de estas patologías psiquiátricas.

3. FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS Y DE LAS PREGUNTAS DE ANÁLISIS

Se plantean los siguientes objetivos:

- Descripción de los recursos y programas de atención en salud mental para la infancia y la adolescencia de Osakidetza en la CAPV.
- Análisis de la Atención en Salud Mental de Osakidetza a Niños y Adolescentes.
- Valoración de la situación de la atención que se ofrece en la CAPV a la salud mental de la infancia y la adolescencia en comparación con referencias bibliográficas y recomendaciones de reconocido prestigio nacional e internacional.

4. METODOLOGÍA

- a) Recopilación de datos sobre recursos y programas existentes de atención a salud mental infantil y de la adolescencia.
- b) Análisis DAFO de la oferta asistencial existente: características internas (Debilidades y Fortalezas) y su situación externa (Amenazas y Oportunidades).
- c) Revisión de bibliografía nacional e internacional de cara a la contextualización del problema y orientación de recomendaciones.
- d) Inclusión de las recomendaciones de política sanitaria basadas en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026) y en el Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024, Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad.

5. RESULTADOS

DESCRIPCION DE LOS RECURSOS Y PROGRAMAS DE SALUD MENTAL INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA EN LA CAPV

ARABA

Hospital Universitario Araba (HUA):

- Prevención de Ingresos: 1 psiquiatra (programa de atención intensiva y de alta precoz). Año 2021.
- Hospital de día-comedor terapéutico de adolescentes: 1 psicólogo/a (tiempo parcial) y enfermera (tiempo parcial). Año 2021.
- Tras la ampliación de la unidad de hospitalización de infantil se derivan recursos a psiquiatría infantil desde la plantilla global del hospital. En

total hay 3 psiquiatras de infantil que atienden hospitalización y enlace con pediatría, una psicóloga que está a tiempo completo en infantil, y una psiquiatra infantil y una psicóloga que atienden a TCA intensivo (75% infantil). HUA, recursos propios, entre 2012 (fusión con Hospital Universitario de Txagorritxu) y 2021. Además, un responsable de la unidad atiende pacientes y gestiona recursos, y realiza investigación y docencia en infantil.

- El programa de primeros episodios bipolares y psicóticos atiende adolescentes menores de edad (50% casos). Es atendido por 2 psiquiatras (tiempo parcial-recursos propios).
- Hospitalización infantil y enlace pediatría: 3 psiquiatras, 1 psicólogo/a.
- Prevención de ingresos infantil y comedor terapéutico infantil: 1 psiquiatra, 1 psicólogo/a, 1 enfermera.
- TCA Infantil: (75%) 1 psiquiatra, 1 psicólogo/a.
- PEPS, PEB Y PEM: 2 psiquiatras (50%).

Red de Salud Mental de Araba (RSMA):

- CSMNA:
 - o Llodio: 1 psiquiatra infantil y 50% psicólogo/a.
 - o Vitoria-Gasteiz: 5 psiquiatras, 4 psicólogos, 3 enfermeras, 1 trabajador/a social.
- Hospital de día de adolescentes: 12 plazas, a tiempo completo. Inicio en Sept-2022. Plantilla: psiquiatra, enfermera, auxiliar de enfermería, trabajador social, psicomotricista.
- Hospital de día de niños/as <12 años: 8-10 plazas.
(Existía un hospital de día para niños/as y adolescentes conjunto, se va a separar en dos hospitales de día según edad).
- Unidad Terapéutica Educativa (UTE): edad 12-16 años, 10-12 plazas.
- Convenio con Autismo Araba: 1 psiquiatra y 1 psicólogo para el seguimiento.
- COTA (Adicciones): en su hospital de día reservan 6-8 plazas para adolescentes.

GIPUZKOA

Red de Salud Mental de Gipuzkoa (RSMG):

- EPI: 6 psiquiatras, 4 psicólogos/as, 1 trabajador/a social, 1 enfermera.
- CSM Arrasate: 1 psiquiatra y 1 psicólogo dedicados a salud mental infantil, pero además atienden a personas adultas.

- CSM Eibar: 1 psiquiatra y 1 psicólogo dedicados a salud mental infantil, pero además atienden a personas adultas.
- CSM Andoain: 1 psiquiatra y 1 psicólogo dedicados a salud mental infantil, pero además atienden a personas adultas.
- CSM Irun: 1 psiquiatra y 1 psicólogo dedicados a salud mental infantil, pero además atienden a personas adultas.
- CSM Azpeitia-Zumárraga-Beasain: 1 psiquiatra y 2 psicólogo dedicados a salud mental infantil, pero además atienden a personas adultas.
- UTE: Edad: 9-16 años. 8 plazas. 1 psicólogo y 1 enfermera.
- Unidad de atención precoz: edades 4-9 años. 2 psicólogos, 2 enfermeras, 1 terapeuta ocupacional. 1 psiquiatra del EPI es supervisor. Único recurso que se ha implantado en últimos años.

Hospital Universitario Donostia (HUD):

- Unidad de hospitalización psiquiátrica de adolescentes: 8 camas. 2 psiquiatras y 1 psicólogo/a.
- Comedor terapéutico: se incorporan pacientes desde 16 años, 25% ocupación aproximada por adolescentes.
- Consulta de alta resolución y prevención de ingresos: 1,5 psiquiatra. Recurso implantado en último año.
- Servicio de Urgencias: atención a menores de edad.

BIZKAIA

Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB):

- CSMNA Bilbao: 4,5 psiquiatras, 4 psicólogos, 1 trabajador social.
- CSMNA Ezkerraldea: 6 psiquiatras, 3,5 psicólogos, 1 trabajador social.
- CSMNA (UPI) Barrualde: 5,5 psiquiatras, 3,5 psicólogo, 1 trabajador social.
- CSMNA Uribe- Kosta: 6,5 psiquiatras, 2 psicólogos, 1 trabajador social.
- Programa Adin Txikikoak: atención a menores de la DFB. 1 psiquiatra y 1 psicólogo/a.
- Unidad Terapéutica Educativa (UTE): 1 psiquiatra, 2 psicólogos, 2 enfermeras.
 - o Unidad de 6-12 años: 10 plazas.
 - o Unidad de 12-16 años: 10 plazas.
- Hospital de día de adolescentes: 1 psiquiatra, 1 psicólogo, 1 enfermera, 3 educadores. 30 plazas de distinta intensidad de tratamiento. Recurso implantado en últimos años.

CSM infanto-juvenil Julian de Ajuriaguerra, perteneciente a la Fundación Haurrentzat (conveniado con Departamento de Salud): 1 psiquiatra y 2 psicólogos.

Hospital de Galdakao - Usansolo (HGU):

- Servicio de Urgencias: atención a menores de edad.
- Unidad de TCA: atención ambulatoria a personas adultas y adolescentes.
- Hospital de día de adolescentes (14-18 años). 1 psiquiatra, 1 psicólogo, 1 enfermero y 1 auxiliar de enfermería. Dos programas:
 - o 8-12h, 8 plazas: psicopatología general.
 - o 12-16h, 8 plazas: TCA con comedor terapéutico. Recurso implantado en octubre de 2021.

Hospital Universitario Cruces (HUC):

- Servicio de Urgencias: atención a menores de edad. 1 psiquiatra. Esta dotación de profesional es de reciente implantación.
- Consulta externa e interconsulta dentro del hospital: 1 psiquiatra y 1 psicóloga.

OSI Bilbao Basurto:

Hospital Universitario Basurto (HUB): 3 psiquiatras infantiles que realizan las siguientes 5 actividades asistenciales. Además 1 supervisora, 7 enfermeras y 7 auxiliares en unidad de hospitalización. Incremento en 1 psiquiatra infantil en el último año.

- Unidad de hospitalización de adolescentes: 8 plazas.
- Interconsulta de hospitalización con otros Servicios del hospital.
- Programa de Salud Mental Perinatal o consulta externa de psiquiatría y Programa de Terapia Dialéctica Conductual o Unidad de TCA: atención ambulatoria de adolescentes a partir de 14 años de Comarca Bilbao. Atención por parte de psiquiatras infantiles de plantilla y 1 psiquiatra de adultos a tiempo parcial.
- Salud mental y sordera: dedicación parcial de 1 psicólogo.
- UTIP y programa de PEP y Alto riesgo de psicosis (PREGAP): dedicación parcial de 1 psiquiatra del HUB.

Centro infanto-juvenil Saralegi:

- Consulta ambulatoria: 1 psiquiatra y 1,5 psicólogas.
- Hospital de día de adolescentes: 1 psiquiatra, 1 psicóloga, 1 enfermera, 2 auxiliares de enfermería. 15 plazas. Edad: 13-17 años. Horario 8-15h, incluye comedor terapéutico. Recurso de implantación en último año.

ANÁLISIS DAFO: ¿CUÁLES SON LOS PUNTOS FUERTES Y DÉBILES, ASÍ COMO LAS ÁREAS DE MEJORA DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA EN LA CAPV?



DEBILIDADES

Incremento de la demanda de casos y patologías de Salud Mental en menores de edad, empeorado por la pandemia COVID-19, lo cual supone un reto para el Sistema Sanitario tanto a nivel ambulatorio como hospitalario y urgencias.

Debido al incremento de demanda en estos momentos no se está pudiendo atender las consultas ambulatorias de los CSM en el compromiso de tiempo acordado (1 mes para programada, 48 h para las urgentes y 10 días para las preferentes).

Falta de hospitales de día- Dispositivos de alta intensidad (para niños y para adolescentes) y de nº de plazas en las Unidades Terapéuticas Educativas (en adelante UTEs) en toda la CAPV.

Especialmente urgente para Gipuzkoa por carencia absoluta de hospitales de día.

Se ha producido un incremento de ingresos psiquiátricos de adolescentes en los últimos 2-3 años llegando incluso en ciertos momentos, coincidiendo con la pandemia de COVID-19, a llevar a la falta de disponibilidad de camas. Ello ha repercutido también en la asistencia de menores en las urgencias hospitalarias.

No homogeneidad en la dotación de recursos entre territorios.

Gipuzkoa el más infradotado, con carencia de hospitales de día y unidades específicas para patologías en las que la incidencia ha aumentado tras la pandemia (TCA y Conducta Suicida).

Centralización de los servicios existentes en las capitales y municipios más poblados de los tres Territorios Históricos.

Falta de formación específica en psiquiatría infantil y de la adolescencia de suficiente duración en la formación MIR de psiquiatría actualmente: pendiente de la puesta en marcha de la nueva especialidad de psiquiatría infantil y de la adolescencia. Lo cual también debería generalizarse a la especialidad de psicología clínica.

Necesidad de perfilar las plazas de profesionales de salud mental que atiendan a niños/as y adolescentes tanto a nivel ambulatorio como en unidades de hospitalización: requerir titulación/experiencia específica en salud mental de niños/as y adolescentes (psiquiatras, psicólogos/as, enfermería).

Carencia de profesionales de salud mental infantil y de adolescencia (psiquiatras, psicólogos/as, enfermería de salud mental, trabajadora social, auxiliares de enfermería y terapeutas ocupacionales). Como ejemplos:

- No cobertura de bajas laborales ni jubilaciones.
- Profesionales para la atención a menores en CSM en Gipuzkoa atienden también pacientes adultos/as.
- Incremento de urgencias psiquiátricas hospitalarias y en centros de salud de menores de edad sin una atención específica por profesionales especializados en estas etapas de la vida en algunos centros.

Ciertos menores con trastornos mentales graves cuyos aspectos clínicos del tratamiento son derivados y asumidos únicamente en centros dirigidos por asociaciones de familiares o por entidades sociales, no por Osakidetza (ej.: Trastorno de espectro autista, Trastorno de conducta, consumos perjudiciales de alcohol o sustancias, etc.).

Riesgo de judicialización del abordaje de los/las adolescentes con Trastorno de conducta. Son atendidos como “menores infractores/as” / “violencia filio-parental” (estigmatización y falta de tratamiento adecuado).

No existencia de abordaje preventivo complementario en adolescentes en riesgo de consumo de alcohol, drogas y/o tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

Dificultad de captar a nivel ambulatorio a adolescentes con trastornos psiquiátricos graves que no acuden voluntariamente a tratamiento por ausencia de un programa de abordaje en el domicilio si fuera preciso.

Falta de registro sistemático de indicadores sociales de riesgo necesario para un abordaje integral, tanto preventivo como asistencial.

Ausencia de Unidades Residenciales Sociosanitarias (URSS) para los casos muy graves.

Dificultades de coordinación con pediatría o con educación en algunas zonas. Desbordamiento asistencial en atención primaria; alta rotación de profesionales.

Falta de formación de pediatras, MAP y enfermería de atención primaria en salud mental.

FORTALEZAS

Acercamiento a la población, accesibilidad en la mayoría de los Territorios.

Puesta en marcha de hospitales de día para el tratamiento de adolescentes en Araba y Bizkaia.

Unidades de hospitalización psiquiátricas en cada Territorio, específicas para adolescentes.

Programas de Psiquiatría de Enlace entre psiquiatría infantil y pediatría en los hospitales generales con servicios de pediatría y psiquiatría.

Atención ambulatoria, en hospital de día y hospitalaria a adolescentes con Trastornos de Conducta Alimentaria en Araba y Bizkaia. (En Gipuzkoa no se dispone de hospital de día, sólo comedor terapéutico a partir de 16 años).

Existencia de Unidad de Salud Mental y sordera para niños/as y adolescentes (2ª en toda España).

Ciertas unidades son referentes en España y reciben solicitud de formación MIR de otras unidades docentes de todo el país.

Formación e investigación de alto nivel, con reconocimiento internacional.

Posibilidad de atención urgente e intensiva desde una consulta de alta resolución.

Organización de la formación sanitaria especializada en unidades docentes multiprofesionales de salud mental: incide en la mejora de la formación de todas las especialidades de salud mental y coordinación entre los centros y profesionales.

Actividades de promoción de la salud mental dirigida al alumnado adolescente (alumnado-profesorado y familias) en Araba y Bizkaia.

Movimiento asociativo en torno a la Federación de Salud Mental activo y que ofrece apoyo a familias y jóvenes. Realiza actividades de sensibilización y promoción de salud mental en colegios, sensibilización social.

AMENAZAS

Incremento de la demanda (consultas, ingresos, urgencias) en los últimos 2-3 años con riesgo de influir en la calidad de la asistencia. Incremento de la prevalencia de determinadas patologías (TCA, conducta suicida de modo predominante), especialmente en chicas.

Niños/as y adolescentes de Gipuzkoa que precisan tratamientos intensivos de salud mental en dispositivos intermedios no pueden tener acceso a ellos ante la carencia de hospitales de día en este territorio. Ello repercute en un incremento de reingresos psiquiátricos.

Falta de profesionales de salud mental: psicólogos clínicos, psiquiatras de infancia y adolescencia y enfermeras de salud mental.

Riesgo de falta de atención en salud mental a adolescentes con Trastornos de Conducta cuando son considerados únicamente como “menores infractores/as”.

Falta de detección más precoz, llegando casos de patología muy evolucionadas tanto a unidades de hospitalización como a consultas.

Desbordamiento de la capacidad de atención de atención primaria (pediatría y medicina de familia y comunitaria) con derivaciones en ocasiones de pacientes a salud mental sin haberlos evaluado presencialmente.

Desbordamiento del sistema educativo ante la gran demanda de atención que requiere el alumnado con dificultades socioemocionales.

Desbordamiento de los hogares funcionales o centros de menores de las Diputaciones Forales posiblemente asociado al incremento de demanda a lo largo de la pandemia.

Creciente influencia de las redes sociales en niños/as y adolescentes con los potenciales riesgos que puede ocasionar.

Estigma de salud mental (del/de la menor y sus familias): riesgo de influir en el desarrollo de la identidad del adolescente y en la demanda de tratamiento de salud mental.



A

OPORTUNIDADES

Creación de la especialidad de psiquiatría de infancia y adolescencia con la consiguiente mejora de la formación. Unidades docentes con recursos para formación de MIRes en los 3 Territorios.

Ello será una oportunidad para la reflexión y el desarrollo de las intervenciones en Salud Mental a los/las menores y sus familias.

La pandemia de COVID-19 con el incremento de menores con trastorno mental ha sido el detonante para la puesta en marcha de recursos que ya previamente eran necesarios: hospitales de día (Bizkaia), consultas de alta resolución (HUA, HUD), algunas contrataciones de profesionales, etc.

Propuestas asistenciales actuales:

- HUC: creación de unidad de hospitalización y hospital de día para menores en edad pediátrica.
- HUA: incremento de camas en Unidad de hospitalización de adolescentes.

Propuestas de nuevos programas o unidades asistenciales para el tratamiento de menores en los tres Territorios, homogeneizando la atención que se ofrece en los tres Territorios. Importante destacar que la atención intensiva disminuye ingresos y estancia en ingresos de pacientes graves.

Activación del CISR (Código intento suicidio reciente).

Trabajo en promoción de la salud mental de los menores con el Dpto. de Educación, atención primaria, servicios sociales, etc. Destacar la aportación del Plan de Salud de Euskadi.

Participación del Grupo de Trabajo del/de la menor en riesgo de exclusión social.

Participación en proyectos de investigación en psiquiatría infantil y de la adolescencia a nivel internacional.

Interés por la formación en salud mental de residentes de otras especialidades (MIR y EIR de pediatría).

Necesidad de trabajar para la erradicación del estigma de salud mental (del/de la menor, sus familias y de profesionales de salud mental): oportunidad que aporta la “Estrategia para la erradicación del estigma en las personas con trastorno mental”.

6. RECOMENDACIONES

Como consideración transversal las recomendaciones, asumidas como prioridades técnicas, deben atender a las posibilidades de disponibilidad que en cada caso marca el contexto presupuestario y de recursos humanos.

6.1. A CORTO PLAZO: Objetivo 2022-2023

- **Homogeneización de los recursos asistenciales en los 3 Territorios comenzando con la puesta en marcha de un dispositivo intermedio de naturaleza comunitaria en Gipuzkoa: hospital de día para el tratamiento de adolescentes.** Esta recomendación apuesta por las Líneas 4 y 5 de la Estrategia de Salud Mental del SNS, las cuales se refieren a la *Atención a las personas con problemas de salud mental basadas en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario* (Línea 4) y a *la necesidad de optimizar la atención a los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental* (Línea 5, objetivo 5.2). Recomendamos además que se dote de un número de plazas que equivalga en función de población a los recursos existentes en los otros dos Territorios, lo cual oscilaría entre 38 y 52 plazas (para equipararse a los recursos de Bizkaia y Araba respectivamente).
- Realización de **estudio sobre las necesidades actuales, tras la pandemia de COVID-19, de recursos de salud mental de infancia y adolescencia que se requieren en la CAPV** (camas de hospitalización, plazas de hospital de día, ratios de profesionales) para establecer un criterio de referencia de cara a orientar las políticas sanitarias, corregir las deficiencias e inequidades y prevenir el impacto emocional en el desarrollo de los/las menores asociado a la pandemia. Este dato se alinea con las recomendaciones de la Unión Europea en el plan de recuperación tras la pandemia COVID-19 “*Next Generation Europe*”, y las recomendaciones de la Sociedad Europea de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (ESCAP, 2021): “*Next Generation Europe: A Recovery Plan for Children, Adolescents and their Families*”.
- Disponer de **profesionales de enfermería de Salud Mental en todos los Centros de Salud Mental Infantil** de los tres Territorios.
- **Coordinación con el Departamento de Educación para el trabajo en promoción de la salud y prevención de salud mental** (Recomendación encuadrada en la Línea 2 de la Estrategia de Salud Mental del SNS 2022-2026: 2.1 Objetivo general. *Promover la salud mental de la comunidad y de grupos específicos*) Además este trabajo incidirá positivamente en la lucha contra el estigma hacia menores con trastorno mental (Línea estratégica 1, y más específicamente Línea estratégica 5, 5.3 Objetivo general: *luchar contra la discriminación y la estigmatización social de los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental*).

6.2. A MEDIO PLAZO: Objetivo 2023-2026

- **Potenciar la atención y abordaje terapéutico con los progenitores/ familias de menores con trastornos psiquiátricos**, y muy específicamente en casos graves (TMG). Se alinea esta recomendación con la Línea Estratégica 6 de *Atención e intervención familiar* de la Estrategia de Salud Mental del SNS, resaltando cómo desde el modelo comunitario de atención en salud mental la atención e intervención con las familias es una pieza clave en el diseño terapéutico. A este respecto se recomienda la creación de un grupo de trabajo con el Tercer Sector.
- Establecer planes de **prevención y detección precoz de conductas de riesgo por uso de sustancias o adicciones en menores (con o sin sustancias)**, unido a la creación de **recursos o programas de salud mental dirigidos a la atención específica temprana de dicha patología**. Recomendación que se encuadra en la Línea 2 de la Estrategia de Salud Mental del SNS: 2.2 Objetivo general. *Prevenir la aparición de problemas de salud mental, trastornos por uso de sustancias y adicciones en la comunidad*. Además, se recomienda establecer **formación específica con atención primaria (pediatría y MAP) para la prevención de estas conductas**.
- Disponer de **profesionales de enfermería de salud mental en todos los Centros de Salud Mental Infantil** de los tres Territorios.
- **Creación de jefaturas de servicio y jefaturas de sección** de profesionales especialistas en psiquiatría infantil y de la adolescencia para equipararse en la escala de mandos de cualquier otra especialidad.
- **Potenciar las actividades de promoción de la salud mental en un marco de coordinación con atención primaria**, destacando la relevancia del desarrollo de estas actividades en la Primera Infancia. (Línea Estratégica 2- Estrategia de Salud Mental SNS). Específicamente se destaca la *coordinación para la prevención de las adicciones con-sin sustancia*.
- **Potenciar la atención clínica** (psiquiátrica y psicológica) a los menores con **Trastornos del Espectro Autista (TEA)** en Osakidetza. Se recomienda se realice un estudio de los recursos del Tercer Sector destinados a atención al TEA, incluyendo el nº de menores atendidos/as y tipo de atención que reciben.
- Incrementar los **tratamientos psicológicos-psicoterapéuticos a menores y las actividades de formación continuada de Osakidetza al respecto**.
- Poner en marcha **tratamientos domiciliarios** para menores en el marco de la incentivación de la asistencia comunitaria a los/las menores con Trastornos de Salud Mental (Línea Estratégica 4, Estrategia Salud Mental SNS).
- **Potenciar la investigación en salud mental de la infancia y adolescencia**.

- **Potenciar la intervención social** en el abordaje terapéutico de los/las menores y sus familias gracias al **incremento de profesionales de Trabajo Social** además de la inclusión en la **historia electrónica de Osakidetza de un registro de indicadores sociales** para así poder incrementar el conocimiento sobre los/las pacientes a los que dirigimos nuestra atención, lo cual ayudará a establecer acciones preventivas y tratamientos más específicos y adaptados a las necesidades de los individuos.
- **Coordinación y colaboración con Instituciones sociales:** desarrollo de **Unidades Residenciales Sociosanitarias (URSS)** para el tratamiento de adolescentes con Trastornos de salud mental graves mediante un abordaje exhaustivo (psico-social) para todos los casos incluidos los/las **menores tutelados/as o en situación de desprotección** (alineado con la estrategia de Salud Mental SNS, 7.1. Objetivo general. *Desarrollar la coordinación interinstitucional e intersectorial*).

7. PROPUESTA DE INDICADORES DE LOS OBJETIVOS

- **Porcentaje de territorios que disponen de hospital de día para adolescentes** con un número de plazas equitativo en toda la CAPV/ Objetivo: 100%.
- Dotar de los **recursos de salud mental de infancia y adolescencia** requeridos tras el estudio de evaluación de las necesidades existentes actualmente: nº camas, plazas de hospitales de día, nº de profesionales de salud mental de infancia y adolescencia /100.000 habitantes menores de edad, ajustándose a las recomendaciones europeas. Objetivo: dotación del 100% de lo recomendado.
- **Creación de Equipos/Programas de salud mental en Osakidetza** dirigidos a la atención de adolescentes con **adicciones con-sin sustancias** en los tres Territorios/Objetivo: 100% de los Territorios disponen de algún equipo.
- Creación de al menos **un dispositivo específico de tratamiento domiciliario de salud mental para menores en cada territorio** con dotación económica y formación específicas. Objetivo: dotación del 100% de lo recomendado.
- **Cumplimentación de indicadores de riesgo social en la historia clínica electrónica** de menores/Objetivo: cumplimentación en $\geq 90\%$ de las historias.
- **Coordinación con atención primaria:** Nº de reuniones del **Grupo de Trabajo pediatría-salud mental infantil**/Objetivo: mínimo 3/año.
- **Coordinación salud mental Osakidetza-Departamento de Educación:** Nº de reuniones de la **Comisión de Salud Mental- Educación**/ Objetivo: mínimo 3/año.
- Programas de **Coordinación salud mental -Osakidetza con Departamento de Educación** para la **promoción de la salud mental del alumnado** en los tres Territorios/Objetivo: 100% de lo recomendado.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Cooper M et al. Eating disorders during the COVID-19 pandemic and quarantine: an overview of risks and recommendations for treatment and early intervention. *Eating Disorders*, 2020. doi.org/10.1080/10640266.2020.1790271
- Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026. Ministerio de Sanidad, 2022.
- Ferget J, et al. Next Generation Europe: A Recovery Plan for Children, Adolescents and their Families. For the time after the pandemic we need a vision and investments for the future. ESCAP Policy Statements, Marzo 2021.
- Fernández Rivas A. González Torres MA, 2021. Informe sobre la salud mental de las y los adolescentes desde el punto de vista del servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Basurto (HUB)- OSI Bilbao-Basurto. En: Jóvenes y pandemia, Miradas expertas. Observatorio Vasco de la Salud, Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales. Gobierno Vasco.
- Haripersad YV, et al. Outbreak of anorexia nervosa admissions during the COVID-19 pandemic. *Arch Dis Child* 2020. doi:10.1136/archdischild-2020-319868.
- Kessler et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 2005, 62(6):593- 602). doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593.
- Kim-Cohen et al. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2003, 60(7): 709717. DOI: 10.1001/archpsyc.60.7.709.
- Libro Blanco de la Psiquiatría del niño y el adolescente. Fundación Alicia Koplowitz, 2014.
- Meller Dias de Oliveira J, et al: Mental health effects prevalence in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2022 Apr;19(2):130-137. doi: 10.1111/wvn.12566. Epub 2022 Mar 1.
- Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024 / Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Salud Mental.
- Polanczyk GV et al. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2015. doi:10.1111/jcpp.12381.
- Shah K, Mann S, Singh R, et al. (August 26, 2020) Impact of COVID-19 on the Mental Health of Children and Adolescents. *Cureus* 12(8): e10051.DOI 10.7759/cureus.10051.

